



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS FLORIANÓPOLIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS
HUMANAS

Javier Ernesto Ladrón de Guevara Marzal

La gestión de la locura:
Discursos y prácticas de la psiquiatría en Cuba.

Florianópolis
2022

Javier Ernesto Ladrón de Guevara Marzal

La gestión de la locura:

Discursos y prácticas de la psiquiatría en Cuba.

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências Humanas - Área de Concentração Condição Humana na Modernidade.

Orientador(a): Profa Dra. Sandra Caponi
Coorientadora: Profa Dra. Myriam Mitjavila

Florianópolis

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Marzal, Javier Ernesto Ladrón de Guevara
La gestión de la locura : Discursos y prácticas de la
psiquiatria en Cuba / Javier Ernesto Ladrón de Guevara
Marzal ; orientadora, Sandra Caponi, coorientadora,
Myriam Mitjavila, 2023.
454 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa
de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas,
Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Ciências Humanas. 2. Ciências Humanas. 3. História.
4. Psiquiatria. 5. Cuba. I. Caponi, Sandra . II.
Mitjavila, Myriam . III. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em
Ciências Humanas. IV. Título.

Javier Ernesto Ladrón de Guevara Marzal

La gestión de la locura: discursos y prácticas de la psiquiatría en Cuba

O presente trabalho em nível de Doutorado foi avaliado e aprovado, em 14 de dezembro de 2022, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Dr.(a) Sandra Noemi Cucurullo de Caponi

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Dr.(a) Márcia da Silva Mazon

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Dr.(a) Viviane Trindade Borges

Instituição: Universidade do Estado de Santa Catarina

Prof.(a) Dr.(a) Maria Fernanda Vásquez Valencia

Instituição: Universidade Federal da Bahia

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutor em Ciências Humanas.

Insira neste espaço a
assinatura digital

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Insira neste espaço a
assinatura digital

Prof.(a) Dr.(a) Sandra Caponi

Orientador(a)

Florianópolis, 2023.

A mi abuelo Marzal,
con quien descubrí mi pasión por la historia.

A Harold, que se fue antes de tiempo y no pudimos sentarnos a comer
pizzas con los locos de la calle.

AGRADECIMENTOS

A Claudia, mi compañera en este viaje en la vida, con todo lo que eso implica.

A Paloma, mi vida, que llegó para dar más luz y porque siempre me obliga a organizar mi tiempo.

A mi profe Sandra, por creer desde el principio que era posible investigar un tema tan espinoso como la psiquiatría en Cuba, por acompañarme y por todo lo que aprendo con ella.

A la profe Myriam, por todo el saber que siempre está dispuesta a compartir, por creer igualmente en este proyecto y por la acogida permanente.

Al *Programa de Estudantes-Convênio de Pós-graduação (PECPG)* de la CAPES por el financiamiento a la investigación.

A la Universidad Federal de Santa Catarina, ese espacio mágico que me acogió y al que siempre quiero regresar.

Al *Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas (PPGICH)*, a mis profesores y profesoras.

A mis colegas del doctorado, Julián, Flávia, Monique Schmidt, Monique Malcher, Elaine, Fernanda y Luiz Fernando, por la amistad y porque me hicieron sentir menos extranjero.

A mis colegas del *Núcleo de Estudos em Sociologia, Filosofia e História das Ciências da Saúde (NESFHis)*, especialmente a Fabi, Letícia, Aninha, Ana Lima, Karina y Arthur.

A mis hermanos de siempre, en las buenas y en las malas: Eisman, Karel, Pablo El Majá, Alexei y al Gallego.

A Otto y Tami, grandes amigos con quienes empecé a descubrir las sutilezas de la clínica.

A Karel y a Yarima, por el cabo tremendo y ellos saben por qué.

A Yoa, mi *brother*, con quien lo mismo puedo montar una tertulia académica, metodológica o política que debatir si el congrí lleva comino.

A Doni, el santiaguero brasileiro, con sus abrazos que siempre traen buenas energías, por las *boas conversas* y por la mejor comida del mundo.

A Roberto Saban, mi hermano latinoamericano, que siempre está cerca, aunque viva en Argentina.

A Iván El Pigman, un *fren* siempre dispuesto a tirar cabos lingüísticos y de redacción.

A Ania, por el cariño de siempre, la positividad, la parcería para tomar café y también por los materiales sobre Cuba.

A Lourdinha, nuestra tía americana, por la amistad y el apoyo incondicional y por las charlas interminables sobre Cuba, literatura y cine.

También a Ivette, a Oscar, a Mariurka y al Liso, por el apoyo permanente y la disposición para “venir corriendo” si hace falta.

A Jorge, a Juani y a Lilian Burgos por los contactos de los psiquiatras cubanos.

A los psiquiatras cubanos que accedieron a las entrevistas.

A Nahuel, por el libro de Alberto Orlandini.

A Jennifer Lambe, por la gentileza de enviarme su libro *Madhouse: Psychiatry and Politics in Cuban History*, sin dudas una referencia sumamente valiosa para mi investigación.

RESUMO

O objetivo desta tese é analisar a gestão do sofrimento mental pela psiquiatria ao longo da história de Cuba. Com esta pesquisa não procuro fazer uma história de Cuba ou de suas instituições de saúde mental, nem a história de grandes figuras ou grandes eventos no campo da psiquiatria. Minha proposta, inspirada na genealogia de Michel Foucault, é realizar uma análise histórica do saber psiquiátrico, procurando entender como seus discursos e as práticas associadas a eles surgiram, se transformaram e resistiram até os dias de hoje. Da mesma forma, me propus a analisar as rupturas e continuidades com modelos clássicos e modernos de gestão do sofrimento mental. As fontes de dados consultadas para a pesquisa são diversas, abrangendo uma gama de materiais, incluindo documentos históricos, livros, jornais, revistas, jornais, websites, publicações científicas, regulamentos legais, teses acadêmicas, material audiovisual e os resultados de entrevistas com especialistas cubanos. Todos estes materiais estão relacionados ao manejo do sofrimento mental e à prática da psiquiatria em Cuba. A gestão do sofrimento mental em Cuba esteve nas mãos das autoridades eclesiásticas até meados do século XIX, quando, coincidindo com a criação de um novo asilo para os loucos, foi introduzido o saber médico-psiquiátrico. Desde o início, a estratégia médica do asilo cubano foi inspirada na psiquiatria francesa, particularmente no discurso degeneracionista. A partir do século XX, o discurso psiquiátrico cubano foi orientado para a prevenção de doenças mentais, ao mesmo tempo em que tentava estender sua prática para além das paredes do asilo. Com a revolução de 1959 e o estabelecimento do modelo soviético em Cuba, houve uma ruptura significativa no discurso psiquiátrico, tendo a reflexologia e o pavlovismo como fundamentos teóricos e a filosofia marxista-leninista como fundamento político-ideológico. No entanto, a prática continuou sob os mesmos princípios de domínio e controle do paciente psiquiátrico, com terapias biológicas e ergoterapia ocupando um papel hegemônico. Com o desaparecimento do Campo Socialista nos anos 90, ocorreu a segunda ruptura no discurso psiquiátrico, com o abandono do paradigma soviético e um retorno à psiquiatria norte-americana. Mais uma vez, a prática psiquiátrica baseada no modelo biomédico, longe de ser transformada, continua sendo ortodoxa. Terapias como o eletrochoque ou técnicas como a contenção mecânica ou a contenção química através de drogas psicotrópicas, amplamente denunciadas em vários países do mundo como violações dos direitos humanos e por seus efeitos negativos comprovados, tanto físicos como psicológicos, continuam a ser aplicadas e defendidas.

Palavras-chave: Cuba; História; Psiquiatria.

RESUMO EXPANDIDO

Introdução

No início de janeiro de 2010, morreu um grupo de pacientes do Hospital Psiquiátrico de Havana, a principal instituição do seu gênero em Cuba. Apareceram imediatamente relatórios em alguns dos meios de comunicação social internacionais, descrevendo o que tinha acontecido. Alguns dias mais tarde, um breve relatório foi publicado na imprensa nacional. Tal situação colocou a psiquiatria cubana, pela primeira vez em quase 60 anos da Revolução, no centro das atenções dos meios de comunicação social, mas de uma forma negativa. É paradoxal que, enquanto Cuba é internacionalmente reconhecida pela sua política humanitária e sistema de saúde eficaz, a psiquiatria esteja a avançar na direção oposta. O evento acima mencionado e minha própria experiência como psicólogo clínico ligado aos serviços de saúde mental em Cuba, me fazem questionar o papel da psiquiatria em Cuba. Em várias ocasiões testemunhei o uso de intervenções físicas nos pacientes que poderiam ser são consideradas internacionalmente como contrárias aos direitos humanos, dentre elas a restrição mecânica, a medicação forçada e o eletrochoque, o que me leva ao questionamento de como tais práticas se naturalizaram no campo da saúde mental em Cuba.

Objetivos

O objetivo desta investigação é analisar a gestão do sofrimento mental pela psiquiatria ao longo da história de Cuba. Com esta investigação não procuro fazer uma história de Cuba ou das suas instituições de saúde mental, nem a história de grandes figuras ou eventos no campo da psiquiatria. A minha proposta, inspirada na genealogia de Michel Foucault, é realizar uma análise histórica do saber psiquiátrico, procurando compreender o como os seus discursos e práticas associadas emergiram, se transformaram e resistiram até a atualidade. Ao mesmo tempo, explicar como o saber psiquiátrico tem aparecido no contexto cubano, como ele sustenta práticas e como tem sido inserido nas diferentes estruturas de poder, descobrindo os elementos que são despercebidos ou intencionalmente escondidos e aparentemente desligados uns dos outros. Outro dos objetivos específicos refere-se à análise das rupturas e continuidades do modelo psiquiátrico cubano em relação aos modelos clássicos e modernos de gestão do sofrimento mental.

Metodologia

No trabalho de Michel Foucault há uma série de textos que foram enquadrados no chamado "período genealógico", que não deve ser interpretado como uma "ruptura" com o método arqueológico (CASTRO, 2004, p.227). Neste sentido, Machado (1998) explica que a diferença entre arqueologia e genealogia reside na forma como a questão do saber é analisada. Em arqueologia, trata-se da relação entre o saber, as suas compatibilidades e incompatibilidades, bem como as regularidades que surgem na sua formação. Na genealogia, por outro lado, o objetivo é explicar como é que este saber aparece, partindo dos elementos externos à sua constituição. Assim, a questão do saber deixa de ocupar o lugar central e passa a ser considerada uma parte de um quadro mais complexo. Esta mudança de método é o que explica a mudança do "como" para o "porquê" na explicação dos fenómenos que interessaram

a Foucault, explicando a sua relação com outros elementos desse quadro complexo como são as relações de poder. Para uma melhor fundamentação da genealogia como forma de investigação proposta por Foucault, consideramos pertinente a referência às elaborações de Friedrich Nietzsche, especificamente em *Genealogia da Moral*. A genealogia, neste sentido, é uma perspectiva diferente nos estudos históricos das ciências humanas, que questiona certos valores estabelecidos e ideias preconcebidas ao interpretar os fenômenos, e chama a atenção para os elementos que possam ter escapado ou sido relegados ao narrar os factos ou fazer julgamentos associados aos mesmos. Foucault (1998) afirma que a genealogia se opõe a qualquer linearidade na investigação e é uma forma de analisar a história que se preocupa sobretudo com o detalhe, com a singularidade dos acontecimentos, o que implica descobrir o não-dito, aquilo que escapou ao historiador. A genealogia, portanto, não procura um ponto ideal específico, que seria a origem do fenômeno, mas a sua função é lidar com a meticulosidade e os perigos do início (FOUCAULT, 1998). Podemos compreender que a origem e o início em Foucault não têm o mesmo significado. Quando o filósofo se refere a começos, no plural e não no singular, aponta para a existência de diferentes perspectivas em relação ao fenômeno a ser analisado e não a uma única versão, contada de um único ponto de vista. Trata-se de encontrar os múltiplos fatores associados ao evento, aqueles que permanecem ocultos, despercebidos ou relegados para um segundo plano. Outro elemento fundamental para a compreensão do método genealógico é a questão da 'representação', ou seja, de um tipo de representação em que diferentes sujeitos (atores) teriam um papel específico, mesmo que possa haver omissões. Foucault explica que a genealogia seria "reencontrar as diferentes cenas em que são desempenhados diferentes papéis", ou seja, quais cenas eram representadas e por quem (FOUCAULT, 2018, p.15). As fontes de dados consultadas para a pesquisa incluem documentos históricos, livros, revistas, jornais, sites, publicações científicas, normativos legais, teses acadêmicas, material audiovisual e resultados de entrevistas com especialistas. Todos estes materiais estão relacionados com a gestão do sofrimento mental e a prática da psiquiatria em Cuba.

Resultados e Discussão

A tese é apresentada em seis capítulos. O primeiro intitulado *Loucura na Cuba colonial: entre as luzes do Iluminismo e as trevas do confinamento*, no qual se analisa a emergência de uma forma de gestão da loucura baseada no modelo de internação, e o papel da Igreja Católica na aplicação de métodos higienistas sobre a população desamparada, bem como as formas particulares de tratamento da loucura na medicina escrava. Em cada um dos capítulos tenta-se situar o contexto econômico e sociopolítico em que surgiram e se desenvolveram os discursos e as práticas da psiquiatria. No segundo capítulo intitulado *A psiquiatria cubana além dos muros do manicômio*, analisa-se a emergência de um discurso psiquiátrico propriamente cubano, mas com marcada influência da clínica francesa. Neste capítulo, analisa-se também a relação de interdependência entre a psiquiatria, a teoria degeneracionista e a criminologia cubana da época. O terceiro capítulo intitula-se *Infância anormal e o nascimento da psiquiatria infantil cubana* e dedica-se à análise da expansão do discurso sobre a higiene pública, a profilaxia das doenças mentais e as estratégias biopolíticas associadas, a emergência dos discursos sobre a infância desviante, especificamente a chamada 'criança mentalmente anormal' e a 'criança instável', e às

estratégias de intervenção da recém-criada psiquiatria infantil cubana. O quarto capítulo é intitulado Psiquiatria na Revolução. O título tem duplo sentido, pois representa o início de uma nova etapa da psiquiatria cubana, entendida como uma 'revolução' na saúde pública, mas também porque coincide com a chegada ao poder de um novo governo e o início da Revolução. Neste capítulo analisam-se questões como os expurgos ideológicos no campo da saúde pública e especificamente na psiquiatria, em nome da Revolução. Em seguida, analiso a importação da psiquiatria soviética e o modelo de gestão da saúde mental. O quinto capítulo, O homem novo e a higiene mental revolucionária, é dedicado a analisar uma nova estratégia de higiene mental adaptada ao contexto da sociedade cubana e sob a bandeira do socialismo. Além disso, são analisadas políticas estatais abertamente homofóbicas e o papel da psiquiatria cubana em sua implementação, bem como nas terapias de reversão da homossexualidade. No quinto capítulo também se analisa a expansão das estratégias de medicalização da sociedade por meio da psicofarmacologia, e a expansão dos serviços de psiquiatria às comunidades. No último capítulo intitulado Adeus Pavlov! O desaparecimento do Campo Socialista e a reorientação da psiquiatria revolucionária, analisa-se o impacto no campo da psiquiatria do desaparecimento da União Soviética e do Campo Socialista Europeu e a consolidação do modelo biomédico na gestão da saúde mental, com foco, especificamente, nas tentativas de consolidação do modelo comunitário e da hegemonia da lógica hospitalar, mas também a adoção de sistemas internacionais de classificação de doenças, como o DSM, a defesa do eletrochoque e o uso de psicofármacos.

Considerações Finais

O desenvolvimento acelerado de Cuba no século XIX foi um elemento de enorme importância para a criação de políticas de controle social por parte do governo colonial espanhol, tentando colocar a ilha caribenha no campo da modernidade. A gestão governamental numa perspectiva biopolítica centrada nos espaços de saúde, bem-estar e segurança, tinha como principal objeto de intervenção a população marginalizada, tanto os autóctones como os escravos africanos e asiáticos. Os dispositivos de controle sanitário de doenças contagiosas e epidemias, como a lepra ou o cólera, serviram de base para as estratégias de gestão de um grupo específico dos marginalizados: os loucos. Identificá-los, classificá-los e isolá-los em um espaço especialmente designado para isso, eram as principais formas de lidar com o sofrimento mental na Cuba colonial antes do surgimento da psiquiatria como especialidade médica. Em Cuba, ao contrário da Europa, as colônias de leprosos não foram transformadas em asilos, pois o governo colonial e a Igreja Católica destinaram um espaço específico para os loucos. Embora os loucos não herdassem as colônias de leprosos, eles compartilhavam a rejeição social. Nesse sentido, a Igreja Católica, que controlava o trabalho assistencial e de saúde, desempenhou um papel fundamental no desenvolvimento da estratégia de gestão do sofrimento mental. A igreja realizava seu trabalho de caridade e saúde a partir da lógica da piedosa compaixão, o que lhe permitia exercer poder e controle sobre um tipo de população considerada perigosa. Instituições como o Presídio da Havana, a Casa de Beneficência e a Casa de Acolhimento foram espaços que, embora não se dedicassem exclusivamente à internação de loucos, ajudaram a configurar a lógica do confinamento e a punição da transgressão social. Não foi até a década de 1820 que houve uma ruptura nas formas de gestão do sofrimento mental em Cuba. Uma nova campanha higienista desenvolvida pela igreja para o campo da saúde foi decisiva para

a criação de uma estratégia específica de controle dos loucos. Com a criação da Casa de Loucos, em 1828, numa área fora dos muros da Havana, colocou-se em prática uma estratégia de gestão que combinava isolamento social e tratamento moral. Desde os seus primórdios, a legislação associada ao internamento de loucos concedeu facilidades às autoridades eclesiásticas, familiares e vizinhos, em detrimento da própria liberdade do recluso. Desde o seu início, no primeiro asilo cubano, os tratamentos aplicados foram banhos frios, confinamento em masmorras, uso de troncos, mas também trabalho físico. Também naqueles primórdios a figura do vigia tinha um papel essencial no controle dessa população, diferente do que acontecia na Europa, onde o vigia tinha uma função apenas intermediária entre o paciente e o médico. Isto se associou, principalmente, ao fato de que em Cuba o hospital psiquiátrico funcionou por vários anos sem a existência de um médico alienista, portanto, na estrutura hierárquica do local, o vigia tinha a autoridade máxima. A ausência de um alienista se deu sobretudo pela resistência das autoridades encarregadas de autorizar o exercício da medicina (igreja e governo) e porque se acreditava que o isolamento e o confinamento seriam suficientes para administrar o sofrimento psíquico. Os saberes médico-psiquiátricos foram introduzidos em Cuba ao mesmo tempo que o manicômio foi transferido para uma área mais afastada da cidade, a fim de efetivar o isolamento social dos chamados alienados, mas também como resposta higienista, já que os moradores do asilo foram colocados como um dos responsáveis pelas epidemias de cólera mórbida que assolaram o país ao longo do século XIX. No novo asilo, denominado Asilo Geral de Loucos e desde então conhecido como "Mazorra", continuaram a ser aplicados os antigos métodos de controle dos doentes, como as celas de castigo e os espancamentos. No entanto, além dos banhos frios, o trabalho físico foi introduzido pela primeira vez como forma de tratamento moral, combinando o controle do sujeito com o benefício econômico para a instituição. Esse recurso nunca mais desapareceu do arsenal terapêutico da psiquiatria cubana. Ao mesmo tempo, ainda que timidamente, a estratégia médica asilar, inspirada na psiquiatria francesa, foi gradualmente introduzida através das classificações dos alienados "por espécie". No entanto, o alienismo cubano mais uma vez esbarrou na resistência das autoridades eclesiásticas, do governo e da própria administração do asilo, mais interessada na lógica benéfica do que na medicina para o tratamento da loucura. Diante das limitações encontradas dentro do manicômio, o discurso psiquiátrico foi então introduzido por meio de publicações médico-científicas. Dessa forma, uma série de trabalhos sobre a psiquiatria francesa começou a surgir nos anais da Academia de Ciências, especificamente sobre o tratamento moral e a teoria degeneracionista. Esses espaços significaram uma melhor recepção e, portanto, permitiram que os cientistas cubanos se acostumassem com os novos saberes sobre alienação mental de uma forma menos invasiva para as autoridades asilares. Em particular, o discurso degeneracionista do final do século XIX serviu para ampliar o raio de ação da psiquiatria em Cuba, até esse momento restrita aos muros do manicômio. Apesar disso, persistiam resistências e antagonismos entre os especialistas manicomiais, abrindo espaço para que a teoria degeneracionista se desenvolvesse de forma mais ampla no campo da medicina legal. Mesmo assim, nos frequentes debates sobre criminologia, os alienistas cubanos demonstraram confusão, discordâncias em diagnósticos e fragilidades teóricas que frequentemente os colocaram em um plano pouco profissional. Muitos dos diagnósticos de insanidade mental foram baseados nas características físicas dos sujeitos analisados e em seus padrões hereditários. Ao mesmo tempo, nesses debates foram poucas as alusões ao manicômio, principal área de prática psiquiátrica. Ao mesmo tempo, o manicômio

continuou com a sua função de depósito de loucos. A participação dos alienistas cubanos como especialistas em medicina mental foi mais importante porque lhes deu mais poder e prestígio social do que o espaço isolado e escuro do manicômio. No início do século XX, ocorreu uma mudança no discurso psiquiátrico cubano para o tema da prevenção de doenças mentais, permitindo que ele se ramificasse para os campos da higiene e da educação. O discurso da prevenção serviu de base para a expansão da psiquiatria, tomando a infância como um dos seus eixos de intervenção, considerada mais vulnerável à doença mental e à influência do meio social. Com a intervenção dos Estados Unidos e o início do período republicano, o modelo de asilo estadunidense foi introduzido em Cuba. Esse modelo reunia tanto o tratamento moral quanto outros métodos mais próximos da psicofarmacologia, além da separação rigorosa dos pacientes não apenas por grau de periculosidade, mas também por classe, raça e gênero. Ao mesmo tempo, a psiquiatria cubana, por meio do discurso caritativo, expandiu-se para outros espaços de intervenção como a infância considerada anormal, valendo-se da pedagogia e da criminologia. A escola tornou-se um espaço privilegiado onde a psiquiatria poderia encontrar sintomas anormais em comportamentos que antes eram considerados normais. A década de 1920 foi um momento propício para a consolidação da higiene mental em Cuba, firmando-se fortemente não só no discurso médico, mas também no pedagógico. Esse movimento, que teve a infância como objeto privilegiado de intervenção, foi fundamental para a criação da psiquiatria infantil cubana. Durante o período republicano cubano, que se estendeu até o final da década de 1950, o Hospital de Loucos de Mazorra consolidou-se como epicentro do discurso e da prática da psiquiatria cubana, sem conseguir expandir-se significativamente para além dos muros do manicômio. Ao mesmo tempo, começaram a surgir nos espaços acadêmicos debates teóricos sobre terapias psicológicas como a hipnose, mas também sobre tratamentos psiquiátricos. Apesar da expansão mundial da hipnose, da psicanálise e da presença em Cuba de praticantes dessas terapias, a maioria dos psiquiatras cubanos mostrou sua inclinação para intervenções biológicas. Dessa forma, o eletrochoque e a psicofarmacologia ganharam muito mais força do que as terapias psicológicas, a partir da influência direta da psiquiatria biológica norte-americana e do discurso sobre a necessidade de tratamento imediato. Com a instauração do período revolucionário na década de 1960 e a importação do modelo soviético como forma de governo da sociedade cubana, a psiquiatria foi a especialidade médica que mais se identificou com a ideologia marxista-leninista. Ao tempo em que os psiquiatras cubanos eram treinados nos princípios da higiene mental soviética, a prática privada e qualquer forma de terapia psicológica alternativa à reflexologia, eram proibidas. O modelo biológico da psiquiatria passou de hegemônico a exclusivo, apoiado em uma sólida base neurofisiológica importada dos soviéticos, a partir da qual o fenômeno psicológico era interpretado como reflexo condicionado da atividade cerebral. Assim, como na União Soviética, a eletroconvulsoterapia, a psicofarmacologia, a insulino-terapia e a terapia do lítio, circunscritas ao corpo, encontraram lugar no discurso pavloviano. A utilização de terapias biológicas ortodoxas não implicou o abandono de uma ferramenta fundamental que já era utilizada desde os tempos coloniais: a ergoterapia. O trabalho físico tornou-se uma das principais bandeiras da psiquiatria cubana desde o início do período revolucionário. A partir da concepção marxista-leninista, pode-se estabelecer uma associação entre o trabalho como atividade socialmente útil e como terapia. Embora para a psiquiatria clássica o trabalho físico fosse uma forma de terapia, para os psiquiatras marxistas-leninistas era também uma questão político-ideológica, pois o ato de trabalhar teria como objetivo principal o bem-estar coletivo e a construção da

sociedade. É também no período revolucionário que a psiquiatria cubana finalmente consegue sair dos muros do manicômio como prática clínica, ou seja, por meio de instituições comunitárias. Essa expansão para as comunidades apoiou-se numa estratégia de higiene mental que procurava responder ao ideal de formação de um novo tipo de cidadão da sociedade socialista: o homem novo. A estratégia de higiene mental em geral baseou-se nos princípios de formação especial do pessoal médico: diagnóstico e tratamento precoce, prevenção de doenças mentais, envolvimento do cidadão em questões relacionadas com a higiene e saúde mental e expansão dos serviços psiquiátricos para além dos hospitais tradicionais. O movimento socialista de higiene mental em Cuba tinha duas características essenciais, copiadas do modelo soviético: o matiz abertamente político e ideológico da psiquiatria; e a estreita colaboração entre a psiquiatria, o sistema judicial e os responsáveis pela ordem interna. Um impacto significativo da higiene mental socialista foi o apagamento das fronteiras entre doença mental e dissidência (política, ideológica, cultural e sexual), com o objetivo de normalizar a população. No início da década de 1990, a dissolução da URSS e o desaparecimento do Campo Socialista provocaram a erosão da ideologia marxista-leninista em Cuba, ao mesmo tempo em que se instaurava uma importante crise política e econômica em todos os setores da sociedade. O discurso psiquiátrico cubano também derrubou as bandeiras do marxismo-leninismo e do pavlovismo para iniciar o resgate da psiquiatria biológica norte-americana. Assim, o DSM tornou-se a principal guia diagnóstica para a maioria dos psiquiatras cubanos, apesar da liberdade de escolha da CID ou do próprio glossário de classificação cubano, conhecido como GC-3. Ao mesmo tempo, os textos soviéticos foram substituídos pela literatura psiquiátrica norte-americana e por autores cubanos, todos inspirados no modelo biomédico. Em linhas gerais, é possível verificar que, as práticas de dominação e controle social por parte da psiquiatria permanecem inalteradas, apesar dos discursos sobre a gestão do sofrimento mental em Cuba terem diferentes matizes, associados a diferentes épocas e contextos políticos. Se o sistema de saúde cubano goza de prestígio internacional, sobretudo pela qualidade da formação de seus médicos, o mesmo não pode se dizer da psiquiatria. É justamente no campo da prática psiquiátrica que mais se percebem as continuidades de uma forma de gestão do sofrimento psíquico que prioriza o controle e a normalização do sujeito. Quanto aos discursos, a ruptura mais significativa ocorreu com a implantação da reflexologia e do ideário marxista-leninista, mas isso não produziu transformações significativas na visão medicalizadora do sofrimento psíquico. Terapias como o eletrochoque ou técnicas como a contenção mecânica, amplamente denunciadas em vários países do mundo dado seu caráter abusivo e com efeitos negativos comprovados, tanto físicos quanto psicológicos, continuam sendo aplicados e defendido pelos psiquiatras cubanos. O mesmo ocorre com os psicofármacos que, numa perspectiva centrada na própria medicação, o efeito de docilidade que estes provocam é mais importante do que a possível doença que se pretende tratar e o sofrimento psíquico que se diz aliviar. É com a mesma intensidade com que se defende o efeito sedativo das drogas psicoativas, suas sequelas são ignoradas ou minimizadas.

Palavras-chave: Cuba. História. Psiquiatria.

ABSTRACT

The objective of this thesis is to analyze the management of mental suffering by psychiatry throughout the history of Cuba. With this research I do not seek to make a history of Cuba or its mental health institutions, nor the history of great figures or great events in the field of psychiatry. My proposal is, inspired by Michel Foucault's genealogy, to carry out a historical analysis of psychiatric knowledge, seeking to understand how its discourses and associated practices were emerging, transforming and resisting until today. Likewise, I proposed to analyze the ruptures and continuities with the classical and modern models of management of mental suffering. The data sources consulted for the research are diverse, covering a series of materials including historical documents, books, magazines, newspapers, websites, scientific publications, legal norms, academic theses, audiovisual material and results of interviews with Cuban experts. All these materials are related to the management of mental suffering and the practice of psychiatry in Cuba. The management of mental suffering in Cuba was in the hands of ecclesiastical authorities until the middle of the 19th century when, coinciding with the creation of a new asylum for the insane, medical-psychiatric knowledge was introduced. From its beginnings, the Cuban asylum medical strategy was inspired by French psychiatry, particularly the degenerative discourse. The Cuban psychiatric discourse from the 20th century onwards was oriented towards the prevention of mental illnesses, while trying to expand its practice beyond the walls of the asylum. With the revolution and the establishment of the Soviet model, there was a significant break in the psychiatric discourse, with reflexology and Pavlovism as theoretical support and Marxist-Leninist philosophy as political-ideological foundation. Nevertheless, the practice continued under the same principles of domination and control of the psychiatric patient, with biological therapies and ergotherapy occupying a hegemonic role. With the demise of the Socialist Camp in the 1990s, the second break in psychiatric discourse occurred, with an abandonment of the Soviet paradigm and a return to American psychiatry. Once again, psychiatric practice based on the biomedical model, far from undergoing transformations, continues to be orthodox. Therapies such as electroshock or techniques such as mechanical restraint or chemical restraint through psychotropic drugs, widely denounced in several countries around the world as violations of human rights and for their proven negative effects, both physical and psychological, continue to be applied and defended.

Keywords: Cuba; History; Psychiatry.

SUMÁRIO

INTRODUCCIÓN	16
1 LA LOCURA EN LA CUBA COLONIAL: ENTRE LAS LUCES DE LA ILUSTRACIÓN Y LA OSCURIDAD DEL ENCIERRO	30
1.1 LA ENSEÑANZA ILUSTRADA.....	31
1.2 LAS OBRAS PÚBLICAS	32
1.3 VIGILAR, REGLAMENTAR Y ENCARCELAR.....	37
1.4 HIGIENIZAR LA CIUDAD Y SANAR EL CUERPO SOCIAL	43
1.4.1 El problema del agua, la zanja y el matadero.	46
1.4.2 La gestión de los esclavos africanos: la cuarentena	52
1.4.3 La gestión de los leprosos: un modelo de exclusión	54
1.5 COMPASIÓN PIADOSA Y LÓGICA DE LA INTERNACIÓN	58
1.6 EL OBISPO ESPADA: ENTRE LA ASISTENCIA Y LA REPRESIÓN	64
1.7 LA CASA DE DEMENTES	70
1.8 LA LOCURA DE LOS NEGROS: RACISMO Y MEDICINA MENTAL	78
2 LA PSIQUIATRÍA MÁS ALLÁ DE LOS MUROS DEL MANICOMIO	87
2.1 EL ALIENISMO FRANCÉS LLEGA DEMASIADO TEMPRANO	87
2.2 UNA MEDICINA DE EXCLUSIÓN	97
2.3 LA PSIQUIATRÍA EN LOS SALONES DE LA ACADEMIA	107
2.4 LA LOCURA HEREDITARIA.....	112
2.5 ¿ENAJENADOS O CRIMINALES? PSIQUIATRÍA Y MEDICINA LEGAL .	120
2.6 HIGIENE GENERAL DE LA LOCURA Y AMPLIACIÓN DE LA PSIQUIATRÍA 125	
2.7 UN “ASILO QUE NUNCA HA SIDO UN MANICOMIO”	140
2.8 UN NUEVO TERRENO QUE CONQUISTAR: LAS NEUROSIS, LA MEDICINA PRIVADA Y LOS TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS	159
3 LA INFANCIA ANORMAL Y EL NACIMIENTO DE LA PSIQUIATRÍA INFANTIL CUBANA	163
3.1 HIGIENE PÚBLICA Y ESTRATEGIAS BIOPOLÍTICAS EN LOS COMIENZOS DEL SIGLO XX EN CUBA	163
3.2 EL DISCURSO JURÍDICO SOBRE LA INFANCIA DESVIADA	166
3.3 EL ESCOLAR MENTALMENTE ANÓMALO.....	171
3.4 LA IMPORTACIÓN DEL HIGIENISMO MENTAL.....	188

3.5	LA PSIQUIATRÍA INFANTIL CUBANA. SUS ORÍGENES.	193
3.6	EL NIÑO INESTABLE COMO OBJETO DE LA INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA	200
3.7	UN NIÑO TURBULENTO TRATADO CON BULBOCAPNINA.....	205
3.8	NUEVOS AIRES DE REFORMA	212
4	LA PSIQUIATRÍA EN REVOLUCIÓN	230
4.1	LA MEDICINA CUBANA Y EL MODELO DE SALUD PÚBLICA SOVIÉTICO 234	
4.2	UNA PSIQUIATRÍA “DEPURADA” Y REVOLUCIONARIA	240
4.3	PÁVLOV EN EL CARIBE O LA SOVIETIZACIÓN DE LA PSIQUIATRÍA CUBANA	249
5	EL HOMBRE NUEVO Y LA HIGIENE MENTAL REVOLUCIONARIA.....	264
5.1	LA HOMOFOBIA ESTATAL Y LA PSIQUIATRÍA COMO INSTRUMENTO POLÍTICO.....	278
5.2	‘PASTILLAS PARA LOS NERVIOS REVOLUCIONARIOS’	302
5.3	LA AMPLIACIÓN DE LA PSIQUIATRÍA REVOLUCIONARIA.....	309
5.4	ACTITUDES POLÍTICAS NEGATIVAS Y PACIENTES REVOLUCIONARIOS 311	
5.5	LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA.....	323
5.6	LA REHABILITACIÓN A TRAVÉS DEL TRABAJO.....	330
6	¡GOODBYE PÁVLOV! LA DESAPARICIÓN DEL CAMPO SOCIALISTA Y LA REORIENTACIÓN DE LA PSIQUIATRÍA REVOLUCIONARIA	342
6.1	EL ABANDONO DE LA REFLEXOLOGÍA	345
6.2	UN TÍMIDO AMAGO A LA PSIQUIATRÍA DEMOCRÁTICA	347
6.3	DEAMBULANTES, BUZOS, ALCOHÓLICOS Y LOCOS.....	351
6.4	PSIQUIATRÍA COMUNITARIA SÍ, PERO NO SIN EL HOSPITAL.....	354
6.5	EL DSM, LA NUEVA BIBLIA DE LOS PSIQUIATRAS CUBANOS	359
6.6	UNA VERSIÓN ‘HUMANIZADA’ DEL ELECTROSHOCK.....	365
6.7	PARA QUÉ PSICOTERAPIA SI TENEMOS PSICOFÁRMACOS.....	366
6.8	“EVITAR A TODA COSTA QUE EL MUCHACHO SE DETERIORE”. PSICOFÁRMACOS PARA EL DOMINIO DE LA INFANCIA	370
	CONCLUSIONES	16
	REFERENCIAS.....	17

INTRODUCCIÓN

A principios de enero de 2010 fallecieron un grupo de pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico de La Habana, la principal institución de su tipo en Cuba. Enseguida aparecieron reportes en algunos medios de prensa internacionales relatando lo ocurrido. Por ejemplo, la Agencia de noticias británica *Reuters* informaba lo siguiente:

REUTERS (LA HABANA). 14 de enero de 2010: "(...)24 pacientes de un hospital psiquiátrico de La Habana fallecieron por "hipotermia", debido a las bajas temperaturas que reinaron esta semana en la isla. (...) Las muertes ocurrieron entre el lunes y la madrugada del martes, cuando en la zona donde está el hospital psiquiátrico de La Habana, antiguo Mazorra, se registraron temperaturas mínimas de 3,7 grados Celsius (...)" (ACOSTA, 2010).

Poco tiempo después, la agencia española *El País*, noticiaba:

EL PAÍS. 16 de enero de 2010: "Veintiséis pacientes del hospital psiquiátrico de La Habana han muerto en los últimos días debido a las bajas temperaturas y por negligencias "relacionadas con la no adopción oportuna de medidas", informaron ayer las autoridades de la isla, que han abierto una investigación y anunciado que "los principales responsables" serán llevados ante los tribunales. (...) la mayoría de los fallecidos eran enfermos mentales de avanzada edad que estaban ingresados en la sala de geriatría, y murieron a causa de diversas afecciones respiratorias, sobre todo neumonías y bronconeumonías. (...)" (VICENT, 2010).

Conjuntamente, la prensa oficial de Cuba ofreció una versión de los hechos:

CUBADEBATE. 15 de enero de 2010. Investigan en Cuba la muerte de pacientes en Hospital Psiquiátrico de La Habana. En el Hospital Psiquiátrico de La Habana, que dispone de 2 500 camas, se ha producido durante la última semana un incremento de la mortalidad en los pacientes ingresados. En total se reportan 26 fallecidos. Estos hechos están vinculados con las bajas temperaturas de carácter prolongado que se han presentado (de hasta 3,6 grados centígrados en Boyeros, donde se ubica el hospital) y a factores de riesgo propios de los pacientes con enfermedades psiquiátricas, el natural deterioro biológico debido al envejecimiento, infecciones respiratorias en un año donde esta enfermedad muestra un comportamiento epidémico y las complicaciones de afecciones crónicas presentes en muchos de ellos, fundamentalmente cardiovasculares y cáncer. Ante la situación descrita, el Ministerio de Salud Pública decidió crear una Comisión para investigar lo ocurrido, la que hasta el momento de elaborar esta información ha identificado varias deficiencias relacionadas con la no adopción oportuna de medidas. Los principales responsables de estos hechos serán sometidos a los Tribunales correspondientes (CUBADEBATE, 2010).

La muerte de esos pacientes se transformó en una de las noticias más importantes del país en aquel momento y, como era de esperar, concentró la atención mediática en la psiquiatría cubana, uno de los sectores con menor destaque dentro de la propaganda sobre la medicina de Cuba. Curiosamente el 9 de febrero de 1958, 52 años antes murieron también 82 pacientes en ese hospital por causas similares. La famosa revista cubana *Bohemia* publicó al día siguiente una pequeña crónica titulada “Zafra de muertes en Mazorra”:

El periódico ‘El crisol’ lo destacó en primera plana, el mismo día que levantaron la censura: ‘82 locos murieron en Mazorra en unos pocos días, a consecuencia del frío’. Fuera de aquella noticia (y de un comentario posterior de Ernesto Montaner) nadie ha escrito nada más sobre esto, que constituye a todas luces un monstruoso caso de indolencia criminal con seres enfermos. ¿Quién es el responsable de estas muertes? ¿El director del hospital? ¿Los médicos de Guardia? ¿El ministro de Salubridad? Sea el que fuere, lo cierto es que la opinión pública exige una aclaración. La piden igualmente los familiares de esos desdichados que por falta de recursos tuvieron que caer allí. Mazorra era hace algunos años una palabra que provoca espanto. Lejos de ser un sanatorio de enajenados era una cárcel inhumana regida por carceleros sin escrúpulos que golpeaban a los enfermos como si fueran bestias. Desde hace poco más de una década la mala fama de Mazorra había empezado a decrecer. ¿Significarán estas muertes que el tenebroso hospital ha vuelto a retroceder a aquellas etapas? Esperamos que no. Y mientras tanto, confiemos en que las autoridades responsables -si es que lo son- expliquen por qué se dejó a la intemperie, sin ropa y sin alimentación, a esos 82 infelices que acaba de aniquilar este riguroso invierno (BOHEMIA, 1958).

Las preguntas que aparecieron en aquella crónica de 1958 no pierden vigencia. Es como si el Hospital Psiquiátrico de La Habana estuviera marcado por el significado del horror. Resulta paradójico que medio siglo después, en la institución insignia de la salud mental en Cuba y una de las primeras a ser reformadas por el gobierno revolucionario, haya ocurrido semejante hecho.

Cuba es un archipiélago situado en la entrada del Golfo de México, en el Mar Caribe. Su nombre oficial es República de Cuba y su territorio está dividido en la Isla de Cuba (principal), la Isla de la Juventud (de menor tamaño) y un total de 4 195 cayos e islotes, sumando una superficie de 110 860 Km². La población actual de Cuba es de aproximadamente 11 millones de habitantes. El sistema político imperante desde 1959 es el socialismo. A pesar de que desde 1976 fue elaborada una nueva Constitución y creada una organización parlamentaria llamada Asamblea Nacional del Poder Popular, es prohibido y perseguido el pluripartidismo y no existen elecciones directas para los principales cargos políticos de la nación (presidente, vicepresidentes, primer ministro).

Según la Constitución el único partido permitido es el Partido Comunista de Cuba, siendo además el rector de las políticas económicas y sociales en el país, por encima incluso del parlamento.

En materia de salud, Cuba cuenta con enorme reconocimiento mundial. El sistema de salud es exclusivamente público y se organiza en tres niveles (atención primaria, atención secundaria y atención terciaria). El reconocimiento de Cuba como potencia médica se debe sobre todo a un sistema de salud eficiente y a la excelente formación de sus médicos desde la década de 1950, pero también por la amplificación de sus 'logros' que realiza la propaganda oficial. Al mismo tiempo está el hecho de que una buena cantidad de médicos cubanos son enviados frecuentemente a diferentes países en 'misiones internacionalistas' desde 1962.

Según Chaple (2006), hasta 2005 las misiones médicas cubanas han estado presentes en más de 100 países, tanto de África, Asia como de América Latina. Al mismo tiempo, como parte de esa colaboración remunerada, cientos de miles de ciudadanos de esos diferentes países han realizado sus estudios de medicina en Cuba. En 2021, el gobierno cubano reconoció que las misiones médicas internacionalistas constituyen su principal fuente de ingreso. Según Yamila de Armas Águila, presidenta de la Comercializadora de Servicios Médicos Cubanos, S.A. (CSMC) "En el 2020, las exportaciones de servicios de salud fueron el 50% de las exportaciones de servicios (en general), y estas, a su vez, el 80% de las exportaciones totales del país" (DIARIO DE CUBA, 2021). Al mismo tiempo son incuestionables los numerosos avances obtenidos en materia de atención clínica, en innovaciones científicas y en la organización de servicios de la salud pública dentro del territorio nacional.

No obstante, en el campo de la psiquiatría existe un cierto desfase si se compara con el desarrollo de las otras especialidades médicas y su impacto a nivel mundial. Desde las primeras décadas del siglo XX, Cuba ha estado presente en los debates que se han producido en la medicina mental y en determinado momento consiguió ciertos destaques, sobre todo a nivel regional latinoamericano. En ese sentido cabe mencionar la creación de la Liga de Higiene Mental cubana y el movimiento de la Homicultura, ambas en la década de 1930, en concordancia con lo que ocurría en otros países de América Latina como Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, Perú, entre otros. Posteriormente, en 1951, Cuba tuvo su representante en la fundación de la Asociación Psiquiátrica de Latinoamérica (APAL)

y, posteriormente La Habana fue la sede de dos congresos de esta asociación en 1977 y 1998 (CAMPOS-FARFÁN, 2017). Aunque menos significativa, hay que mencionar también la participación de Cuba como miembro de la Asociación Mundial de Psiquiatría desde 1961.

La creatividad de los cubanos en los proyectos latinoamericanos de higienismo mental, así como la autonomía de sus practicantes, se vio regulada por los mandamientos del marxismo-leninismo después de la Revolución de 1959. No obstante, la psiquiatría cubana continuó siendo un referente para aquellos que no se percataban del velo que cubría la realidad. Al menos hasta la desaparición del campo socialista y de la Unión Soviética, el Estado cubano mostraba con entusiasmo al Hospital Psiquiátrico de La Habana, popularmente conocido como Mazorra, símbolo de éxito de la Revolución. Allí, los visitantes extranjeros quedaban impresionados por el 'orden' que conseguía mantener su director, el médico militar Eduardo Bernabé Ordaz y sus programas de rehabilitación social (MINSAP, 1971).

Sin embargo, al desmoronarse el proyecto socialista mundial, la propaganda sobre un sistema de salud perfecto perdió efectividad y, tal como ocurrió en todos los sectores de la sociedad cubana, los problemas se agudizaron y una realidad más o menos oculta emergió. Así, aun cuando las políticas oficiales de salud pública siguen siendo prioridades en Cuba las condiciones físicas de las diferentes instituciones del país y la vida cotidiana de los pacientes psiquiátricos muestran otra realidad. En el caso de la salud mental, probablemente el caso más mediático haya sido el fallecimiento en 2010 de más de veinte pacientes en el Hospital Psiquiátrico de La Habana¹, pero también existen otros hechos que sólo aparecen en medios de prensa alternativos o pueden ser observados simplemente recorriendo algunos espacios públicos e intercambiando con la población.

Se trata, entre otros, de las pésimas condiciones en que operan las diferentes instituciones de salud en la actualidad, la falta de recursos médicos, la creciente crisis en la distribución de medicamentos, entre ellos algunos frecuentemente prescritos por psiquiatría (JIMÉNEZ ENOA, 2018; LÓPEZ CAMARAZA; BOZA IBARRA, 2021), el aumento significativo del suicidio, tanto en la población adulta como en la infanto-juvenil (OMS, 2021), la existencia de personas sin amparo filial que acostumbran a dormir en las calles y acosar a los turistas, en su mayoría diagnosticados por

¹ Medios no oficiales apuntan a cifras cercanas a los 50 pacientes (TAMAYO, 2010).

psiquiatría como toxicómanos, alcohólicos o portadores de alguna enfermedad mental, nombrados oficialmente como ‘deambulantes’ pero conocidos popularmente como ‘buzos’ por ser común encontrarlos hurgando en los tanques de basura (INTER PRESS SERVICE EN CUBA, 2020;). Al mismo tiempo, dentro de las instituciones de salud mental son prioridad intervenciones como la internación compulsiva, la contención mecánica, la terapia electroconvulsiva con anestesia (TECA) y la medicalización, considerados obsoletos y violatorias de los derechos humanos en muchas partes del mundo.

Mi interés sobre la gestión de la salud mental en Cuba surgió a partir de mis vivencias como cubano, lugar desde el cual he podido acompañar el deterioro de las instituciones de salud pública en las últimas tres décadas, incluidas las destinadas a la salud mental. No solo eso, sino también el haberme formado como psicólogo me brindó la oportunidad de acercarme innumerables veces a diferentes espacios de ese tipo e intercambiar con psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería, así como cuidadores de los pacientes psiquiátricos. En mis recorridos como estudiante y luego como profesor de psicología por el hospital psiquiátrico de mi ciudad, Santiago de Cuba, hubo tres momentos que me marcaron significativamente.

El primero de ellos fue siendo estudiante de psicología, en 2004. En Santiago de Cuba, en el poblado de El Caney (un área rural de la ciudad), funcionó hasta 2012 una especie de hospital psiquiátrico nombrado Centro de Atención a Enfermos Mentales Crónicos ‘El Viso’². Recuerdo mi fascinación como estudiante por la oportunidad de entrevistar por primera vez a pacientes psiquiátricos. Las condiciones y la estructura del pequeño ‘hospital de crónicos’ eran bastante precarias, pero fue más impactante ver a la mayoría de los pacientes descalzos y recibir como respuesta por parte de una funcionaria que simplemente no tenían zapatos para calzarlos.

No obstante, más impactante aún fue descubrir junto a mis colegas una especie de sala o dormitorio más alejada que podía pasar desapercibida a los visitantes. El dormitorio-sala era una construcción de ladrillos pintados de blanco, con un techo de fibrocemento y ventanas de madera, con un patio interior y un par de rejas amarradas con una cadena de hierro y un candado como única puerta. Dentro de este ‘almacén’ había varios pacientes totalmente desnudos caminando sin rumbo fijo por

² En 2012, el hospital de ‘El Viso’ fue destruido por un huracán que azotó a la provincia de Santiago de Cuba. En la actualidad los pacientes de aquel lugar se encuentran internados en una Sala de Crónicos del Hospital Psiquiátrico Gustavo Machín de esa ciudad.

el lugar y otros sentados en el suelo del patio interior donde también había heces regadas que alguien intentaba limpiar torpemente con un chorro de agua y una escoba. Minutos después fuimos descubiertos por un celador visiblemente molesto por nuestro 'desvío', obligándonos a volver a la ruta trazada.

El segundo suceso fue en el Hospital Psiquiátrico Gustavo Machín, de la misma provincia Santiago de Cuba. Andaba deambulando por los pasillos junto a mis estudiantes y en la búsqueda de uno de los psicólogos que nos serviría de guía en la institución. En un momento me adelanto y abro la puerta de una de las salas donde lo primero que veo es una mesa al inicio de un pasillo largo lleno de pequeños cubículos con varias camas y al final una mesa más grande en un espacio que sirve de comedor de los pacientes. En la mesa estaba sentada una enfermera anotando en lo que parecía una historia clínica. Cuando asomo la cabeza y le pregunto por el psicólogo, la enfermera me respondió cortante: "¡busca tu vaso!". Como yo no entendía, volvió a repetirme la orden, pero con un tono más amenazador: "¡Que busques tu vaso!".

Enseguida me percaté que la enfermera me había confundido con uno de los pacientes, quizás porque era la hora en que repartían la merienda y yo no portaba un vaso, pero también porque andaba con el pelo largo y sin peinarme. La solución más rápida que encontré para resolver la confusión y evitarme males mayores, fue abrir totalmente la puerta para que así ella pudiera ver que yo andaba vestido con la 'bata de médico', lo que me convertía automáticamente en uno de ellos.

Por último, el tercer suceso. Fue también en ese mismo hospital psiquiátrico, esta vez un encuentro con un paciente clasificado como "muy violento". Mi intención era mostrar a mis alumnos una forma diferente de entrevistar a personas en momentos de crisis psicológica, donde predominase la escucha del sujeto, dándole la oportunidad de hablar de aquello que le incomoda y le hace sufrir. Una de las enfermeras atendió mi solicitud y nos llevó a uno de los cubículos donde tenían a un paciente amarrado por las manos y los pies a una cama de hierro. Lo único que separaba al paciente de la cama de hierro era un colchón de espuma fino y viejo, con una sábana más o menos limpia pero gastada. Entre los diagnósticos que le habían endosado al paciente recuerdo el de epilepsia y el de esquizofrenia paranoide.

A medida que avanzaba la conversación con el paciente yo me convencía cada vez más de que se trataba de alguien totalmente diferente de la descripción que me había hecho la enfermera. Supimos que llevaba días amarrado porque se había peleado con otro paciente que había intentado tocarlo a la hora del baño. El paciente

nos contó además que ciertamente en ocasiones tenía explosiones de ira, sobre todo cuando sus compañeros de sala lo molestaban por alguna razón, pero que esa había sido la única vez que se había envuelto en una pelea.

Al final, terminamos recreando un simple juego inspirado en técnicas de respiración y relajación para el manejo del estrés y la ira. El 'juego' consistía en identificar los instantes previos a las explosiones de ira y la causa desencadenante y enseguida comenzar a contar hasta 10 mientras se concentraba en la respiración. Quedamos en encontrarnos en una próxima visita al hospital. Unas semanas después lo encontré en los pasillos del hospital, me contó que 'el juego' le estaba funcionando y que no lo volvieron a amarrar porque no se había peleado más. Además, me dijo que era la primera vez, desde sus primeros ingresos en el hospital psiquiátrico que algún médico se tomaba el tiempo de conversar con él. Yo sinceramente no esperaba que una sencilla técnica de relajación tuviera grandes efectos, sin embargo, para él fue bastante útil y de mi parte quedé convencido del valor de una escucha atenta y desprejuiciada del sufrimiento ajeno.

El contexto de deterioro de las instituciones de salud pública, y en particular las de salud mental, la muerte de varios pacientes en el Hospital Psiquiátrico de La Habana y mis vivencias en esos espacios acabaron de definir mi interés por investigar la psiquiatría en Cuba. Nunca imaginé que existiera un espacio como aquel en el hospital de crónicos que recordaba mucho a las imágenes ampliamente divulgadas por la prensa oficial sobre el Hospital de Mazorra antes de la Revolución, con pacientes desnudos, encerrados tras rejas y abandonados por el Estado. También la posición de aquella enfermera al confundirme con uno de los pacientes por el simple hecho de mi aspecto físico me hizo percatarme de la fragilidad del diagnóstico psicopatológico. Al mismo tiempo ver aquel paciente amarrado a la cama de hierro sin nadie que lo escuchara y calificado como 'muy violento' también me provocó varias dudas sobre la manera como son tratados los internos de los hospitales psiquiátricos en Cuba.

Es así como surge la pregunta de cómo ese tipo de prácticas se han naturalizado en el campo de la salud mental en Cuba. Así, el objetivo de esta investigación es analizar la gestión del sufrimiento mental por parte de la psiquiatría a lo largo de la historia de aquel país. Con esta investigación no busco realizar una historia de Cuba ni de sus instituciones de salud mental, tampoco la historia de grandes figuras o de grandes sucesos en el campo de la psiquiatría. Mi propuesta es,

inspirado en la genealogía de Michel Foucault, realizar un análisis histórico del saber psiquiátrico, buscando comprender cómo sus discursos y prácticas asociadas fueron surgiendo, transformándose y resistiendo hasta la actualidad. Del mismo modo, me propuse analizar las rupturas y continuidades con los modelos clásicos y modernos de gestión del sufrimiento mental.

En la obra de Michel Foucault existen una serie de textos que han sido enmarcados en lo que se llama “periodo genealógico”, el cual no debe ser interpretado como “ruptura” con el método arqueológico (CASTRO, 2004, p.227). En ese sentido Machado (1998) explica que la diferencia entre la arqueología y la genealogía estaría en cómo se analiza la cuestión del saber. En la arqueología, se trata de la relación entre los saberes, sus compatibilidades e incompatibilidades, así como las regularidades que se presentan en su formación. En cambio, en la genealogía, lo que se busca es explicar cómo aparecen esos saberes, a partir de los elementos exteriores a su constitución.

Así, la cuestión del saber deja de ocupar el lugar central y pasa a ser considerado como parte de un entramado más complejo. Ese cambio de método es lo que explica un pasaje del cómo al porqué en la explicación de los fenómenos que interesaban a Foucault. Si el cómo se centraba en el saber, es decir, la forma en que aparecen determinados saberes etc., el por qué permite trascender los límites de ese objeto específico que es el saber, explicando su relación con otros elementos de ese entramado complejo que son las relaciones de poder. Para Machado (1998), el saber es una pieza integrante de las relaciones de poder, de la cual Foucault da cuenta desde una manera distinta de analizar la historia.

Para una mejor fundamentación de la genealogía como forma de investigación propuesta por Foucault, consideramos pertinente remitirnos a las elaboraciones de Friedrich Nietzsche, específicamente en *Genealogía de la moral*. En ese texto, Nietzsche parte del cuestionamiento de ciertas ideas preconcebidas, inamovibles, de ciertos juicios morales sobre el problema del bien y del mal que escapan a cualquier crítica. Nietzsche afirma lo siguiente:

Necesitamos una crítica de los valores morales y, antes de todo, se torna necesario discutir el valor de esos valores -y por eso es necesario conocer las condiciones y los ambientes en que nacieron, en favor de las cuales se desarrollaron y en las cuales se deformaron (la moral como consecuencia, como síntoma, como máscara, como hipocresía, como enfermedad, como equívoco, pero también la moral como causa, como remedio, estimulante, inhibición, veneno), un conocimiento que nunca existió hasta hoy y como nunca se deseó igual (NIETZSCHE, 2013, p. 26, traducción personal).

Es así como la genealogía es una perspectiva diferente en los estudios históricos sobre las ciencias humanas, que toma distancia y cuestiona ciertos valores establecidos e ideas preconcebidas a la hora de interpretar fenómenos, además de llamar la atención sobre aquellos elementos que pueden haberse escapado o haber sido relegados a la hora de narrar los hechos o emitir juicios asociados a ellos.

Es por eso por lo que Foucault (1998) afirma que la genealogía se opone a cualquier linealidad en la investigación. Es una forma de analizar la historia que se ocupa sobre todo del detalle, de la singularidad de los sucesos, lo que implica descubrir lo no-dicho, lo que escapó al historiador, tal vez por ser aparentemente sin importancia o por cualquier otra razón. Para Foucault la genealogía no busca un punto ideal específico, el cual sería el origen del fenómeno, sino que su función está en lidiar con la meticulosidad y los peligros del comienzo (FOUCAULT, 1998).

Podemos entender que origen y comienzo en Foucault no tienen el mismo significado. Cuando el filósofo se refiere a los comienzos, en plural y no en singular, apunta a la existencia de diferentes perspectivas en relación con el fenómeno que se analiza y no a una única versión, relatada desde un punto de vista único. Se trata así de encontrar los múltiples factores asociados al evento, aquellos que permanecen ocultos, que son desapercibidos o relegados a un segundo plano. Esos son especialmente importantes.

Por tanto, para Foucault se trata de:

mantener lo que se pasó en la dispersión que le es propia: es delinear los accidentes, los ínfimos desvíos -o al contrario las inversiones completas - los errores, las fallas en la apreciación, los malos cálculos que hicieron que naciera lo que existe y tiene valor para nosotros; es descubrir que en la raíz de aquello que conocemos y de aquello que somos -no existen la verdad y el ser, pero sí la exterioridad del accidente" (1998, p.21, traducción personal).

Otro elemento fundamental para la comprensión del método genealógico es la cuestión de la 'representación', es decir, de una especie de actuación en la cual diferentes sujetos (actores) tendrían un papel específico, aun cuando pueda haber omisiones. Explica Foucault que la genealogía sería "reencontrar las diferentes escenas donde se desempeñan papeles distintos", es decir, qué escenas fueron representadas y por quiénes (FOUCAULT, 2018, p.15). Es justamente la finalidad de esta investigación explicar cómo han ido apareciendo los saberes psiquiátricos en el contexto cubano, de qué forma sustentan las prácticas y cómo estos se han ido

insertando en los diferentes entramados de poder, descubriendo aquellos elementos desapercibidos o intencionalmente ocultos y aparentemente desconectados entre sí.

Al indagar sobre la historia oficial de la psiquiatría cubana coincidimos con el psiquiatra Luis Calzadilla Fierro (2018) cuando afirma que son escasas las investigaciones detalladas sobre el tema. Al mismo tiempo hay una tendencia en los textos de corte oficialista a dividir la historia de la psiquiatría cubana en dos períodos históricos principales: antes y después de la revolución de 1959. El primero, que va desde el periodo colonial hasta el año 1959 tiene una connotación negativa y el segundo, que comienza con la revolución y llega hasta la actualidad, sería el periodo de esplendor y de grandes logros de la psiquiatría cubana (FIERRO, 2018; ORDAZ, 1964, 1973, 1992).

Las fuentes de datos consultadas para la investigación son diversas, abarcando una serie de materiales entre los que se encuentran documentos históricos, libros, revistas, periódicos, sitios web, publicaciones científicas, normas jurídicas, tesis académicas, material audiovisual y resultados de entrevistas a expertos cubanos. Todos estos materiales están relacionados con la gestión del sufrimiento mental y con la práctica de la psiquiatría en Cuba.

En el caso de las entrevistas, estas fueron realizadas a dos psiquiatras cubanos en calidad de informantes privilegiados, vinculados directamente a los servicios de salud mental del país. Las entrevistas fueron, además, abiertas y sin límites de tiempo prefijado, ocurriendo de forma remota, a través de videollamadas y grabadas, previo consentimiento de los entrevistados. El primer entrevistado, de nombre Rolando, se formó en psiquiatría en la década del 1970; la segunda entrevistada llamada Janet, concluyó su formación a finales de la década de 1990.

Sobre los antecedentes de la investigación es preciso aclarar que no encontré referencia alguna a estudios sobre la psiquiatría cubana utilizando el método genealógico. Hasta el momento he podido conocer de una única investigación amplia que aborda directamente a la psiquiatría en aquel país y que ha resultado en una referencia fundamental para mi investigación. Se trata del libro *Madhouse: Psychiatry and Politics in Cuban History (Envisioning Cuba)* (2017), de la historiadora Jennifer Lambe publicada a partir de su tesis de doctorado. En ese texto se analizan las relaciones entre la política del Estado cubano y la gestión de la salud mental, tomando como eje la historia del Hospital Psiquiátrico de La Habana, conocido popularmente como Mazorra. El libro de Lambe (2017) se complementa con dos artículos *El niño*

problema como objeto institucional: la psiquiatría infantil en Cuba, 1926-1945 (2017a) y *Revolutionizing Cuban Psychiatry: The Freud Wars, 1955–1970* (2017b).

El otro texto dedicado exclusivamente a la historia de la psiquiatría cubana que pude encontrar es un artículo del psiquiatra Luis Calzadillo Fierro titulado *Historia de la psiquiatría en Cuba: un intento de síntesis*. En este pequeño texto de ocho páginas el autor realiza una sistematización de la psiquiatría cubana por periodos (Colonial, Republicano y Revolucionario) y sus principales exponentes. Calzadilla Fierro, una de las figuras más reconocidas de la psiquiatría cubana actual dedica la mayor parte de su artículo al enaltecimiento de la gestión de la salud mental después de la Revolución de 1959 (FIERRO, 2018).

Existen otros materiales que, si bien no están dedicados exclusivamente a la historia de la psiquiatría en Cuba, contienen abundante información al respecto, constituyendo aportes valiosos a mi investigación. El primero de ellos es el libro del psiquiatra e historiador cubano Pedro Marques de Armas (2014) *Ciencia y poder en Cuba. Racismo, homofobia, nación (1790-1970)* en el cual hay dedicado un capítulo entero a la psiquiatría cubana en los primeros años de la revolución. El segundo es la tesis de maestría de Rachel Hynson titulada *The Colonial State and the Construction of Social Deviance in Cuba, 1825-1865* y publicada en 2009. Esta tesis aporta también informaciones sobre todo acerca del periodo colonial y el surgimiento de los dispositivos de control social donde se inserta el primer asilo para dementes de Cuba.

Ahora bien, desde el punto de vista teórico, entre los referentes que orientan mi investigación están algunos textos de Michel Foucault (1975, 1998, 1999, 2002, 2003, 2005, 2006, 2007, 2008, 2014, 2018) aportándome una armazón conceptual fundamental respecto de temas como el saber y el poder psiquiátrico, la biopolítica, los dispositivos disciplinares, entre otros; pero también la genealogía como herramienta metodológica.

Al mismo tiempo fueron esenciales los varios trabajos de la profesora e investigadora Sandra Caponi (2002, 2004, 2009, 2013, 2015, 2016, 2018, 2019), reconocida como una de las principales investigadoras de la historia de la psiquiatría desde la perspectiva foucaultiana. Los libros, los artículos, las presentaciones, etc., de la profesora Sandra Caponi constituyen la otra armazón teórica fundamental de mi investigación. En ese sentido fueron esenciales sus estudios sobre la lógica de la compasión piadosa, la psiquiatría ampliada, las estrategias biopolíticas en la

psiquiatría actual, la medicalización de la vida cotidiana, la psiquiatrización de la infancia, entre otros.

Hubo otros autores que también me permitieron profundizar en aspectos claves de la historia de la psiquiatría en países como Francia, España y la Rusia soviética que tuvieron influencia directa en la psiquiatría cubana. Ellos son Robert Castel (1978, 2011), referencia fundamental sobre la historia del alienismo francés, sus discursos y sus instituciones; Rafael Huertas (1989, 1991, 1995, 2002, 2015), sobre la historia de la medicina mental en España y sus discursos; los soviéticos I. F. Sluchevski (1960) y A. V. Snezhnevski (1987), autores de dos famosos manuales de psiquiatría en su país y usados ampliamente en Cuba; Vladimir Boukovsky (1976, 1977, 1978) y los hermanos Zhores y Roy Medvedev (1972), también de la antigua URSS, con importantes testimonios sobre la historia de la psiquiatría soviética y su uso con fines de control social; y por último el norteamericano Joseph Wortis (1950), que realiza una muy completa caracterización de la psiquiatría soviética en la década de 1950.

La tesis se presenta en seis capítulos, a través de los que se desarrollarán los objetivos planteados al inicio. En el primero, titulado *La locura en la cuba colonial: entre las luces de la ilustración y la oscuridad del encierro*, analizo el surgimiento de una forma de gestión de la locura amparada en el modelo de internamiento y el papel de la Iglesia católica en la aplicación de estrategias higienistas sobre la población desamparada, así como las formas particulares de tratamiento de la locura en la medicina esclavista. En cada uno de los capítulos intenté situar el contexto económico y sociopolítico en que surgieron y se desarrollaron los discursos y las prácticas de la psiquiatría.

En el segundo capítulo titulado *La psiquiatría cubana más allá de los muros del manicomio* analizo el surgimiento de un discurso psiquiátrico propiamente cubano, pero con una marcada influencia de la clínica francesa. En este capítulo analizo, además, la relación de interdependencia que se establece entre la psiquiatría, la teoría degeneracionista y la criminología cubana de aquella época.

El tercer capítulo se titula *La infancia anormal y el nacimiento de la psiquiatría infantil cubana* y lo dedico a analizar la ampliación del discurso sobre la higiene pública, la profilaxis de las enfermedades mentales y las estrategias biopolíticas asociadas. También el surgimiento de discursos sobre la infancia desviada,

específicamente el llamado ‘escolar mentalmente anómalo’ y el ‘niño inestable’ y las estrategias de intervención de la recién creada psiquiatría infantil cubana.

El cuarto capítulo tiene como título *La Psiquiatría en revolución*. El título tiene un doble significado, pues representa el comienzo de una nueva etapa en la psiquiatría cubana, entendida como una ‘revolución’ dentro de la salud pública, pero también porque coincide con la llegada al poder de un nuevo gobierno y del comienzo de la revolución cubana. En este capítulo analizo temas como las depuraciones ideológicas en el campo de la salud pública y en el de la psiquiatría específicamente, en nombre de la revolución. Seguidamente analizo la importación de psiquiatría y del modelo de gestión de la salud mental soviéticos.

El quinto capítulo, que titulé *El Hombre nuevo y la higiene mental revolucionaria* está dedicado a analizar una nueva estrategia de higiene mental adaptada al contexto de la sociedad cubana y bajo la bandera del socialismo. También, analizo ciertas políticas de estado de corte abiertamente homofóbico y el papel de la psiquiatría cubana en su implementación, así como en las terapias de reversión de la homosexualidad. Este capítulo también está dedicado a analizar la ampliación de las estrategias de medicalización de la sociedad a través de la psicofarmacología y la ampliación de los servicios de psiquiatría hacia las comunidades.

En el último capítulo titulado *¡Goodbye Pavlov! La desaparición del Campo Socialista y la reorientación de la psiquiatría revolucionaria*³, analizo el impacto dentro del campo de la psiquiatría de la desaparición de la Unión Soviética y el Campo Socialista europeo y la consolidación del modelo biomédico en la gestión de la salud mental. De manera específica analizo los intentos de consolidación del modelo comunitario y la hegemonía de la lógica hospitalar, pero también la adopción de los sistemas internacionales de clasificación de enfermedades, sobre todo el DSM; la defensa del electroshock y el uso de psicofármacos.

Por último, me gustaría explicar la razón por la que esta tesis está escrita en español, que es mi lengua materna. No se trata de rechazo o de incapacidad frente a

³ La elección de la frase “¡Goodbye Pávlov!” para el título de este capítulo es una inspiración del filme alemán de 2003 *¡Goodbye Lenin!*, del director Wolfgang Becker. En esta cinta se recrea el contexto de la caída del Muro de Berlín desde la perspectiva de un joven de la Alemania socialista que se ve obligado a realizar todo un montaje escenográfico para hacer creer a su madre que ha despertado de un coma profundo que la RDA aún existe. Es justamente el simbolismo que encierra esa frase el que quise reproducir en el título del capítulo, el del abandono de un paradigma ideológico y teórico impuesto a la psiquiatría cubana.

la lengua portuguesa. El motivo es otro y tiene que ver con que la investigación es particularmente sobre Cuba y es realizada por un investigador cubano, por tanto, el proceso de traducción de lo escrito hacia otra lengua supone una pérdida de ciertos significados lingüísticos, pero también de riquezas propias de la cultura local.

Por otra parte, tal decisión cuenta con el debido amparo legal, la *Resolução Normativa Nº 46/2019/CPG* de la *Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)*, con fecha 27 de junio de 2019, la cual establece en su artículo 5 la posibilidad de que los trabajos de conclusión de cursos de posgraduación puedan ser escritos en idioma extranjero. Por estas razones preferí asumir el reto de escribir la tesis en español. De la misma forma, en los casos en que fue necesario citar directamente materiales en castellano antiguo la ortografía fue respetada.

1 LA LOCURA EN LA CUBA COLONIAL: ENTRE LAS LUCES DE LA ILUSTRACIÓN Y LA OSCURIDAD DEL ENCIERRO

Los inicios del siglo XIX fueron particularmente significativos para el desarrollo económico de Cuba, que en aquellos momentos era una de las colonias de España. La Habana era sobre todo aquel lugar privilegiado donde confluían principalmente el desarrollo económico y comercial de Cuba, así como la vida cultural e intelectual y donde se tomaban las principales decisiones en materia de gobernación y estructuración urbana. Dos elementos fueron esenciales en el fortalecimiento de la economía cubana de aquella época: el uso de la mano de obra esclava, tanto la africana como la asiática, utilizadas mayormente en la producción azucarera y la entrada de la Isla caribeña en el fenómeno conocido como 'modernidad'.

La oligarquía cubana, detentora de una enorme influencia sobre las autoridades coloniales y la metrópoli, consiguió que se concretizaran una serie de reformas en todos los ámbitos de la sociedad. La transformación de Cuba tuvo su origen en las ideas de la Ilustración española, a través de las cuales se pretendía transformar a La Habana, capital del país, en una 'ciudad moderna', fortaleciendo su desarrollo agrícola, comercial e industrial, pero también perfeccionando las formas de gestión de la población, sobre todo en los ámbitos sanitario, benéfico y de seguridad.

Según afirma Expósito (2006), en el espacio de la modernidad se establece una relación directa entre los fenómenos de la vida y la política, o más bien, los fenómenos asociados a la vida entran directamente en la esfera de la gobernabilidad. Es a esa nueva forma de gestión de la vida por parte de la política a lo que Michel Foucault denominó biopolítica. En su curso de 1975, *En defensa de la sociedad* (2018a), el filósofo francés analiza como a finales del siglo XVIII y principios del XIX se instala una nueva tecnología de poder, centrada en los diferentes procesos biológicos de las poblaciones humanas (nacimiento, muerte, reproducción, envejecimiento, morbilidad, etc.) más que en los cuerpos individuales.

Esa biopolítica, destaca Foucault (2018a), comenzó a servirse enseguida de los estudios demográficos, pero también de determinadas instituciones para poder medir, analizar y controlar aquellos fenómenos que afectarían el funcionamiento de la ciudad, considerándolos como un problema de higiene pública. Esa forma de intervención global y estratégica se situaría al mismo tiempo en el terreno de lo científico y de lo político (FOUCAULT, 2018a).

En el caso de Cuba, la perspectiva biopolítica abarcó diversos escenarios, entre los cuales se encontraban las instituciones educativas y las científicas, los espacios urbanos, los aparatos de vigilancia y control policial, pero también la administración de salud y las instituciones benéficas. Para facilitar el análisis de estos escenarios los agrupé en las siguientes categorías: Enseñanza ilustrada; Obras públicas; Vigilar/ reglamentar/encarcelar y; por último, Higienizar la ciudad y sanar el cuerpo social.

1.1 LA ENSEÑANZA ILUSTRADA

Al comienzo del siglo XIX, ocurrieron importantes transformaciones en el ámbito de la educación cubana. Una buena parte de las instituciones educativas y científicas empezaron a concentrarse en el fomento de la economía, del estudio de las artes, las letras, la religión, las ciencias humanas y las naturales; todo ello con vistas a mejorar la instrucción de la población, pero también para perfeccionar la producción agrícola, principal renglón económico. En ese sentido el trabajo desarrollado por las Sociedades Económicas de Amigos del País fue decisivo. Esta institución, tanto en España como en Cuba, fue la principal representación de intelectuales, comerciantes y hacendados defensores de las ideas de la ilustración (SANZ, 1989; ALÍAS, 2012).

En un informe presentado ante la asamblea de esa sociedad en Cuba en el año 1833, su secretario recordaba que el papel de la institución era

promover el fomento de la agricultura e industria popular, la educación de la juventud, el comercio y la crianza de ganados, [...] relacionados íntimamente sus trabajos con el estado de la Isla y los acontecimientos influyentes en su prosperidad (CUBA, 1833, p. 6).

Entre las acciones de la Sociedad Económica de Amigos del País cubana, estuvo la realización de viajes de intercambio y formación en el extranjero de los académicos, la administración de clases sobre botánica, la introducción de nuevas tecnologías e instrumentos agrícolas, sobre todo para el cultivo del azúcar, el establecimiento del ferrocarril, la realización de proyectos de nuevos caminos y el empedrado e iluminación de algunas de las calles principales. Por último, se crearon espacios para la enseñanza de materias como matemática, física, artes y economía,

además de una biblioteca pública, la primera del país (SALVADOR; CAMPO; GONZÁLEZ, 2018).

La diversificación y sofisticación de la enseñanza 'ilustrada', así como la divulgación de las actividades de la Sociedad Económica, entendidas como acciones biopolíticas, tuvieron efectos tanto en el campo político como social y económico, toda vez que implicaban de cierta forma la maximización y extracción de las fuerzas productivas, solo que, como destaca Foucault (2018), de una forma más sutil que aquella de los mecanismos disciplinares.

En otras palabras, determinado tipo de instrucción junto a las más modernas tecnologías de la época, útiles sobre todo al desarrollo agrícola e industrial, respondía a los intereses de un grupo de poder específico los que, alineados con los intereses gubernamentales, anhelaban formar un nuevo tipo de sujeto económicamente productivo. Como afirma Candioto (2012), se trata de una forma de intervención política sobre los cuerpos a nivel de detalles, inversiones microfísicas, capilares con el objetivo de fabricar pequeñas individualidades funcionales adaptadas y adaptables.

1.2 LAS OBRAS PÚBLICAS

El creciente dominio económico y político de las clases privilegiadas debía mostrarse más allá de las instituciones científicas y educativas. En función de ello se realizó un reordenamiento urbano de la capital, con acciones de restauración y edificación de espacios, gestión que ya se realizaba desde finales del siglo XVIII. Por ejemplo, en esos años se trabajó en la remodelación de algunas fortificaciones situadas en puntos estratégicos del litoral habanero, las que, además de ser símbolos del poderío militar de la metrópoli, servían como defensa ante las invasiones de corsarios y piratas o en caso de guerra. Por otro lado, se amplió la Plaza de Armas, destinándose nuevos espacios para la Casa de Gobierno, la aduana, un cuartel y un correo.

Figura 1 – Plaza de Armas de La Habana, 1841



Fuente: Habana Radio (2022)⁴

Como afirma Apaolaza-Llorente, “el poder no sólo debía mostrarse en grandes edificios con bellos diseños y materiales nobles, la ciudad es un ente orgánico que debía ser transformada en todos sus aspectos, tanto arquitectónicos y urbanísticos, como de comportamiento de sus habitantes” (APAOLAZA-LLORENTE, 2018, p. 65).

Sin embargo, no se puede hablar del reordenamiento urbano sin introducir una figura particular en el gobierno colonial. Se trata del cartagenero Miguel de Tacón y Rosique (1775-1852). Tacón, reconocido militar de alto rango del ejército español, fue nombrado para el más alto cargo de gobernación de la nación en 1834. Según afirma Vilar (2000), Miguel de Tacón fue uno de los más controvertidos gobernadores de la Cuba colonial, responsable por la creación de una serie de obras públicas, pero también por la implementación de dispositivos de punición más severos contra la delincuencia, los grupos marginados y de forma más específica contra la población negra, en consonancia con su postura ultraconservadora.

La colocación por parte de la monarquía española de este gobernador respondió tanto a intereses militares como económicos. Y es que en las dos primeras décadas del siglo XIX el poderío español en las Américas se encontraba debilitado, siendo Cuba uno de los principales bastiones que debían ser preservados, debido a su posición geográfica estratégica y a las importantes ganancias financieras que aportaba a la corona española (VILAR, 2000). Por eso, mientras Cuba navegaba en la opulencia y avanzaba hacia la modernización se hacía absolutamente necesaria

⁴ Disponible en: <http://www.habananradio.cu/articulos/la-plaza-de-armas/>. Acceso en: 13 sep. 2022.

una administración más firme y cuidadosa, que al mismo tiempo respondiese al ideal monárquico.

Los gobernadores que antecieron a Tacón eran considerados sujetos con menor capacidad para conducir esta importante colonia. Por ejemplo, aunque un tanto reconocido, el capitán general Dionisio Vives, gobernador entre 1823 y 1832, era más bien calificado como alguien “sencillo, modesto y desapasionado” (DE LA PEZUELA, 1842, p. 565). A Vives le sucedió el teniente general Mariano Ricafort Palacín y Abarca, terminando su corto mandato en 1834, sobre todo porque su autoridad “mansa y tolerante” y su estado de salud delicado no le permitieron ejercer de manera efectiva el gobierno de una nación compleja como Cuba (DE LA PEZUELA, 1842, p. 566). En aquel momento, el país estaba envuelto en movimientos reformistas, en una lucha contra la trata de esclavos y al mismo tiempo atacada por dos importantes epidemias, una de cólera morbo en 1832 y otra de sarampión en 1833 (ECURED, 2017).

Al asumir la gobernación de Cuba, Miguel de Tacón entendía que debía realizar transformaciones profundas en el país, pero particularmente en La Habana, lo cual le permitió ejercer un mejor control de la población. Para ello, mejorar la calidad de vida de sus habitantes se presentaba como la estrategia más efectiva. Así, se dio a la tarea de continuar y ampliar el reordenamiento urbano, esta vez dirigido a la periferia, la llamada ‘ciudad extramuros’.

Una de las primeras medidas fue la construcción de un nuevo mercado, en un lugar donde antes solo había puestos de venta improvisados. El nuevo establecimiento, similar a los de la metrópoli española llamado ‘Mercado del Vapor’ era un edificio sustentado por fuertes columnas de piedra y dotado de amplias galerías (TORAYA, 2001)⁵. Tanco Armero (1861), en su libro *Viaje de Nueva Granada a China y de China a Francia*, describió al famoso mercado de la siguiente forma:

En el interior de este edificio se vende la carne y toda la especie de legumbres y verduras, y en el exterior, las frutas. Pero lo que sorprende es la mezcla y variedad, pues al lado de una tienda de naranjas y piñas, se encuentra un lujoso almacén de ropas, y todas las galerías están plagadas de baratillos (ARMERO, 1861, p. 56).

⁵ El edificio que albergaba el Mercado Vapor fue demolido en la década de 1960. En la actualidad el espacio que antes ocupaba el edificio es una reconocida plaza llamada Parque El Curita.

Figura 2-Mercado del Vapor



Fuente: fotosdlahabana⁶

La amplitud del espacio, además de la funcionalidad arquitectónica le otorgaba al mercado un aspecto más ordenado e higiénico, tan necesario para la nueva imagen de la ciudad. De forma similar, ya dentro de la propia ciudad se construyeron nuevos mercados, llamados Plaza Vieja y Santo Cristo, con el mismo objetivo de regular los espacios públicos y organizar las ventas, sobre todo de alimentos, que eran los que más problemas sanitarios acarreaban, como veremos posteriormente.

Por otro lado, siendo que la exhibición de espectáculos era una de las formas de entretenimiento preferidas por la población el gobernador mandó a construir un nuevo teatro, llamado, en homenaje a sí mismo, 'Teatro Tacón'. Aunque ya existía otro similar en el centro de la ciudad, nombrado Gran Teatro de La Habana y conocido popularmente como 'Coliseo', esto no era suficiente; sobre todo porque la población que comenzaba a habitar la periferia, en su mayoría obreros, se veía imposibilitada muchas veces de asistir a las obras allí expuestas.

Figura 3-Teatro Tacón

⁶ Disponible en: <https://www.fotosdlahabana.com/la-plaza-del-vapor-o-mercado-de-tacon-la-habana-desaparecida/>. Acceso en: 13 sep. 2022.



Fuente: Cuba en la memoria⁷

Figura 4-Gran Teatro de La Habana



Fuente: DCubanos⁸

⁷ Disponible en: <https://cubaenlamemoria.wordpress.com/2012/07/13/curiosidades-la-habana-el-gran-teatro/>. Acceso en: 13 sep. 2022.

⁸ Disponible en: < <https://www.dccubanos.com/rinconcuba/el-gran-teatro-de-la-habana/> >. Acceso en: 13 sep. 2022.

Según De la Pezuela (1978), el antiguo teatro era inalcanzable a las clases menos favorecidas por dos razones: no había exhibiciones nocturnas, siendo justamente ese el horario de descanso de los trabajadores y el precio de las entradas era muy costoso. A pesar de todo, el nuevo teatro se construyó pensando más en la amplitud de su escenario y su auditorio que en la estética arquitectónica o la calidad de la acústica. Lo más importante para el gobierno y la élite económica era que allí se conseguiría reunir hasta 4000 espectadores y como estaba dirigido a las clases pobres, no consideraron necesario cuidar de esos detalles.

Por otra parte, la creación de ese nuevo espacio de ocio respondía no solo a la ampliación de las obras públicas en la ciudad, tanto intra como extramuros, sino también a mantener una cierta estabilidad entre las actividades laborales y las de descanso/recreo. Era esa una forma efectiva de regular los tiempos y los espacios de ocio de la población, manteniendo a los obreros en condiciones productivas óptimas.

Foucault, en *La verdad y las formas jurídicas* (2001) explica muy bien esta maniobra capitalista que comienza a caracterizar las relaciones de producción en la modernidad. Para el autor, en la sociedad moderna la cuestión del tiempo ocupa un lugar fundamental como forma de control de las poblaciones, ya sea porque se pueda ajustar el tiempo de los individuos a los aparatos de producción, ofrecerlo como mercancía a cambio de un salario, pero también que pueda ser administrado en forma de descanso (FOUCAULT, 2001).

1.3 VIGILAR, REGLAMENTAR Y ENCARCELAR

Al tiempo que se fomentaba el desarrollo económico y la enseñanza ilustrada, que se ampliaban y creaban obras públicas aparecieron nuevas formas de punición dirigidas al control de la marginalidad y a la represión de la delincuencia. En Cuba, sobre todo a partir del siglo XIX la población marginal representaba para las clases medias y altas un tipo de “inseguridad interna”, interpretada como una amenaza exterior a sus “sistemas de dependencias-protecciones comunitarias” (CASTEL, 2011, p.18).

El libre albedrío de un grupo ajeno a la elite criolla y española consideraba un peligro potencial. Entre estas personas había una gran variedad de individuos desamparados, pobres, vagabundos, indígenas, mestizos, esclavos, exesclavos

africanos y chinos, delincuentes y otros sujetos que supuestamente atentaban contra la moralidad (MARTÍNEZ, 2014). Como ya había mencionado, el gobierno de Miguel de Tacón fue uno de los más recordados por su estrategia represiva hacia la población marginal. Una de las primeras medidas de este gobernador fue el apoyo a la trata negrera, al tiempo que se reprimía a los esclavos rebeldes y a los cimarrones⁹.

Según Vilar (2000), el mantenimiento de la esclavitud continuaba siendo prioridad para España, no porque fuera una mano de obra más rentable que la asalariada, sino porque la presencia de los africanos aumentaba el temor a la población negra, justificando así el endurecimiento de la represión. En ese sentido, destaca el autor que desde el gobierno de Tacón no sólo aumentó la represión violenta de la población negra, sino que dentro de los propios grupos de esclavos se aplicaron tácticas de división, ampliando el sectarismo entre ellos, a través de técnicas refinadas de espionaje y desinformación, para conseguir, de esa forma, un mayor control sobre ellos¹⁰.

En la opinión de Orovio (2006), el temor a la población negra se debía al 'riesgo de africanización' que temía la élite, es decir al aumento de la presencia de africanos en el país y, por otro lado, la repercusión que tenía la revolución de Haití, sobre todo porque al igual que en el país vecino, podían aparecer deseos de emancipación entre los esclavos de Cuba.

Consentir el tráfico de esclavos, a pesar de ser una práctica ampliamente condenada, no solo por los abolicionistas criollos sino también prohibida por acuerdos legales con otras potencias como Inglaterra¹¹ fue un esfuerzo por alargar cierta forma de ilegalismo, que hasta hacía poco tiempo era normalmente tolerado, sobre todo por los beneficios que traía a la economía burguesa. Para explicar mejor las razones económicas y políticas detrás del apoyo del gobierno colonial español hacia la trata negrera la definición foucaultiana de 'ilegalismo popular' resulta adecuada.

Según Foucault, hasta finales del siglo XVIII cierto ilegalismo popular era tanto compatible como útil para el desarrollo de las formas capitalistas de producción, aunque fue tornándose cada vez más discordante con la ideología burguesa

⁹ En la América colonial se utilizaba el término para clasificar a los esclavos negros que escapaban de su encierro.

¹⁰ Diferentes denominaciones religiosas fueron introducidas en Cuba por los esclavos de origen africano: la santería, el palo monte, los abakuás y la Regla Arará, por ejemplo.

¹¹ En 1817 España e Inglaterra habían firmado un tratado para poner fin a la trata de esclavos. En 1835 fue necesario firmar uno nuevo, en vistas de que el anterior no había tenido los efectos esperados (GHORBAL, 2015).

(FOUCAULT, 2018b). En ese juego simultáneo con la ilegalidad (contrabando de esclavos) y la legalidad (represión a la población negra) se refleja la idea de ilegalismo foucaultiano (DA FONSECA, 2017). Pero la represión del gobierno de Tacón no fue solo hacia la población negra, sino que su estrategia se amplió hacia otros grupos considerados igualmente como amenazas a la seguridad interior del país.

El mismo gobernador justificó sus acciones de la siguiente forma:

Un número crecido de asesinos, ladrones y rateros circulaba por las calles de la capital, matando, hiriendo y robando no solo durante la noche, sino en medio del día, y en las calles más centrales y frecuentadas. [...] Parecía que tanto número de criminales partían de un centro común o de alguna asociación ramificada y temible, que se había propuesto sobreponerse a las leyes, atacar impunemente al ciudadano pacífico, y destruir todos los vínculos sociales (TACÓN, 1838, p.3).

Un fenómeno que incomodaba particularmente a la aristocracia era el ruido que se producía en el trasiego de mercancías en los mercados y el que provocaban los propios estibadores. Siendo la mayoría de ellos hombres negros, esclavos y libertos, era común que se les culpara por cualquier falta de orden en la ciudad, produciéndose en el discurso de las altas capas sociales una mezcla de ideas racistas con los prejuicios sobre la peligrosidad de los marginados:

Las cuadrillas de negros, que reciben y pesaban las cajas de azúcar y otros frutos, al introducirlos y sacarlos de los almacenes, anunciaban el peso con alaridos y bulla estrepitosa, causando de esta manera notable molestia a todos los habitantes de la vecindad. Los padres de familia, las personas timoratas se lamentaban de la costumbre arraigada entre la gente de color, de pronunciar en las calles, en las entradas de las iglesias, y en los mismos actos públicos del culto, atroces blasfemias y obscenidades (TACÓN, 1838, p. 5).

Al tiempo que el gobernador denunciaba la vagancia y el juego como fuentes de criminalidad y actos “conjurados contra el orden público” criticaba la falta de un cuerpo policial efectivo y libre de corrupción (TACÓN, 1838, p. 4). Es así como, una de las primeras medidas del gobierno fue la reestructuración del cuerpo policial. La ciudad, dividida por barrios, tenía asignado en cada uno un cuartel de policía, con un inspector al frente, encargado de la fiscalización del trabajo policial en esa zona y un comisario, responsable por el aparato de vigilancia de los diferentes sectores que componían el barrio.

El comisario era ayudado por un pequeño grupo de tenientes encargados del patrullaje de los barrios. Además de estos, existía otra figura: el alguacil, que no respondía directamente al inspector de policía, sino al alcalde. Este tenía a su cargo, su propio grupo de comisarios. El trabajo de vigilancia y control policial de los

alguaciles y sus comisarios estaba volcado más hacia el área rural. Tal distribución le pareció un tanto inefectiva al gobernador, además de considerar, sobre todo a los alguaciles y sus comisionados como sujetos peligrosos y corruptos, que vivían de la extorsión a los dueños de pequeños negocios, de almacenes y tiendas (TACÓN, 1838).

Para resolverlo, el gobernador Tacón dispuso que los comisarios de barrio y sus tenientes le rindieran un parte diario sobre todas las ocurrencias que ellos atendieran. Además, ordenó ampliar la divulgación de los reglamentos de orden público para que alcanzase al máximo de la población y disolvió algunos de los grupos policiales responsables por las rondas de vigilancia, sustituyéndolos por soldados armados del ejército. También creó un nuevo aparato de vigilancia, llamado 'cuerpo de serenos', compuesto por militares licenciados que podían demostrar un buen desempeño en sus funciones anteriores. Cada día, antes de iniciar las rondas de patrullaje, los responsables por los diferentes aparatos policiales debían dirigirse hasta la Casa de Gobierno para recibir instrucciones específicas sobre su trabajo, que luego transmitirían a sus subordinados.

En el campo jurídico, se crearon nuevos reglamentos relacionados con el porte ilegal de armas, con el juego, con el robo, el asesinato, la vagancia y los llamados 'mal entretenidos' o 'picapleitos'. Para estos dos últimos fue creado en 1836 el Tribunal de Vagos y Picapleitos, presidido por el propio gobernador y encargado de sancionar a los comisores del delito de vagancia y sus diferentes interpretaciones (el mataperro, el gallero, el billetero, el gurrupiere y el picapleitos). Pero la figura del picapleitos, aunque relacionada, iba un poco más allá de la del vago común.

Según relata el costumbrista cubano Andrés López Consuegra en el libro *Los cubanos pintados por sí mismos*, el "Picapleitos quiere decir embustero que usa de tracamandería¹², enredo y trampa", haciéndose pasar muchas veces como abogado defensor de cualquier litigio o por un gran experto en cualquier negocio, portando a veces títulos de profesiones falsos, acompañado por "una corte de vagos" y lo mismo se le veía en la cárcel, siendo contratado por algún prisionero o estafando a algún comerciante (CONSUEGRA et al., 1852, p. 124). En el mismo sentido de la represión a la vagancia, se prohibió el juego, en el que estaban implicados los galleros

¹² Estafa

(peleadores de gallos), los gurrupiere (ayudantes de los banqueros de la lotería) y los billeteros (vendedores de billetes de lotería).

La medida más importante dentro de las punitivas fue la creación de una nueva cárcel, nombrada, de forma similar que el teatro, como Cárcel de Tacón. Hasta el momento de la construcción de este nuevo recinto, dentro de la Casa de Gobierno existía un espacio destinado a los prisioneros, el cual, según el propio gobernador “había sido constantemente el depósito de 700 a 800 presos inhumanamente hacinados entre altas paredes sin división de piezas, de clases ni de colores, pudiese desarrollar algún germen de infección que comprometiese la salud pública” (TACÓN, 1838, p. 14).

Si tenemos en cuenta que, en el año 1834, justo en el que comienza el mandato de Tacón, una epidemia de cólera azotó La Habana y muchas de las víctimas fueron precisamente los presos, entonces se comprende la preocupación y la urgencia por disponibilizar un lugar solo para ellos y alejado de la ciudad. En lo que se construía la nueva cárcel los presos transitaban por unos pabellones habilitados al efecto en la fortaleza militar de San Carlos de La Cabaña, situada en la entrada de la Bahía de La Habana.

Finalmente, la nueva cárcel estuvo lista en 1836 y fue situada en las afueras de la ciudad, muy cerca de la bahía y de otra fortaleza militar, el Castillo de San Salvador de La Punta. Para erigir aquel amplio edificio de dos plantas en forma de rectángulo, la principal mano de obra empleada fueron los esclavos y los propios presidiarios.

Figura 5-Real Cárcel de La Habana



Fuente: HabanaRadio¹³

El inmueble fue dividido en dos secciones, la primera era la cárcel propiamente y la segunda un cuartel, que tenía doble función, la de vigilar a los presos y la de ejercer las funciones propias del ejército (DE ANDUEZA, 1841). De esa manera se ahorra el gobierno el gasto en guardias de prisión. El régimen interior de la nueva cárcel fue mucho más estricto que el de la antigua, prohibiéndose la entrada de alimentos y alcohol, además, se crearon divisiones por sexo, por clases y por razas.

Dentro de las novedades que trajo consigo la nueva cárcel, lo más significativo fue que se introdujo el trabajo como retribución de los gastos del gobierno en los prisioneros, pero sobre todo como una nueva forma de punición. Aunque del trabajo obligatorio debía participar la totalidad de la población penal, no debemos pasar por alto que se trataba de una respuesta particular al problema de la vagancia, que tanto preocupaba al gobierno colonial. Al respecto, afirmaba el gobernador que

De esta manera la sociedad a quien ofendieron los presidiarios saca de ellos el partido de que son susceptibles en las obras públicas de necesidad, utilidad y ornato, y tal vez se consigue que al fin de sus condenas vuelvan aquellos desgraciados a ser miembros útiles, después de habituarse al trabajo, haber aprendido oficio y de haber sufrido su pena correccional (TACÓN, 1838, p. 16).

¹³ Disponible en: < <http://www.habanaradio.cu/culturales/inauguran-nuevo-diseno-museografico-de-la-real-carcel-de-la-habana/>>. Acceso en: 13 sep. 2022.

El uso del trabajo como un nuevo mecanismo de punición apunta a una forma diferente de usar los cuerpos. Si en la anterior cárcel los prisioneros eran simplemente hacinados en un espacio común para solamente cumplir con sus condenas, en la nueva cárcel los cuerpos tuvieron una función, una utilidad. Es importante recordar que, antes ni siquiera había un espacio particular que pudiera llamarse prisión, sino que, era dentro de la propia Casa de Gobierno que se habían habilitado unos calabozos que funcionaran como tal.

Para los presos, no solo se habilitó un espacio exclusivo, sino que fueron clasificados, separados por sexo, raza y clase social y su fuerza transformada en mano de obra utilitaria. En resumen, en ese nuevo sistema punitivo que simbolizaba la Cárcel de Tacón, se trata, como afirma Foucault (2002) de una “economía política” de los cuerpos, es decir, de su manipulación a través del encierro, de su repartición, de su corrección y de la regulación de sus fuerzas, sea ampliándolas o disminuyéndolas, según convenga (FOUCAULT, 2002, p. 27).

1.4 HIGIENIZAR LA CIUDAD Y SANAR EL CUERPO SOCIAL

El desarrollo económico y la ampliación del espacio urbano trajeron consigo un importante crecimiento demográfico en Cuba, lo que obligó a perfeccionar el aparato sanitario hasta entonces en manos de los cabildos, de la Iglesia y del Tribunal Superior del Protomedicato. El Real Tribunal del Protomedicato o simplemente protomedicato era la institución encargada de la regulación del ejercicio de la medicina en las colonias españolas de América, pero también de brindar la formación docente de estos.

El protomedicato en Cuba estaba compuesto por un reducido grupo de médicos y en ocasiones hasta por uno solo. No es hasta 1634 que la Isla de Cuba tiene su primer protomedicato, representado por la figura del médico español Francisco Muñoz de Rojas. Según afirma Ogayar (1977), esta instancia existía ya desde el siglo XV y era destinada exclusivamente a la regulación de la práctica médica en todo el territorio español, incluyendo las colonias. Entre sus funciones estaba, además de la docencia, el emplazamiento de los profesionales sanitarios, la investigación y juzgamiento de causas civiles y criminales relacionadas con excesos cometidos por los médicos; pero todo ello de forma puntual, es decir, sin la pretensión de intervenir de forma estratégica en los problemas sanitarios.

De cualquier forma, esa estructura resultaba deficiente a medida que se modernizaba el país y como mencionado, el protomedicato estaba destinado a desaparecer y darle paso a una organización más compleja. Una de las razones para introducir estas transformaciones eran la incapacidad de esa institución para gestionar las constantes amenazas de epidemias y enfermedades que diezmaban a la población. Otra de las razones era la situación higiénica de Cuba. En aquel momento el país no se caracterizaba precisamente por su limpieza, situación que además de representar un problema real de salud empañaba los esfuerzos del gobierno y de la élite económica por convertirla en una ciudad moderna.

Sobre la situación sanitaria de La Habana, el famoso naturalista alemán Alexander Von Humboldt (2005) declararía en su libro *Ensayo político sobre la Isla de Cuba* lo siguiente: “Durante mi estancia en la América española, pocas ciudades de ella presentaban un aspecto más asqueroso que la Habana, por falta de buenas autoridades” (p. 33). Es importante recordar que a inicios del siglo XIX y durante cinco años el investigador alemán realizó, junto al botánico francés Aimé Bonpland un extenso recorrido por buena parte del continente americano, específicamente Estados Unidos, México, Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú y Cuba, descubriendo y recolectando nuevas especies de animales y plantas, explorando zonas volcánicas y montañosas, además de navegar por los océanos que rodean el territorio (PRAELI, 2019).

Desde el siglo XV la población cubana sufría por una serie de brotes epidémicos, causados por enfermedades provenientes tanto de Europa como de África. Así, podemos citar una larga lista donde estaban la lepra, el dengue, la viruela, la varicela, el cólera, la disentería y el sarampión. Otras llegaron posteriormente, específicamente entre los siglos XVI y XVIII, momento en que aumentaba considerablemente la población, entre ellas estaban la tosferina, la amigdalitis, la fiebre tifoidea, el paludismo, la tuberculosis y la fiebre amarilla.

Tal situación provocaba una situación de alerta tanto en el gobierno como entre los pobladores del país, al tiempo que la repetición de los brotes epidémicos generaba un estado de miedo al contagio generalizado. El trauma de las grandes epidemias parecía transmitirse en las diferentes generaciones de cubanos y el imaginario popular apuntaba como causas a las malas intenciones de “hechiceras, mendigos o gente de paso” que contaminaban las fuentes de abasto de agua (DE ARMAS, 2014, p. 134).

Por otro lado, a inicios del siglo XIX, en el campo del sanitarismo la teoría miasmática y las condiciones climáticas predominaban como explicaciones de la mayoría de las enfermedades contagiosas. Un ejemplo de ello es la conferencia que el intelectual y médico colombiano José Fernández de Madrid impartió en la sesión del 16 de diciembre de 1822 en la Sociedad Económica de Amigos del País de La Habana titulada *Sobre el influjo de los climas cálidos y principalmente del de La Habana, en la estación del calor* (1840).

En esta presentación, que le valió el título de miembro de mérito de esta prestigiosa institución, Fernández de Madrid defendía que el calor y la humedad en el aire típicos de Cuba eran una de las principales causas de la proliferación de los miasmas provenientes de la descomposición acelerada de la carne animal, pero también de los efluvios, que tenían su origen en los pantanos y en los depósitos improvisados que ayudaban a que el agua se contaminase. Así, afirmaba lo siguiente:

Cuando hablamos sobre los efectos del calor y la humedad hicimos notar que estas cualidades de la atmósfera obran siempre de acuerdo, ora con los efluvios, ora con los miasmas. Porque en la estación en que reina en este país un aire cálido y húmedo, existen ya todas las circunstancias propias para la formación y propagación de aquellos, y se presentan las fiebres intermitentes, producto de dicha potencia morbosa, como lo acredita la experiencia en todas las partes del mundo, y lo testifican innumerables observadores. Si el calor y la humedad contribuyen a las irritaciones del sistema dermoides, y sobre todo a las del canal digestivo, mucho más influyen en esto los efluvios y miasmas de que el aire está entonces más o menos cargado. Examinando la naturaleza de las enfermedades que ellos producen, se comprobarán satisfactoriamente estas verdades (DE MADRID, 1840, p. 257).

Es así como el gobierno de la Isla decide crear en 1807 una Junta Superior de Sanidad, en la que se agrupaban varias instituciones tanto del gobierno como de la Iglesia católica, junto al gremio de los médicos. Al mismo tiempo la Junta, que era una copia casi exacta de las Juntas Superiores de Sanidad de las Provincias en la península, contaba con sus respectivas subsedes en las principales ciudades del país (La Habana, Remedios, Puerto Príncipe y Santiago de Cuba).

Las juntas de sanidad tenían como objetivo principal diseñar y poner en práctica diferentes acciones epidemiológicas en toda la nación (GARCÍA, 2008). Según afirma Martínez-Antonio (2012) la Junta Superior de Sanidad no funcionó efectivamente hasta la segunda década del siglo XIX, en el gobierno de Francisco Vives. Además de la Junta de Sanidad, funcionaron las Juntas Central y Subalternas de Vacunación dirigidas a la aplicación y control estadístico de las campañas de

vacunación y la Junta de Beneficencia de La Habana, fundada en 1823 con la misión de administrar las acciones de las diferentes instituciones benéficas, como hospitales y asilos (LÓPEZ, 2008).

Esta junta de sanidad fue la primera organización de Cuba que comenzó a cumplir las funciones de la medicina urbana. Antes de eso, las acciones sanitarias, ejecutadas bajo los rudimentos del protomedicato, si bien cumplían algunos de los objetivos de la medicina urbana Foucault (1998), estas todavía no significaban un tipo de intervención general, sino muy puntual para resolver problemas específicos y en lugares concretos. Estos problemas, que analizo con mayor profundidad en este epígrafe eran: la construcción de la Zanja Real, la recolocación del Matadero, la cuarentena de los esclavos y el aislamiento de los leprosos.

Para entender mejor por qué estas acciones no las podemos considerar todavía como parte de la medicina urbana, debemos comprender los objetivos a través de los cuales Foucault (1998) la define. La medicina urbana tenía como objetivos los siguientes: 1) Analizar los lugares de acumulación y amontonamiento de todo lo que en el espacio urbano pudiera provocar enfermedades lugares de formación y difusión de fenómenos epidémicos o endémicos; 2) El control de la circulación de los individuos, pero también de las cosas o de los elementos esencialmente el agua y el aire y 3) La organización de las distribuciones y secuencias, o sea, de los lugares donde debían colocarse los diferentes elementos necesarios para la vida común de la ciudad (FOUCAULT, 1998).

Por tanto, aunque la recolocación del Matadero respondía al primer objetivo, se trató de un único caso hasta que, ya como estrategia nacional se construyeron otros y se perfeccionaron las técnicas de matanzas de ganados. Lo mismo con la calidad del agua y la zanja, que respondía al segundo objetivo, pero solo fue estrategia nacional hasta la construcción de acueductos y, por último, el problema de las enfermedades y las epidemias, las que empezaron a ser gestionadas a nivel nacional solo a partir del siglo XIX con la Junta Superior de Sanidad. Pero mejor veamos con más detalles las acciones referidas.

1.4.1 El problema del agua, la zanja y el matadero.

El asunto de la calidad del agua, pero también su disponibilidad de una forma segura era una preocupación constante de los habitantes del país. De manera común,

la calidad del agua era considerada como una de las causas de enfermedades, lo hizo que una de las primeras medidas biopolíticas del gobierno colonial fuera la construcción de una zanja, en el año 1592, llamado Zanja Real. Hasta ese momento, el abastecimiento de agua dependía de un río relativamente cercano que desembocaba en la bahía, desde el cual, dentro de unos recipientes rústicos y mediante unas canoas se trasladaba el líquido hasta la ciudad. Pero esta no era una solución muy efectiva, sobre todo porque este río, llamado Jagüey, no daba suficiente abasto.

Así, habiéndose identificado otro río más caudaloso, el Casiguaguas¹⁴ se dispuso la construcción de una zanja que llevara el agua hasta los habitantes de la ciudad sin tener que intervenir la fuerza humana cada vez. Inicialmente, la zanja terminaba en un boquerón en un punto céntrico de la ciudad, pero posteriormente la estructura se fue perfeccionando y se construyeron represas para almacenar el agua de forma más adecuada, siendo este el primer sistema de acueducto de Cuba (SÁNCHEZ, 2020).

Además, la zanja contaba con una estructura de nivelación que le permitía conducir el agua a diferentes puntos de la ciudad por gravedad, la cual se distribuía luego por una ramificación de tuberías que tenían como destino las fuentes públicas y las instituciones principales del gobierno, la Iglesia y además algunas casas de las clases altas (CIBERCUBA, 2015). El impacto biopolítico de esta medida radicaba principalmente en que, al resolver el abasto de agua a los habitantes, el gobierno intervenía de forma directa y global para mejorar el funcionamiento de la ciudad, lo que suponía también que podrían resolverse gran parte de los problemas sanitarios, mejorando la calidad del agua mediante su almacenamiento en sitios más adecuados.

Esa primera providencia, un tanto simple, marcó el comienzo de una estrategia biopolítica mucho más compleja que se fue aplicando gradualmente. Dicha estrategia derivaba de un discurso higienista basado en la existencia de amenazas externas a la salud, identificadas tanto en las enfermedades de los esclavos africanos y asiáticos, como en las de la población marginal y desamparada, pero también en la naturaleza (clima, miasmas y efluvios).

A pesar de que la construcción de la zanja parecía mejorar la estructura de abasto de agua, había dos elementos señalados como el origen de los problemas

¹⁴ Llamado por los colonizadores como Chorrera y actualmente con el popular nombre de Almendares.

sanitarios y las enfermedades contagiosas: la zanja y el matadero. El primero de ellos radicaba en el uso que hacían los pobladores del agua de la zanja. Según describe en su artículo *Consideraciones sobre la Havana* el poeta cubano Manuel de Zequeira y Arango, la zanja era el lugar preferido

donde beben las bestias, donde se lavan las manos los Negros, y se arroja qualquiera inmundicia, allí mismo se coge el agua para el uso de las casas. La zanja ó acéquia que desde el husillo conduce el agua a la Ciudad, es un verdadero oprobio de esta; un lecho de fango, con unas orillas rotas, tortuosas, y llenas de broza, son el limpio canal por donde corre este tesoro, tan poco apreciado, quizá porque es tan abundante. (ARANGO, 1792, s/p).

Desde la construcción de la zanja era común que los habaneros de las clases pobres y los caleseros bañaran a los caballos, que tomaran baño en ella, que bebieran agua junto a los animales y que lavaran sus ropas allí. Además, se les acusaba de arrojar en la zanja restos de comida y basura. Tal situación derivó en la aplicación, a principios del siglo XIX de medidas concretas de restricción y punición para esas actividades, con multas y penas de cárcel, sobre todo para los esclavos (VIVES, 1828). Es así como se condensan en un mismo discurso el higienismo, el rechazo al pobre y el racismo.

El segundo elemento fueron los mataderos. A inicios del siglo XIX, existían dos de ellos en la capital, el primero construido en el barrio San Isidro, uno de los más importantes de la ciudad y el otro situado en una zona marginal de la ciudad. La existencia de estos sitios no solo impedía la eliminación de grande parte de la contaminación, sino que fortalecía la estrategia biopolítica del gobierno, apoyada cada vez más en el discurso y la acción de los higienistas.

Entre la Zanja Real y el primer matadero de la ciudad existía una estrecha relación, siendo ambos sitios populares entre los habaneros, tanto por su uso habitual como por la incomodidad que generaban. Pero no solo por eso, sino también porque muchos de los desechos del matadero iban a parar a la zanja, complicando aún más el problema de la higiene y la contaminación de las aguas. Los mataderos eran lugares esenciales para la vida cotidiana de los cubanos, en un país donde se consumían enormes cantidades de carne vacuna y porcina, era lógico que se generasen un número importante de desperdicios. Quizás una de las mejores descripciones de aquellos espacios la hizo el escritor costumbrista Julián del Casal, en su escrito *Bocetos sangrientos. El matadero*:

... resolví marcharme ayer a uno de los sitios más repugnantes de la capital, al matadero, donde la contemplación del sangriento espectáculo de las bestias incesantemente degolladas, a la par que una sensación inexperimentada, pudiera proporcionarme asunto para una de esas crónicas que me reclaman algunos de mis lectores... Durante las horas de matanza, allí no se respira más que el olor de la sangre, mezclado al de los excrementos de los animales y al del agua del río, los cuales forman una atmósfera extraña, donde resuenan los golpes de las hachas, el rumor de las ondas y los gritos de los matadores. Y es tal la sensación que produce el espectáculo, que todavía, al escribir estas líneas me parece hacerlo con sangre, entre sangre y con manos sanguinarias (DEL CASAL, 1985, pp. 491-492).

Gracias a esta crónica podemos tener una idea del impacto que causaba en la población el escenario del matadero y las condiciones en que se realizaba la matanza de los animales, en ausencia casi total de las medidas sanitarias elementales. Las escenas cotidianas del sacrificio de reses y puercos terminaban al final del día con el agua de la zanja mezclada con la sangre de los animales, dándole un tono rojizo al preciado líquido.

Tal situación era muestra de aquello que Foucault (1998) llama miedo urbano o miedo de la ciudad, que se manifestaba por el temor que acompañaba el crecimiento de las ciudades a partir del siglo XVIII. Las ciudades se desarrollaban a un ritmo acelerado y esto trajo consigo la aparición de nuevas estructuras arquitectónicas, como talleres de oficios y fábricas que por lógica albergaban a no pocas cantidades de obreros, los cuales además vivían con sus familias en casas que lógicamente debían también multiplicarse. Como mismo se producían más nacimientos, también se sucedían muertes; por tanto, se hacían necesarios nuevos cementerios. Al mismo tiempo aumentaba el uso del agua y la producción de desechos (FOUCAULT, 1998).

A tal punto llegaba la incomodidad de la población habanera, pero también su miedo urbano, que a finales del siglo XVIII la situación del Matadero y de la Zanja fueron discutidas en una de las Actas Capitulares del Ayuntamiento de la Habana¹⁵. En ella se hace referencia a los constantes reclamos de los moradores preocupados por su salud, aquejados por la existencia de los “hálitos corruptos del matadero”, los olores desagradables y el aire contaminado que provenía también de la Zanja (DE ARMAS, 2014, p. 253). Y es que el matadero se situaba en uno de los barrios más antiguos e importantes de La Habana colonial, llamado San Isidro, que también lo atravesaba la zanja.

¹⁵ Las actas capitulares eran documentos donde se publicaban las diferentes decisiones tomadas por las administraciones en las colonias españolas.

El barrio de San Isidro era reconocido porque allí vivían algunos personajes de la élite habanera, como el protomédico regente y profesor de fisiología Lorenzo Hernández Marrero y el destacado periodista e intelectual Buenaventura Pascual Ferrer. Además, había allí importantes instituciones militares, benéficas, religiosas y de salud. De los militares, había un cuartel de infantería y uno de artillería. Las instituciones benéficas eran la Casa de Recogidas, dedicada a la clausura de prostitutas y el hospicio San Isidro, que recogía a los desamparados. Entre las instituciones religiosas estaba la Iglesia del Espíritu Santo y la de Belén, junto a su propio convento.

Por otro lado, las instituciones de salud eran el hospital de San Francisco de Paula, especializado en ginecología y obstetricia; el hospital de San Ambrosio, destinado a los militares; el hospital de San Isidro, que atendía tanto a los militares como a la población del lugar y por último el hospital Arsenal, dedicado a los marineros, aunque no de forma exclusiva. Este último hospital Arsenal debía su nombre a una zona específica dentro del barrio utilizada como astillero y depósito de maderas y restos de embarcaciones (CERRO, 2011).

Si pensamos que la ubicación de este barrio era absolutamente privilegiada, por su cercanía del puerto y de la bahía, podremos entender mejor por qué fue escogido como morada de algunas personalidades habaneras y espacio para cuarteles y hospitales. La cercanía del mar daba la posibilidad de respirar 'aire puro'; los militares podían responder rápidamente ante cualquier ataque de corsarios y piratas, pero también brindar seguridad interior; y los hospitales no solo servían para atender a los trabajadores del astillero, sino también como centros de cuarentena para marineros y viajeros que llegaban enfermos de las travesías (CERRO, 2011).

En ese sentido, destaca González (2011) que con bastante frecuencia ocurrían accidentes en el astillero, por lo que la sala de cirugía del hospital estaba en constante movimiento. Al mismo tiempo, otra sala también agitada era la de la cuarentena, por donde circulaban los marineros aquejados de escorbuto, fiebre amarilla, desajustes estomacales, tifus, viruelas y tuberculosis.

Pero el aire del barrio San Isidro no era totalmente puro por culpa del matadero y de la zanja, y los pobladores de allí, en algunos casos personajes influyentes incluso en la medicina, tales como el protomédico regente, pero también los propios pacientes de los hospitales y sus familiares consiguieron que las autoridades atendieran su

situación, justificando así la entrada del discurso médico en el circuito de demandas al gobierno y por tanto de la biopolítica.

A finales del siglo XVIII el matadero finalmente fue trasladado para la periferia de la ciudad, a un barrio pobre llamado 'El horcón', habitado exclusivamente por la población negra (DE ARMAS, 2014). La 'expulsión' del matadero fue uno de los componentes en los primeros pasos de la medicina urbana cubana. Para Foucault (1998), existían dos grandes formas de organización médica en occidente: el modelo de expulsión, que tiene su mejor ejemplo en la gestión de la lepra y el modelo del aislamiento, vigilancia y control, asociado más a la gestión de la peste. Si bien el famoso matadero no tenía ninguna relación con la lepra, la forma en que fue resuelta la amenaza sanitaria, desde el enfoque de la medicina urbana, era la misma que con los leprosos: exiliar para purificar el espacio urbano (FOUCAULT, 1998).

Pero fue realmente durante el gobierno de Miguel de Tacón, conocido por sus esfuerzos por transformar la nación, que se tomaron medidas drásticas para mejorar la situación sanitaria del matadero de La Habana. Además de crearse nuevos espacios de este tipo, lo más significativo fue que se llevaron de los Estados Unidos a 'matadores' especialistas en las nuevas técnicas de carnicería, un poco más higiénicas, las que enseguida se transmitieron a los esclavos carniceros. Según Ramírez (2002), hasta ese momento las reses no eran degolladas como en otros países, sino que se las apuñalaba en varias regiones del cuerpo hasta que finalmente caían desangradas en la zanja. Pero no solo eso, sino que se les dejaba allí por bastante tiempo para que la carne absorbiera el agua y así pesara un poco más.

El agua de la zanja corría así mezclada con la sangre de las reses y a su vez, la carne era consumida mezclada con el agua de la zanja. Las nuevas normas higiénicas consistían en, además de degollar a las reses, en realizar cortes organizados para dividir la carne por cuartos, pero sobre todo para impedir que se contaminasen agua, sangre y carne. Lo mismo ocurría con otros tipos de carne y con el pescado (RAMÍREZ, 2002).

Por otro lado, la zanja principal dejó de ser el primordial medio de abasto de agua para darle paso a los acueductos, obras de ingeniería de mayor sofisticación. Un primero de ellos, nombrado Fernando VII fue construido entre 1831 y 1835 y años después otro llamado Canal de Vento (actualmente Acueducto de Albear) entre 1859 y 1897, que funciona hasta hoy (CIBERCUBA, 2015).

Que haya sido trasladado el matadero a la periferia de la ciudad, que se emplearan nuevas técnicas carniceras, que se prohibiera el baño de animales y personas en la zanja, así como el arrojar desperdicios, lejos de resolver los conflictos por la situación higiénica en la ciudad introdujo una nueva justificación para responsabilizar a las clases menos privilegiadas por el estado sanitario de la nación y por el alto nivel de contagio de enfermedades.

Los pobres, que no podían vivir en otro lugar que no fuera en las márgenes de la ciudad, tenían sus viviendas situadas cerca del matadero y no contaban con una estructura de abastecimiento de agua que los liberase del todo de usar la zanja. En la pobreza se unen nuevamente el agua sucia y la sangre de las bestias, como líquidos responsables por las enfermedades. Así como refiere Caponi (2002a), el discurso higienista coliga a la pobreza con la falta de higiene, con el contagio de las enfermedades, pero también con la peligrosidad. Esos elementos van a acompañar por mucho tiempo las estrategias biopolíticas de gestión de los grupos 'peligrosos', a los que se les unirán también los dementes, como veremos posteriormente.

1.4.2 La gestión de los esclavos africanos: la cuarentena

Otra población apuntada como fuente de contagio y propagación de enfermedades fueron los esclavos, tanto los asiáticos como los africanos. En este trabajo, por razones de espacio y porque se trataba de poblaciones diferentes a la de los esclavos asiáticos, solo nos ocuparemos de las formas de gestión biopolítica de los esclavos africanos, específicamente a su llegada a puerto. Decidimos limitarnos solamente a la etapa de desembarco, cuarentena y clasificación del largo proceso de tráfico y explotación de los esclavos africanos puesto que es ahí donde mejor se ilustran las medidas biopolíticas iniciales sobre estos grupos y el discurso higienista que las sostenía. En otro momento de este capítulo, dedicamos un espacio al análisis de otra etapa: la atención médica que se les dispensaba, sobre todo a los casos de trastornos mentales.

Según lo apuntado por Saco (1845), algunas de las enfermedades más contagiosas de la época colonial afectaban tanto a cubanos y africanos como a los europeos. En otros casos, enfermedades como la fiebre amarilla no afectaba a los esclavos, los que, sin embargo, eran más atacados por la disentería y por diversas

infecciones de la piel, como las bubas, las llagas y las enfermedades venéreas como el pian o framboésia¹⁶.

Durante el período que duró la ‘trata negrera’ legalizada (finales del siglo XVI hasta principios del XVII), una de las medidas sanitarias principales fue la obligatoriedad de examinar y curar a los esclavos provenientes de África antes de desembarcar en los puertos cubanos. Si el médico sanitario encargado de examinar los barcos detectaba alguna enfermedad contagiosa, los esclavos debían permanecer bajo cuarentena por un determinado tiempo.

La cuarentena se realizaba en el propio barco, impedido de arribar al puerto hasta que se cumpliera el periodo estipulado. Esta tarea estaba reservada a médicos españoles y no a los curanderos, lo que apuntaba a una especialización en la atención sanitaria y a la aparición de un matiz prevencionista en el discurso médico. Los esclavos eran transportados en condiciones extremas, encerrados en las bodegas de los barcos, sobre temperaturas muy elevadas, desnudos, hacinados, sin posibilidad o espacio alguno de satisfacer sus necesidades fisiológicas, por lo que la tasa de mortalidad y la frecuencia de enfermedades era bastante alta (FUENTES, 2005).

En el caso de que fuera detectada una muerte inminente, ya fuera a bordo de los barcos o en el puerto, el médico debía avisar al párroco para que fuera administrado el bautismo a los enfermos no cristianos, es decir a los negros esclavos que tenían su propia religión y su cultura (SALVADOR Y VÁZQUEZ, 1986). De esa forma, la acción de la Iglesia garantizaba que se cumplieran con las normas morales y religiosas cristianas, además de ser una forma de demostrar su poder y el impacto de su presencia en las medidas de control social.

Luego de la primera inspección sanitaria los esclavos eran nuevamente hacinados en los llamados ‘almacenes’, depósitos preparados para ellos cual si fuesen mercancías. Los depósitos estaban situados en la misma zona del puerto, donde también se colocaban los puestos de venta. De esa forma los traficantes y los compradores economizaban recursos de transportación y alojamiento. En esa rutina funcionaba un sistema de evaluación y clasificación de los esclavos: se separaban por sexo, edades y estaturas. Además, se le sometía a un segundo proceso de inspección sanitaria, conocido como ‘palmeo’, donde se descartaban a los enfermos y

¹⁶ El pian o la framboésia eran un tipo de sífilis.

moribundos, a los de menor estatura y a los que tuvieran algún ‘estigma’: los tuertos, mancos, cojos y herniados (SALVADOR Y VÁZQUEZ, 1986).

A los esclavos que tuvieran entre 15 y 30 años aproximadamente y fueran clasificados como aptos para cualquier trabajo, se les llamaba ‘pieza’ y eran ubicados en una primera clase. Los niños entre 9 y 15 años eran los de segunda clase y la suma de tres de ellos equivalía a dos piezas. Los que podían realizar la mayoría de los trabajos, pero tenían limitaciones y no alcanzaban la primera clase ni la segunda por la edad, se consideraban de la tercera y se juntaban dos para equivaler a una pieza. Por último, los mayores de 30 años eran considerados viejos y se les daba la categoría de cuarta clase. Como forma de diferenciar el tráfico legal del ilegal, cada esclavo debía ser marcado dos veces con hierro caliente, siendo una marca correspondiente a la corona y la otra al asentista (FUENTES, 2005).

El esclavo tenía una función claramente definida en el gobierno colonial, que era la de la realización de los trabajos físicos necesarios para la producción y el desarrollo económicos. Por tanto, también sobre ellos se aplicaban medidas dirigidas a la maximización de sus fuerzas físicas y a su control. La manera en que se administraba el cuerpo del esclavo no apuntaba solamente a un ejercicio soberano de dejar vivir o hacer morir, sino que, aparece, de forma simultánea, el acto de hacerlo vivir o dejarlo morir, en dependencia de su utilidad (FOUCAULT, 2018^a).

Esa forma biopolítica de gestionar el cuerpo del esclavo quedaba demostrada en el uso de determinadas tecnologías de gobierno: cuarentena, clasificación por edades, por sexo, por condiciones físicas y también marcación de la piel. Como afirma Caponi (2013), de esa manera se aseguraba mantener sobre control y exclusión todo lo que pudiera representar una amenaza o una fuente de degradación de la vida. Conjuntamente, a través de esas tecnologías, se introdujeron nuevos saberes, en este caso la medicina y la biología, que, de conjunto con la criminología, han servido de sustento a estrategias higienistas y a las intervenciones de los alienistas (CAPONI, 2013).

1.4.3 La gestión de los leprosos: un modelo de exclusión

En los primeros días del año 1613 aparecieron deambulando por la ciudad de La Habana un grupo de entre cuatro y seis forasteros que provocaron bastante inquietud entre los pobladores. Aunque no queda constancia del aspecto de estas

personas ni registro médico al respecto, enseguida fueron reconocidos como portadores del Mal de San Lázaro o Lepra, lo que apunta a que probablemente llamaron la atención sus signos físicos característicos.

En 1685 el famoso médico mexicano Diego Osorio y Peralta, en su libro "*Principia medicinae, epitome, et totius humani corporis fabrica seu exmicrocosmi armonia divinum, germen*"¹⁷ definía a la lepra como "una enfermedad cancerofa diffundida por todo el cuerpo con diformidad, ocasionada del humor melancholico, ò atrabiliario". Según la describía el galeno, la enfermedad se podía identificar por sus rasgos comunes, los cuales eran: "comefon, granos, tuberculos en la cara, ò en otras partes del cuerpo, manchas, puftulas, hinchafones, caimiento del pelo, y otras femejantes" (PERALTA. 1685, p. 54).

La apariencia de aquellos extraños y el temor al contagio de la lepra hicieron con que la situación se llevara al extremo de denunciarlos primero ante el cabildo de la ciudad y luego ante el gobernador. Tomaron carta en el asunto los regidores del cabildo y el procurador general, representando a los vecinos ante el gobierno, para protegerlos del peligro que representaban que aquellos sujetos que "se andan paseando por las calles en gran daño é perjuicio de esta dicha ciudad é vecinos de ella, por ser la enfermedad contagiosa" (CABILDO DE LA HABANA, 1843, p. 408). La demanda era bien simple: debían ser expulsados de la ciudad y el principal argumento, además del riesgo de contagio, era que no había en el país un hospital con las condiciones para tratar ese tipo de casos (CHAPLE, 2017).

Al parecer, la respuesta a esa demanda no llegó tan rápido como se podría suponer, porque fue solamente dos años después que aquel grupo de leprosos fueron efectivamente desterrados del país. No existe información suficiente en las fuentes consultadas sobre el destino de ellos en esos dos años, pero seguramente continuaron merodeando por la ciudad hasta que finalmente se cumplió la promesa de sacarlos de allí (CHAPLE, 2017).

En 1615, luego de ser inspeccionados por un boticario y un cirujano, que certificaron lo que ya los pobladores se habían encargado de diagnosticar anteriormente, finalmente aquel grupo de enfermos fue trasladado al hospital de leprosos más cercano que había fuera del país, en la isla conocida como La Española,

¹⁷ Diego Osorio y Peralta fue uno de los médicos más importante de la América colonial española en el XVII, siendo "*Principia medicinae...*", de 1685, el primer libro de anatomía destinado a la docencia en el continente americano (RODRÍGUEZ-SALA, 1996).

territorio que ocupan hoy Haití y República Dominicana (CHAPLE, 2017). El lugar en cuestión se llamaba 'San Lázaro', inspirado en el leprosorio español de San Lázaro de Sevilla y estaba situado en las afueras de la ciudad de Santo Domingo, tal como había dispuesto el rey Felipe II en 1573 que se hiciera con todas las enfermedades contagiosas en las colonias españolas de América (SÁEZ, 1994).

Pero la historia de la lepra en Cuba estaba lejos de terminar. A partir de 1618 se disparan los reportes de nuevos enfermos en La Habana y por ende el estado de tensión e inconformidad entre los pobladores sanos que no soportaban ver a los leprosos deambulando y mendigando por las calles. Que no era lo mismo un mendigo común que un leproso que pudiera contagiar de 'su mal' a los demás. Por eso los leprosos condensaban en una misma figura el estigma de la miseria, la enfermedad y la peligrosidad. A pesar de las medidas de aislamiento, la insistencia de los leprosos en permanecer en las calles mendigando (no tenían otra manera de ganar el sustento), aumentaba el temor al riesgo de contagio y servía como justificación para la intervención biopolítica sobre los enfermos marginales, eligiéndose al encierro como la más efectiva.

En ese sentido, afirma Caponi (2002a) que, "la asociación entre las clases pobres y clases peligrosas" se transformó en un componente esencial del higienismo francés, el cual ejercía una influencia enorme en la medicina latinoamericana, al punto de establecerse "una verdadera dependencia de la medicina Latino Americana de los discursos y estrategias adoptadas por los higienistas franceses" (CAPONI, 2002, p. 157). Como veremos más adelante, la medicina cubana fue, por mucho tiempo un ejemplo evidente de esa influencia.

En 1639 aparecen los primeros leprosos fuera de La Habana, en la ciudad de Matanzas, mostrando que ya la enfermedad comenzaba a propagarse por el país. Luego ocurrió lo mismo en la villa de Santiago de Cuba en 1692, en la de Puerto Príncipe en 1706 y en Santa Clara en 1770 (CHAPLE, 2017). La situación comienza a ser incontrolable y obviamente el enviar a los leprosos al hospital de Santo Domingo ya no era una opción viable, por lo que, por primera vez las autoridades deciden ocuparse del asunto dentro del propio territorio cubano (DE ARMAS, 2014). Lo más importante, como ya he mencionado, era mantener a los enfermos aislados y recluidos, evitando así que se volvieran a confundir con el resto de los desamparados mendigantes.

Finalmente, en 1660 se les improvisó un lugar en las afueras de la ciudad, unos pequeños bohíos en una zona alta y escarpada, conocida como 'Caleta de Juan Guillén', pero que con la nueva función de leprosorio cambió definitivamente su nombre a 'Caleta de San Lázaro'. Con dinero de donaciones y de los impuestos aduaneros en 1781, en aquel mismo sitio se les construyó un hospital exclusivo, que, por tradición, se llamó igualmente 'San Lázaro' (SALVADOR Y VÁZQUEZ, 1986).

Aun así, la fórmula del aislamiento era selectiva, demostrando la afirmación de Foucault (2005) de que el internamiento era una forma que tenía la sociedad de reaccionar a la miseria, pues era precisamente sobre los pobres, los negros y los marginados que recaía la culpa por la propagación de enfermedades (AGUILAR, 2003)¹⁸.

A pesar de no conseguir contener totalmente a los enfermos, el leprosorio de San Lázaro en La Habana fue el primer dispositivo construido en Cuba con la finalidad de internar a grupos específicos considerados de riesgo, un modelo ideal de "institución de aislamiento y exclusión" (CAPONI, 2004, p. 27, traducción personal). Como afirma Foucault (2002), los rituales de exclusión originados con la aparición de la lepra fueron el ejemplo en el cual se inspiró el modelo de encierro aplicado en los manicomios.

Figura 6-Leprosorio San Lázaro de La Habana



Fuente: Cuba en la memoria¹⁹

¹⁸ Tanto en Europa como en América Latina los leprosalarios estaban reservados a las clases pobres, pues los ricos recibían una atención diferenciada en hospitales y en sus casas (AGUILAR, 2003).

¹⁹ Disponible en: < <https://cubaenlamemoria.wordpress.com/2014/12/15/real-hospital-de-san-lazaro/>>. Acceso en: 13 sep. 2022.

1.5 COMPASIÓN PIADOSA Y LÓGICA DE LA INTERNACIÓN

Desde que comenzó el proceso de conquista y colonización de la Isla de Cuba la Iglesia católica fue uno de los ejes principales de poder. La autoridad eclesiástica penetraba todos los sectores de la sociedad. En el ámbito económico, específicamente en el renglón de la producción azucarera, la influencia de la Iglesia era bien marcada. En los ingenios las capillas y los capellanes eran obligatorios. El capellán velaba por la religiosidad de los esclavos, sobre todo porque fueran a misa los domingos y la capilla constituía el símbolo principal de sumisión a la Iglesia y de demostración de fe de los hacendados (FRAGINALS, 2001).

Según lo apuntado por Kukovecz (1998), el período de mayor esplendor de la Iglesia católica cubana se inició en el siglo XVIII y casi terminó a finales del primer tercio del siglo XIX. De esa forma se creó una estructura bastante sólida y muy influyente socialmente que se tradujo en la ampliación de los sitios religiosos y en la creación de nuevos seminarios para curas. Pero también, uno de los sectores donde la Iglesia influyó más fue en la política sanitaria.

La enseñanza de la medicina estaba a cargo exclusivamente de la Real Universidad Pontificia de La Habana, perteneciente a la Iglesia. Por otro lado, dentro de la Junta Superior de Sanidad, a cargo de las labores de beneficencia, convivían representantes tanto del gobierno como de la iglesia. Las diferentes actividades benéficas se realizaban a través de la Junta de Beneficencia de La Habana, que comenzó a funcionar en la segunda década del siglo XIX, administrando las instituciones caritativas, los hospitales y los asilos (LÓPEZ, 2008). Esas estructuras le otorgaban a la Iglesia católica una posición privilegiada en el ejercicio del poder, al tiempo que ampliaba su rango de acción sobre la población tanto carente como privilegiada.

La labor de la Iglesia respondía a una lógica de tipo asistencial que Sandra Caponi (2004) denomina “compasión piadosa”. La compasión piadosa implica “una modalidad peculiar de ejercicio de poder que se estructura a partir del binomio servir-obedecer, multiplicando, así, la existencia de relaciones disimétricas, entre quien asiste y quien es asistido”. Ese poder, ejercido a través de la asistencia caritativa se dirige particularmente al “control y a la coerción social” de un sector de la población enmarcado como peligroso o indeseable (CAPONI, 2004, p. 16-27, traducción personal).

La situación sanitaria de Cuba le dio la posibilidad a la Iglesia de aumentar su poder y su influencia sobre la población, basado sobre todo en su liderazgo en las labores de atención a enfermos y desamparados y en la administración de los asuntos relacionados con los enterramientos y las estadísticas sanitarias. La Iglesia era, además, una institución experta tanto en la aplicación de técnicas disciplinares como en las de biopoder, con el cuerpo como objeto privilegiado de intervención (FOUCAULT, 2018c).

La atención a los desamparados se realizaba a través de órdenes religiosas especializadas en la caridad donde se demostraba con más claridad el ejercicio del poder disciplinar, a través de dispositivos que se expandían en forma de “parasitismo global” por la sociedad, teniendo como blanco primario la juventud (FOUCAULT, 2006, p. 83).

Para tener una mejor idea del poder de la Iglesia católica cubana en esta etapa, ya para el año 1827 existían solamente en la ciudad de la Habana un total de 33 instituciones religiosas, siendo 1 Catedral, 9 parroquias, 11 conventos (7 destinados a religiosos varones y 4 a mujeres), 6 iglesias administradas por las diferentes órdenes, algunas de ellas con hospitales adjuntos, 5 ermitas y 1 Casa Cuna, destinada a la recepción de niños huérfanos desamparados. En contraste, las instituciones del gobierno eran sólo 5, la Aduana, la Casa de Correos, la Casa de Gobierno, la Comandancia General de Marina y la Factoría de tabacos. La población general según censo realizado en ese mismo año era de 94.023 personas (VIVES, 1829).

Conjuntamente funcionaban una serie de establecimientos caritativos y pedagógicos administrados también por la Iglesia, específicamente a través de la Junta de Beneficencia. Entre ellas el Hospital San Juan de Dios (para pacientes comunes) fundado en 1603 y administrado por la orden del mismo nombre; el Hospital de Paula (para mujeres pobres), fundado en 1665 y administrado por la Orden los Mínimos; el Hospital de San Lázaro (para leprosos), fundado en 1681 y gestionado por las Hermanas de la Caridad y por último el Hospital de la Convalecencia de Belén (para pacientes pobres convalecientes), fundado en 1704 y a cargo de las Belemitas (ALFONSO, 1920).

Junto a esos hospitales existían además la Casa de Recogidas, administrada por las Ursulinas y la Casa de Beneficencia, gestionada por un capellán. Estas dos últimas funcionaban más como reformatorios de conductas que como espacios de

tratamiento médico, como veremos posteriormente. El principal objeto de intervención de estas dos entidades era la población circulante de huérfanos pobres, vagabundos, prostitutas y emigrantes, pero también de aquellos dementes que deambulaban “a la deriva por las calles, sin techo, ni comida y sin destino” (TORRES-CUEVAS, 1999, p. 56).

Figura 7-Ventana de la Casa de Beneficencia donde eran dejados los niños abandonados



Fuente: El blog de Mandy²⁰

Inicialmente los dementes se encontraban mezclados con el resto de la población deambulante y desamparada, sin que existiera mucho interés por parte de las autoridades en clasificarlos y aislarlos como objetos diferentes. Es por eso por lo que compartieron por algún tiempo los mismos espacios que los huérfanos, los pobres y los vagabundos en aquellas instituciones.

Si en Europa las casas de internamiento heredaron los espacios de los leprosarios (FOUCAULT, 2005), en Cuba los locos heredaron de los leprosos el rechazo social y el estigma de la peligrosidad y tal como sucedió con los pacientes del lazareto, para ellos también fue creado un hospicio. Aunque la sociedad cubana toleraba hasta cierto punto a los ‘enajenados’, siempre que su conducta no se considerase peligrosa o transgresora de la moral, la lógica del internamiento comenzó a aplicarse y ampliarse hasta borrar los límites entre la locura peligrosa y la ‘tranquila’.

²⁰ Disponible en: <https://mandy14.cubava.cu/2019/05/22/la-real-casa-de-beneficencia-y-maternidad/>.
Accedido en: 23 sep. 2022.

Al inicio, cuando los locos eran encerrados todavía no los separaban del resto de la población marginada. A pesar de ello, sí había una diferencia sustancial entre la forma en que eran tratados hombres y mujeres. Los hombres “furiosos, locos ó lunáticos” frecuentemente iban a parar a las cárceles, donde compartían el mismo espacio y la rutina de los presos comunes (GOBIERNO Y CAPITANÍA GENERAL, 1854, p. 35). Villaverde (1985) describe el sufrimiento de los dementes presos en las cárceles de la siguiente manera: “gemían sumidos en los calabozos de la antigua cárcel sin aire, sin luz y sin abrigo corporal ni espiritual” (VILLAVERDE, 1985, p. 188). En el caso de los que por alguna razón necesitaban atención médica, les estaban reservadas pequeñas mazmorras en los hospitales de la ciudad, construidas específicamente para la contención de los más peligrosos (MUÑOZ, 1866a).

Por otro lado, a las ‘enajenadas’ se les reservaba el mismo destino que a las llamadas ‘mujeres públicas’, aquellas acusadas de alcohólicas, ladronas, fiesteras, vagabundas y prostitutas. Para ellas no había sido creada todavía una estructura de punición similar a la cárcel masculina (SIPPIAL, 2013). A pesar de que tanto en el caso de los hombres como de las mujeres dementes sus conductas se consideraban transgresoras de la moralidad, para ellas sí había espacios de reclusión más específicos: el Hospital de San Francisco de Paula, la Casa de Recogidas de la Habana y la Casa de Beneficencia. A diferencia de la cárcel, los espacios de reclusión para mujeres dementes tenían un matiz benéfico, pero también sanitario.

El Hospital de Paula, por ejemplo, inaugurado en 1655 al lado de la iglesia del mismo nombre, cumplía varias funciones: atención médica a mujeres de escasos recursos (DOMÍNGUEZ, 2013), maternidad, asistencia a niñas huérfanas y desamparadas, entre otras. No obstante, lo más llamativo en ese sentido es que el Hospital de Paula albergaba una cárcel donde para las ‘peligrosas’, las “mujeres malas o voluntariamente divorciadas” y las esclavas que desobedecían y enfrentaban a sus esclavizadores (SIPPIAL, 2013; SALVADOR Y VÁZQUEZ, 1986, p. 235; CÁRDENAS, 2018). Se pueden diferenciar así dos grupos principales en que las mujeres eran clasificadas: las “desamparadas” (enfermas pobres, recogidas, etc.) y las “peligrosas”, acusadas de haber incurrido en escándalos públicos y en atentados contra el orden social y diagnosticadas como locas. Las de este grupo no eran otras que aquellas mujeres que intentaban emanciparse tanto de la esclavitud racial como del patriarcado.

Aproximadamente un siglo después, la función represiva hacia las 'locas peligrosas' y la función propiamente benéfica fueron separadas, aunque manteniendo el signo de la caridad religiosa. Así, se creó una institución específica para las mujeres que no eran identificadas como peligrosas, llamada Casa de Recogidas de San Juan de Nepomuceno. Este hospicio, proyectado en 1746 por el Capitán General Don Juan Tineo, comenzó a funcionar efectivamente en 1776, gracias a la gestión de entonces obispo Santiago José Echavarría (DE LA PEZUELA, 1878). El objetivo principal de la Casa de Recogidas era "corregir los delitos públicos y precaver los escándalos, como también para depósito de niñas y de casadas en cuestión con sus maridos, como lo es también para las rematadas por sentencia" (GOBIERNO Y CAPITANÍA GENERAL, 1861, p. 277).

La administración de este establecimiento estaba a cargo de las monjas de la Orden de Santa Úrsula, especializadas en "obras de asistencia a los pobres y enfermos en asilos y hospitales, y a la enseñanza de las niñas pobres y huérfanas", aunque su misión principal era la "moralización de la sociedad", a través de la educación coercitiva de las mujeres (GÓMEZ, 1990, p. 440). La creación de la Casa de Recogidas, lejos de representar una evolución en la acogida de mujeres y niñas desamparadas, representaba un nivel más sofisticado en la represión de las conductas desviadas y consideradas patológicas.

Ese sitio fue un ejemplo del rol jugado por la iglesia en el control de determinadas poblaciones marginadas, entre los que se encontraban los pacientes mentales, pero también las mujeres. Según Foucault (2006), desde la Edad Media las comunidades religiosas venían ejerciendo una función correctiva de las conductas, creando para ello diferentes espacios de internamiento y actuando bajo el manto de instituciones filantrópicas. De acuerdo con el autor, la creación de estos lugares, que funcionaban desde una lógica disciplinar, respondía no sólo a una cuestión económica, donde se experimentaba un pasaje obligatorio de la ostentación a la austeridad dentro de la propia institución, sino también una cuestión política, toda vez que a través de esas comunidades se introdujeron nuevos mecanismos de control social y se fortaleció la influencia eclesiástica en la sociedad.

Es importante aclarar además que estas instituciones recibían solamente a mujeres de escasos recursos económicos, en su mayoría de las razas negra y mestiza. En cambio, las mujeres de las clases media y alta, consideradas dementes, permanecían enclaustradas en sus casas. Según el psiquiatra cubano José Joaquín

Muñoz, ello se debía, sobre todo a “la repugnancia que se tiene aun de colocar estas enfermas en los hospitales públicos” (MUÑOZ, 1866c, p. 329). A pesar de las mujeres ricas no ser llevadas a aquellos espacios, el encierro que sufrían respondía igualmente a la violencia de una sociedad patriarcal donde la feminidad podía ser patologizada. No obstante, las mujeres pobres, las negras y las mestizas al ser internadas en ese tipo de espacios sufrían doblemente la violencia de género, el racismo y la discriminación clasista.

No era casualidad que antes de existir espacios similares para hombres se crearan instituciones correctivas -que no eran propiamente cárceles- para encerrar a las ‘peligrosas’. Esas mujeres transgresoras, que en ocasiones eran llamadas de ‘locas’, ‘libertinas’ o ‘escandalosas’, eran símbolos de una libertad y de una sexualidad que desbordaba los patrones morales, y por tanto sus actos públicos se percibían como atentados contra instituciones ‘sagradas’ como la familia y el matrimonio (FOUCAULT, 2007).

Unido a ello, la clasificación de la ‘mujer loca’ ha sido usada históricamente como forma de patologización de las formas no tradicionales de feminidad. En ese sentido, Franca Basaglia (1987) afirma que “la relación entre el disturbio psíquico -y su consiguiente codificación y sanción- y a la rigidez de las reglas de comportamiento es más evidente en el caso de la mujer que en el del hombre” (p. 31). Es decir, toda forma de independencia en el caso de las mujeres era susceptible de ser clasificada como trastorno mental, y así, por ejemplo, el deseo de libertad y cualquier acto liberador de las esclavas, colocadas doblemente como propiedad del hombre, por ser mujer y por ser esclava, era un signo inequívoco de locura.

Ocurría lo mismo en el caso de las divorciadas, condenadas por atreverse a romper con la estructura del matrimonio tradicional y el convencionalismo moral y aunque no se menciona en los materiales sobre el Hospital de Paula o la Casa de Recogidas, se puede deducir fácilmente que en muchos casos podría tratarse de situaciones de violencia de género, pero también del propio deseo de independencia.

En el caso de la prostitución, mientras que desde los discursos oficiales se le condenada enérgicamente por ‘actos inmorales’, había bastante tolerancia por parte de las autoridades y el clero. Sin embargo, la prostitución se tornaba objeto de corrección cuando su existencia pasaba de lo privado a lo público, configurándose como riesgo social. Una de esas circunstancias tenía que ver con lo que el médico higienista Benjamín de Céspedes llamaba “espasmo lujurioso”, que era cuando la

prostitución no se ejercía “en traje elegante, discreta, comedida y perfumada (...) sin provocar escándalos” (DE CÉSPEDES, 1888, p. 151). Pero no era solo eso, sino también cuando la conducta transgresora de la mujer se asociaba a la demencia, en algunos casos por un cuadro agravado de sífilis o simplemente por una manifestación no tradicional de feminidad.

Por esa época, específicamente en 1873, se fundó también el Hospital de Higiene, destinado exclusivamente a las prostitutas que padecían enfermedades venéreas, aunque como afirma De Céspedes (1888), la finalidad era más económica y coercitiva que médica. Económica porque a esas mujeres se les cobraba un impuesto por los gastos de alojamiento y coercitiva porque se pretendía mantenerlas controladas, evitando así posibles contagios de las enfermedades venéreas. Unos años más tarde aparecieron trabajos de médicos higienistas cubanos sobre la relación entre la prostitución, la degeneración y la locura, lo que demuestra el interés cada vez mayor por ese tema del gremio médico. Uno de los más destacados es *La prostitución en Cuba y especialmente en La Habana. Memoria de la Comisión de Higiene Especial de la Isla de Cuba*, de Ramón M. Alfonso, publicado en 1902 (ALFONSO, 1902).

La información encontrada sobre los dementes en estas instituciones es escasa, teniendo que conformarme con esas pequeñas referencias en algunos documentos literarios e históricos y en artículos sobre la historia de la psiquiatría cubana (CÁRDENAS, 2018; HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LA HABANA, 2020; VILLAVÉRDE, 1981). Hasta ahora no he podido encontrar información detallada sobre la situación específica de los hombres y mujeres encerrados en estos espacios, los períodos de estancia, sus rutinas o documentos sobre los diagnósticos realizados.

Considero que la causa principal de esa escasez de información es que hasta 1827 aproximadamente no existía una estructura que separase a los “enajenados” de los presos comunes y los infractores de las normas sociales. A pesar de que la locura ya se consideraba un trastorno mental, hasta ese momento la gestión se dirigía más al control de los riesgos y a la punición del desorden público de manera general más que a la atención médica específica.

1.6 EL OBISPO ESPADA: ENTRE LA ASISTENCIA Y LA REPRESIÓN

La década de 1820 marcó una ruptura con lo que hasta ese momento era la gestión de la locura en Cuba. La llegada a Cuba del sacerdote español Juan José Díaz de Espada coincide con el comienzo del siglo XIX, lo que representaba al mismo tiempo una nueva etapa cronológica y un momento de grandes transformaciones para el país. Su nombramiento dependió en parte de la casualidad (la muerte en 1799 del entonces obispo de La Habana Felipe José de Trespalacios y Verdeja) pero también respondió a la necesidad de colocar a alguien “culto, ilustrado, activo, moderno e inteligente” para un cargo tan importante como el de rector de la iglesia en Cuba (TORRES-CUEVAS, 1999, p. 21).

Díaz de Espada llevaba consigo una serie de ideas sobre el desarrollo económico de Cuba y sobre la necesidad de abolir la esclavitud, sobre todo porque pensaba que a esas alturas mantenerla atrasaba la economía del país. Esas ideas fueron muy bien recibidas entre un grupo de cubanos influenciados por el fenómeno de la ilustración, entre ellos Francisco de Arango y Parreño, importante reformista económico, el reconocido sacerdote y filósofo José Agustín Caballero y el destacado médico Tomás Romay (TORRES-CUEVAS, 2006).

Aunque ofició por un período corto de tiempo (1800-1832), el obispo Espada es catalogado como el principal reformador de la sociedad cubana de la época. Para Cuevas (2006), el obispo Espada fue el principal representante de una marcada “corriente modernista e ilustrada abiertamente antiesclavista, antifeudal, defensora de los pequeños productores, enemiga sin freno de la trata negrera, catalizadora del más importante movimiento cultural de toda la época colonial” (CUEVAS, 2006, p.3).

A su llegada a Cuba Espada se encontró con una situación sanitaria preocupante y, siendo la máxima autoridad de la Iglesia católica es comprensible que sobre él recayese la responsabilidad de enfrentarla. Como ya sabemos, la Iglesia ejercía una enorme influencia sobre las decisiones del gobierno colonial y sobre los diferentes sectores de la sociedad, por lo que, amparados en el discurso benéfico se crearon nuevos dispositivos que ganaron rápidamente la aceptación de la población cubana.

De ese modo, con la ayuda del entonces gobernador de la Isla Salvador de Muro y Salazar, de la Sociedad Patriótica de Amigos del País sede La Habana y del renombrado médico Tomás Romay, se desarrolló una estrategia higienista que tuvo como medidas más significativas la prohibición de realizar enterramientos en las

iglesias y la ampliación de las campañas de vacunación contra la viruela (ENRIQUE, 2010).

Enterrar dentro de las parroquias hacía tiempo que se configuraba como un problema de higiene para la metrópoli española, sobre todo porque las quejas de los pobladores aumentaban debido al olor nauseabundo que despedían los cadáveres en descomposición, situados demasiado cerca del lugar donde se celebraban las misas. Por ese motivo algunos años antes, en 1784 el rey español Carlos III había dictado una real orden prohibiendo definitivamente los enterramientos en aquellas iglesias situadas en los lugares urbanos, medida que comenzó a implementarse, no sin dificultades, también en las colonias (SANTONJA, 1999).

Pero también a la iglesia le afectaba la pestilencia, no sólo por la cuestión sanitaria, sino porque podía ser una razón de peso que les haría perder a sus fieles. Un ejemplo de ese temor es la proclama de 1806 emitida por el cura español Joaquín Company Soler, titulada *A todos nuestros Curas Párrocos y demás Diocesanos*:

Es indubitable que en muchas de las Iglesias de nuestra Diócesis se hace insufrible el mal olor que despiden los cadáveres, lo que retrae a muchas gentes de la concurrencia a sus Parroquias, y les precisa irse a otros templos, en los que no son tan frecuentes los entierros (SANTONJA, 1999, p. 33).

Es en ese contexto que se sitúa la construcción del Cementerio General en La Habana, edificado por iniciativa del prelado Espada en 1806. En Cuba la desproporción entre la cantidad de iglesias construidas y el crecimiento demográfico y el aumento de la mortalidad entre la población complicaban aún más ese escenario. Unido a ello, la imposibilidad de ampliar los espacios de enterramientos dentro de las propias iglesias y el temor a la propagación de enfermedades contribuyeron a que se tomara esa decisión (ENRIQUE, 2014). Tampoco podemos descartar la idea de que los malos olores afectaban a la asiduidad de los fieles, como ocurría en España.

Además de la cuestión de los enterramientos, la campaña de vacunación contra la viruela fue otra de las ocupaciones del obispo Espada. Nombrado director de la Junta Central de la Vacuna por su presidente, el gobernador general de la Isla Salvador de Muro y Salazar, Espada apoyó activamente los esfuerzos por inocular a los habitantes de la Isla, junto al Dr. Tomás Romay y otros médicos que componían su equipo (CIENFUEGOS, 2004). Así, la nueva estrategia higienista del gobierno y la iglesia se desarrolló fundamentalmente en dos direcciones: enterramientos en lugares más adecuados y prevención del riesgo de enfermedades contagiosas. Mas eso no

parecía ser suficiente. Había un sector de la sociedad que también fue incluido entre los objetivos de la campaña higienista: los enajenados.

Según Muñoz (1866a), en las calles de Cuba los dementes servían frecuentemente de entretenimientos y eran motivo de burlas, al tiempo que actuaban de recaderos y sirvientes de cualquier cosa. Esos locos errantes formaban parte de aquella población abandonada a su suerte, compuesta de pobres, vagabundos y marginales que perturbaban el orden social (FOUCAULT, 2005).

Pero no sólo los dementes perturbaban el orden social por sus comportamientos transgresores o su condición de marginados, sino que también comenzaron a ser señalados como posibles propagadores de enfermedades contagiosas. El ejemplo más claro es que fueron precisamente ellos una de las poblaciones más afectadas por el brote de cólera que azotó a La Habana en 1833. Los dementes víctima de cólera fueron tanto los internos de la Casa de Beneficencia como los de la recién inaugurada Casa de Dementes de San Dionisio, sobre la que trata el próximo epígrafe (SACO, 1853; DUPIERRIS, 1857).

Claro está que el haber contraído el cólera no tenía como causa la enfermedad mental y sí la pobreza, el deterioro físico y la falta de medidas sanitarias efectivas por parte del gobierno. No obstante, la locura fue incluida entre los problemas de salubridad, y nuevamente la Iglesia jugó un papel esencial en la elaboración y ejecución de la estrategia de control de los dementes. Otra problemática desvió la atención del gobierno hacia los dementes, pero no precisamente para resolver su desamparo.

Comúnmente los dementes eran llevados a las cárceles, obligados a convivir con delincuentes y sujetos realmente peligrosos. En esa época el sistema jurídico de la Isla funcionaba de forma muy elemental. Según Martínez (2014) hasta comienzos del siglo XIX la represión de las conductas consideradas transgresoras no distinguía entre la gravedad de los hechos y los castigos impuestos. Por tanto, se apresaba y condenaba con la misma severidad tanto a los vagos habituales como a los que temporalmente estaban desempleados, pero también a los que cometían delitos graves. Todos ellos incluidos en una categoría de 'socialmente peligrosos', junto a los pobres, las personas negras y los dementes (HYNSON, 2009).

Es la misma situación que describe Foucault (2005) sobre los dementes en París del siglo XVII, aquellos que

Un día serán descubiertos en las salas del Hospital General, en las celdas de las 'casas de fuerza'; percibiéndose también que se encontraban mezclados con la población de las *Workhouses* ou *Zuchthäuser*. Pero nunca ocurrió que su estatuto fuese claramente determinado, ni cuál era el sentido que tenía esa vecindad que parecía atribuir una misma patria a los pobres, a los desempleados, a los internos de los correccionales y a los enajenados (FOUCAULT, 2005, p. 48, traducción personal).

Pero en Cuba los dementes encerrados en la prisión o los calabozos de los hospitales comunes no fueron descubiertos precisamente por la psiquiatría, sino por la Iglesia católica. Todavía tendrían que pasar algunos años para que se pudiera hablar de alienismo en Cuba y para que la medicina comenzara a ocuparse de los locos. La Iglesia fue así la principal responsable por establecer el corte definitivo entre locura y delincuencia. Al mismo tiempo, en las prisiones de ultramar, también se sucedían una serie de reformas.

En el caso de Cuba las cárceles además de la falta habitual de higiene había serios problemas de hacinamiento. La mayoría de los presos estaban a la espera de sus sentencias y otros encerrados por faltas menos graves; no obstante, la burocracia del sistema exigía la "soberana aprobación" para decidir sobre el destino de los condenados (SALVADOR Y VÁZQUEZ, 1986, p. 72). Fue a partir del siglo XIX, gracias a las reformas en el sistema penitenciario español que la manera en que se castigaban las infracciones cambió un poco, debido a la ilustración y la llegada de los liberales al gobierno de la metrópoli (MARTÍNEZ, 2014).

Al observar el desarrollo del sistema penitenciario europeo en el siglo XVIII analizado por Foucault (2005), encontré un elemento fundamental para entender los motivos posibles del obispo Espada para proponer la creación de un asilo para dementes. En su análisis Foucault (2005) menciona al filántropo inglés e inspector de prisiones John Howard, destacado por sus ideas renovadoras sobre los espacios de internamiento y por sus denuncias de las injusticias a los prisioneros. Howard recorría habitualmente diferentes establecimientos carcelarios en Francia, Escocia, Alemania y España, además de los de la propia Inglaterra, observando la situación de cada uno de ellos y relatándolas posteriormente en sus escritos.

Una de las situaciones expuestas por el inspector inglés fue el desorden que suponía el sistema comunitario en esas prisiones europeas, donde no había una división exacta entre los diferentes tipos de prisioneros. Así, Howard (1778) denuncia:

Los males mencionados hasta ahora afectan la salud y la vida de los prisioneros: ahora tengo que quejarme de lo que es pernicioso para su MORAL; y, es decir, confinar en una misma fortaleza a todos los prisioneros:

deudores y delincuentes; hombres y mujeres; el joven principiante y el viejo delincuente: y en algunos condados, con toda seguridad, como culpables los que son solamente de delitos menores. (HOWARD, 1778, p. 16-17, traducción personal).

Aunque no mencionado directamente por Howard, sabemos por Foucault (2005), pero también por las referencias encontradas sobre las cárceles en la Cuba colonial (DE ARMAS, 2014) que, tanto en Europa como en la Isla caribeña, entre esa mixtura de prisioneros se encontraban los dementes. Es debido a las mencionadas reformas en el sistema jurídico que la situación de los dementes comenzó a cambiar, primero en Europa con la creación del Hospital General y luego en Cuba con el Asilo de Dementes.

Tanto el Hospital General del que habla Foucault (2005) como el asilo cubano se asociaban más a un dispositivo jurídico que a uno médico. Ese tipo de instituciones que no llegaban a ser un hospital propiamente dicho, pero tampoco una cárcel, funcionaban bajo la lógica del aislamiento, caracterizada por desempeñar dos funciones simultáneamente: “de asistencia y de represión, esos hospicios se destinan a socorrer a los pobres, pero mantienen casi todas las celdas de detención y los cuarteles” (FOUCAULT, 2005, p. 50).

En el caso de Cuba, el obispo Espada influyó también en la reforma del sistema jurídico (CUEVAS, 2006), por lo que sus ideas sobre la separación de los enajenados de los presos pudieron haber sido influidas por lo que ocurría algunos años atrás en Europa, por el pensamiento de John Howard, pero también por el de Pinel y la psiquiatría del siglo XIX.

Hasta ese punto existían dos grandes causas por las que la Iglesia pretendía retirar a los dementes de las prisiones: la cuestión sanitaria, para aliviar la situación de hacinamiento de las cárceles y; la reforma jurídica, para alcanzar un nivel de sofisticación en la relación falta-punición. Pero hay un detalle que no se debe pasar por alto, y es la cuestión moral, asunto donde la iglesia se sentía mayormente implicada. Encerrar a los dementes en las cárceles era una práctica común hasta que se hicieron públicas prácticas sexuales entre los prisioneros y los dementes, resultando demasiado escandalosas para la población.

En el Reglamento interior de la cárcel de La Habana de 1821 se alertaba que los presos cometían con frecuencia “excesos impúdicos” (DE ARMAS, 2014, p. 39) sobre los dementes, los que los colocaba en una doble condición de víctimas, tanto

de la pérdida de la razón como del deseo sexual del otro. El loco era así objeto de compasión no solo porque entraba en el imaginario social como un ser inocente por haber “perdido la razón”, sino porque el acto homosexual en el que se (le) implicaba era, como afirma Foucault “contra natura”, forma extrema de infracción de la ley, de lo sagrado y del orden social (FOUCAULT, 2007, p. 50).

El ámbito carcelario cubano del siglo XIX era objeto de “sospecha y preocupación”, a partir de los estrechos vínculos tanto físicos como emocionales que se establecían entre los presos (MORÁN, 2008, p. 305). Ya desde aquella época en la sociedad cubana abundaban los prejuicios contra la sexualidad entre sujetos del mismo sexo, considerados como un grave atentado contra la moral y en muchos casos tipificados como “crímenes contra la honestidad o abusos deshonestos” (MADERO, 2006, p. 32). A pesar de ello, no se puede determinar en cuales casos se cometían los abusos y en cuales se trataba de una relación consensual.

Entonces, separar a los locos de los prisioneros comunes ¿se trataba de un acto humanitario de la iglesia o de represión de la sexualidad? Separar al loco del delincuente perverso, del ‘sodomita’ que habitaba las prisiones tal vez traería la tan esperada represión de la sexualidad, tan anhelada por la Iglesia y de la que luego comenzó a ocuparse la medicina (FOUCAULT, 2005).

Así, la demanda de construir un asilo para dementes, lejos de ser un simple acto humanitario del obispo Espada como afirma Torres Cuevas (1999), se trató de una decisión estratégica de la Iglesia católica, una forma de ejercer el poder dirigida al control de la población desamparada. En esa estrategia confluyeron tres factores: el higienista, el jurídico y el moral.

1.7 LA CASA DE DEMENTES

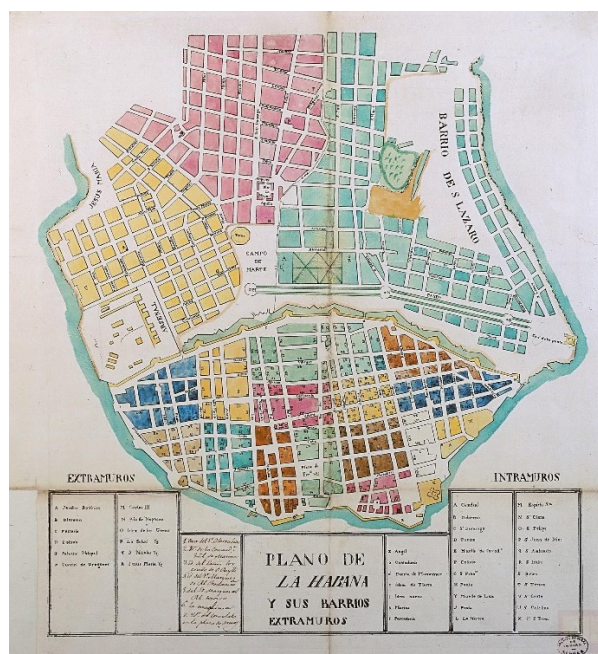
¡Desgraciado del hombre que no encuentra un hueco en la tierra donde descansar sus huesos!, ¡desgraciado el loco que no tiene un asilo donde ocultar a los demás hombres las miserias de su razón extraviada!
Cirilo Villaverde. “Casa de San Dionisio”²¹

21 Ver: Costumbristas cubanos del siglo XIX. Caracas: Biblioteca Ayacucho, 1985. p. 161-165. ISBN 84-660-0123-9.

En 1824, finalmente conseguida la aprobación y dispuestos los recursos necesarios se aprueba la edificación de un asilo para dementes sobre un terreno baldío, donde antes estaba el cementerio improvisado de un antiguo hospital. La elección de una zona alejada del centro de la ciudad no fue casualidad. En el siglo XIX La Habana se dividía en dos zonas fundamentales: la ciudad intramuros y la extramuros²². En la ciudad extramuros se concentraron estructuras inmobiliarias y grupos poblacionales marginados, mientras que intramuros estaba el eje económico, político y religioso de Cuba y las moradas de las clases privilegiadas (BERGARD, 1988).

El nuevo asilo tuvo como sus vecinos más próximos un antiguo matadero, unos baños públicos y la Real Casa de Beneficencia de La Habana, donde ya funcionaba un sector aislado las mujeres dementes. Colindante, el asilo tenía al Hospital de San Lázaro de La Habana, exclusivo para leprosos y al Cementerio General de la Isla. Todos estos sitios estaban ubicados exprefeso fuera del ambiente urbano y donde no perturbasen demasiado la paz de las clases altas.

Figura 5-Plano de la Habana y sus barrios extramuros (1829)



Fuente: Oficina del Historiador de La Habana²³

²² En 1863 comenzó la demolición de la muralla que separaba físicamente estas dos áreas, aunque nunca llegó a concluirse el trabajo, siendo que en la actualidad se conserva una parte del muro.

²³ Disponible en: < <http://www.planmaestro.ohc.cu/index.php/la-ciudad-historica/barrios>>. Acceso en: 13 sep. 2022.

Pero si la proximidad con el hospital de leprosos decía bastante sobre la lógica de aislamiento extremo para gestionar a los locos, aún más interesante resulta la cercanía entre el nuevo cementerio y el manicomio. La composición de ese paisaje tenía por un lado al rechazo y al horror que causaba la enfermedad de Hansen y por el otro a la muerte. Los dos representaban para la población habanera un destino funesto y es ahí donde se situó la nueva Casa de Dementes. Esa especie de destierro macabro causaba lo mismo espanto que alivio en la población.

La mezcla de sentimientos quedó reflejada por el escritor costumbrista Cirilo Villaverde en 1841:

La locura y la muerte son una misma cosa. El hombre demente existe en un mundo donde aún no han podido penetrar los sabios de la tierra: el hombre muerto reposa en otro mundo cerrado enteramente para el hombre vivo. La casa de los locos y la casa de los muertos deben estar, pues, en un mismo sitio. Si la sociedad tiene un sepulcro debajo de la tierra para sus muertos, que sirve de asilo a sus huesos, es cosa muy puesta en razón que erigiese también asilo sobre la tierra para aquellos que, perdiendo el juicio, perdieron la existencia moral, y demanden una tumba o lugar apartado, donde sus delirios no exciten a todas horas el horror, la lástima y tal vez el escarnio del hombre sensato. La sociedad en esto obedece a Dios callando (VILLAVERDE, 1985, p. 187).

Este fragmento de crónica da una idea de la representación social de la locura en aquellos años. Los cronistas jugaron un papel esencial no sólo en la divulgación periodística sino en la formación de opiniones en la población. En esa crónica se conjugan además los elementos que comenzaron a nortear la estrategia de gestión de la locura: el aislamiento social y el tratamiento moral. La enajenación implicaba la pérdida definitiva de la razón y la moral y la muerte la pérdida de la vida.

Figura 7-Casa de Dementes o Casa de San Dionisio



Fuente: Enfermería avanza²⁴

²⁴ Disponible en: <http://enfeps.blogspot.com/2013/07/escuela-de-enfermeras-del-hospital.html>. Acceso en: 13 sep. 2022.

De esa forma, disfrazado de mandato divino, representado y ejecutado por la Iglesia, la construcción de la Casa de Dementes echó a andar, demorando alrededor de tres años para empezar a recibir a los primeros internos. Pero como ya estaba decidida la separación de los enajenados de los presos, durante ese tiempo los futuros habitantes de la Casa de Dementes fueron trasladados desde las cárceles hasta un espacio improvisado dentro del Hospital de Leprosos, un lugar habituado al aislamiento y el encierro.

Aunque su existencia no fue muy larga, finalmente el 1ro de septiembre de 1827 quedó formalmente inaugurada la Casa de Dementes, el primer manicomio de Cuba, también conocido como “Asilo de San Dionisio”, (TORRES-CUEVAS, 2006). Pero, por esa época la Isla de Cuba había sido azotada por varios brotes de cólera (1833, 1850 y 1867) y los pacientes del asilo, al igual que los presos y el resto de la población carente fueron los más afectados, sobre todo por el hacinamiento y las condiciones sanitarias precarias de esos espacios (LÓPEZ, 2011). Esa situación motivó que después de un poco más de treinta años de funcionamiento, se decidiera su traslado a una zona más alejada aún, como veremos posteriormente.

En cuanto a la estructura administrativa, la Casa de Dementes se subordinaba a la Casa de Beneficencia de la Habana, la cual a su vez era gestionada por la Junta de Gobierno de Beneficencia. El nombre de San Dionisio se debió a Dionisio Aeropagita, santo auxiliador, invocado frecuentemente para la sanación de las llamadas ‘enfermedades de la cabeza’. Era bastante común que San Dionisio fuera declarado patrono de los manicomios en América y Europa. Pero curiosa coincidencia que el nombre del gobernador de la Isla en aquella época era también Dionisio, lo que garantizaba una gracia hacia la autoridad, además de indicar el papel cada vez más protagónico del estado donde antes solo lo tenía la iglesia (DE ARMAS, 2016).

El Reglamento provisional de la Casa de Dementes, publicado en 1829, dejaba bien explicado cuál era su. En el artículo 4 se expresa:

Las personas o familias que tengan a su abrigo y cuidado algún demente vigilarán que no salga a la calle ni interrumpa la tranquilidad de los vecinos; pues que, de no hacerlo, el gobierno recogerá y destinará a esta casa a dichos dementes a espensas de sus deudos (VIVES, 1829).

Por tanto, como antes se hizo con las ‘impurezas’ del cuerpo de los leprosos, el internamiento de los locos en la Casa de Dementes cumplía el doble papel de

exclusión de la locura y de organización de la sociedad (FOUCAULT, 2005). En el imaginario social la locura ganaba la representación de “desorganización de la familia, desorden social, peligro para el Estado” (FOUCAULT, 2005, p. 80, traducción personal). Esa cuestión quedó perfectamente demostrada en el artículo 6 del citado reglamento, donde se justificaba la internación de los dementes a partir de la solicitud de cualquier persona a su cargo, mostrando la debida documentación: “La persona que pretenda poner un demente en esta casa, deberá hacer constar el derecho inmediato y legítimo a presentación por el enfermo” (VIVES, 1829).

Pero el diagnóstico de demencia y por tanto el ‘derecho’ a la internación del loco no se obtenía sino a partir de un aval firmado por un juez civil, algún sacerdote con conocimientos de medicina y dos vecinos del lugar donde residiera o deambulara el loco. Unido a ello, la mayor cantidad de información sobre el comienzo de la enfermedad, su curso y relatos específicos sobre el delirio. Un dato interesante es que era exigida la partida de bautismo del enajenado junto a las otras informaciones, lo que apunta a que era un espacio exclusivo para cristianos. La Iglesia era, en definitiva, la regente de la Casa de Dementes y así, cumplía su función de regeneración moral de las almas a través de la penitencia y la represión (FOUCAULT, 2005).

Inmediatamente después de su inauguración fueron enviados a la Casa de Dementes un total de 37 varones, entre antiguos habitantes de la cárcel de la ciudad, deambulantes y otros supuestos enajenados para los que la familia solicitaba internación. A pesar de que el asilo era una institución benéfica, las familias que podían pagar por la internación de alguno de sus miembros hacían uso de sus ‘servicios’.

En cuanto a su arquitectura, el asilo era una suerte de emparedado entre el cementerio y el hospital de leprosos, con una puerta principal entre dos grandes ventanas, que al tiempo que permitían la circulación de aire fresco hacia los interiores, estaban protegidas por un enrejado de hierro, para hacer desistir a los dementes de cualquier intento de evasión (VILLAVARDE, 1985).

El enrejado era un elemento esencial en la arquitectura del lugar, que además les hacía recordar todo el tiempo a los internos que se encontraban en una especie de prisión. Pasando la puerta principal se atravesaba por un pasillo que terminaba en un primer patio interior, con otra puerta enrejada. A continuación, tres patios más pequeños que se comunicaban con el primero a través de otros pasillos. Rodeando el

primer patio, que podemos nombrar el área privilegiada, había quince celdas destinadas a los pensionados y tres calabozos con un sistema de rejas reforzado.

Los pensionados eran aquellos internos que podían retribuir monetariamente a la institución, ya sea a través de las familias o del gobierno y, por tanto, eran portadores de ciertas prerrogativas, como por ejemplo usufruir de unos salones con “largas mesas y bancos de pino en que se sientan los reclusos blancos a comer” (VILLAVERDE, 1985, p. 188), pero también la cercanía a la puerta principal les daba la posibilidad de soñar con una libertad incierta.

Curiosamente alrededor del segundo patio no había celdas, sino amplios salones donde eran depositados los locos recogidos que la caridad mantenía. Estos internos de menor rango tenían que conformarse con unas mesas colocadas en los pasillos para poder comer. En el centro del patio había además una fuente con una escultura del niño Horus, dios egipcio del silencio, con su dedo indicador en los labios invitando a callar. No fue casualidad la colocación de esa escultura en aquel lugar, precisamente en la Casa de Dementes. El niño Horus y su gesto del silencio simbolizaban la imposición del orden a la ‘sinrazón’. ¿Cuál era el sueño principal de la psiquiatría sino obtener la docilidad del loco? (CAPONI, 2019a).

El tercer espacio, con su propio patio interior estaba reservado a las personas negras. Allí, había varias celdas, pero también un cepo en cada una, usado para castigar y contener a “los locos que se muestran inquietos o desobedientes a la voz del loquero” (VILLAVERDE, 1985, p. 189). No era casualidad que los cepos se encontraban precisamente en el área destinada a los negros, pues uno de los rasgos característicos de la medicina colonial cubana y de la gestión de la locura eran las ideas racistas y elitistas, que consideraban tanto a la población negra como a la pobre como más proclives a la violencia y al desorden. Sobre la cuestión de la discriminación en la medicina colonial me ocupo en el próximo epígrafe.

Por fin, el cuarto y último segmento del asilo era un patio pequeño reservado al área de lavaderos, la cocina y una letrina. Este espacio contaba con dos puertas, una pequeña que servía de división con el cementerio y otra mayor por la que también se extraía la basura del lugar. En cuanto a la seguridad del local, no solo los muros y las rejas de hierro eran elementos de persuasión ante cualquier salida no autorizada de los locos, sino que había dos soldados y un cabo que también cumplían con esa función. Había además un Rector, nombrado por la Junta de Beneficencia y

encargado de la dirección del asilo. A continuación, en el orden jerárquico, un mayordomo y un 'loquero' (VILLAVERDE, 1985).

El mayordomo, como habitualmente ocurría en este tipo de espacios, velaba por el funcionamiento del "régimen interior de la casa" (MADOZ, 1849, p. 587), entre otras cosas que se respetasen los horarios, las cuestiones relativas a la alimentación de los internos, las finanzas y demás asuntos administrativos. Asimismo, el mayordomo podía cumplir las funciones de enfermero. Igualmente, la Casa de Dementes disponía de otros empleados y 'sirvientes de color' para las diferentes funciones (VIVES, 1829).

El asilo no tenía un personal médico dedicado exclusivamente, quedando reservada esa tarea a los mismos que asistían en la Casa de Beneficencia, que en ese caso era el reconocido doctor Tomás Romay, responsable del Departamento de Dementes de aquella casa, labor que ejerció hasta 1849 en que falleció de cáncer. El Dr. Romay se ocupaba más de las enfermedades orgánicas que sufrían los pacientes de estas instituciones que de la enfermedad mental. Este médico era más conocido por su labor en la prevención de enfermedades contagiosas, sobre todo en las campañas de vacunación contra la varicela (VALDÉS, 2007).

Según Muñoz (1866a), el único tratamiento que recibían los pacientes del asilo para la enfermedad mental eran una serie de "baños fríos" y "afusiones frías", al que se unió después el trabajo físico no remunerado. Lo mismo ocurría con las enfermas internadas en el Departamento de mujeres dementes de la Casa de Beneficencia, para quienes el trabajo era "coser y lavar la ropa, barrer y lavar los suelos, etc." (MUÑOZ, 1866a, p. 17).

Los baños fríos como recurso terapéutico, también conocidos como "baño sorpresa" estaban de moda en los asilos para dementes, no solo en Europa, sino también en América. Se creía así que el agua fría podía provocar un efecto sedativo en los pacientes agitados (HUNTER, SHANNON, SAMBROOK, 1986; RAMOS, 2000). En el asilo San Dionisio, estos tratamientos no eran ni siquiera recomendados por el médico que asistía a los pacientes, sino por el mayordomo encargado de la administración del lugar (MUÑOZ, 1866a).

Por otra parte, es importante resaltar que justamente en la década de 1820, época en que se construía el asilo, la medicina cubana comenzaba a despuntar, por lo que no debe considerarse todavía una etapa de madurez en ese campo. Eso significa que no había una división clara de las especialidades y que muchos de los

médicos recién terminaban su formación a finales de esa década y principios de la siguiente, por lo que la responsabilidad de atender todo tipo de pacientes recaía sobre unos pocos, impidiendo que hubiese al menos uno en cada institución o alguno especializado en enfermedades mentales, por ejemplo. Fue solamente a partir de 1842, con la secularización de la Universidad de La Habana que se modernizó la enseñanza y la práctica de la medicina, teniendo a Francia como referente fundamental en ese aspecto (CHÁVEZ-RIVERA, 2016).

Si era así en el campo de la medicina en general, en el caso del alienismo había menos desarrollo aún, incluso en Europa, principal referencia de los galenos cubanos. Según afirma Huertas (2002), la psiquiatría en el siglo XIX “no contaba aún con un arsenal terapéutico suficiente como para transmitir con claridad una oferta de servicio eficaz” (HUERTAS, 2002, p. 92). Además, destaca este autor, el modelo de internación español de aquella época era administrado por las autoridades eclesiásticas, donde el médico ocupaba un lugar secundario, a diferencia de lo que ocurría en Francia. Fue precisamente ese el modelo importado a Cuba.

Por tanto, fue el loquero, quien tenía a su cargo la gestión directa de los internos, el que más se pareció al psiquiatra, figura que todavía no existía en esa época en Cuba. El escritor Cirilo Villaverde recuerda que, en su visita al asilo, el loquero que lo recibió y condujo por el interior del lugar se llamaba Ignacio Franco y era sumamente temido por los internos, quienes, según el autor, observaban cada uno de los movimientos y la voz de su guardián con “religioso respeto” y cuando este se aproximaba se alejaban rápidamente abriéndole paso (VILLAVERDE, 1985, p. 189).

Tal vez una de las descripciones más pintorescas de la figura del loquero en aquella época la hizo el escritor español Benito Pérez Galdós en su novela de 1881 *La desheredada*:

Dos *loqueros* graves, membrudos, aburridos de su oficio se pasean atentos como polizontes que espían el crimen. Son los inquisidores del disparate. No hay compasión en sus rostros, ni blandura en sus manos, ni caridad en sus almas. De cuantos funcionarios ha podido inventar la tutela del Estado, ninguno es tan antipático como el *domador de locos*. Carcelero—enfermero es una máquina muscular que ha de constreñir en sus brazos de hierro al rebelde y al furioso; tutea a los enfermos, los da de comer sin cariño, los acogota si es menester, vive siempre prevenido contra los ataques, carga como costales a los imbéciles, viste a los impedidos; sería un santo si no fuera un bruto. El día en que la ley haga desaparecer al verdugo, será un día grande si al mismo tiempo la caridad hace desaparecer al *loquero* (GALDÓS, 1909, p. 8, cursiva nuestra).

La diferencia entre esas tres figuras mencionadas radica en que tanto los guardias como los mayordomos ejercían sus funciones en otros ámbitos, fuera en los cuárteles en el caso de los soldados o en las casas de ricos o en las iglesias como el caso del mayordomo, pero el loquero no. El loquero se dedicaba exclusivamente al manicomio y a sus habitantes. El loquero era, en aquellos momentos el agente principal de control del loco, responsable por el funcionamiento de los mecanismos de la internación.

Foucault (2005), define a la internación como un “mecanismo social”, que inicialmente actuaba sobre un área amplia y estaba dirigido a la “eliminación espontánea de los ‘a-sociales’”, distribuidos en las prisiones, los consultorios y los asilos para dementes. Para Foucault, si bien existía esa categoría amplia de “a-social”, era principalmente al control del loco que se dirigían los mecanismos que conforman la lógica de internación (FOUCAULT, 2005, p. 79). Y es ahí que juega su papel el loquero, como “domador de locos”, al decir de Pérez Galdós (GALDÓS, 1909, p. 8).

También en Foucault (2008) se refiere a este personaje singular como “el vigilante”, que es “por tanto, al mismo tiempo el maestro de los últimos maestros y aquel cuyo discurso, cuya mirada, cuyas observaciones y relaciones posibilitan la constitución del saber médico” (FOUCAULT, 2008, p. 7). Pero en la descripción que hace Foucault el vigilante ocupaba un nivel intermediario entre el médico y el paciente, cosa que no ocurría en Cuba en aquel momento, pues allí, en el asilo San Dionisio, la gestión de la locura todavía funcionaba a un nivel de menor complejidad, siendo el loquero el cargo de mayor jerarquía.

En conclusión, el asilo San Dionisio, espacio pionero en la gestión de la locura en Cuba funcionó a partir de dos recursos esenciales: la contención a través del encierro en diferentes espacios, como salones o calabozos o del uso de artefactos como los cepos y las esposas, pero también el recurso del loquero, responsable principal del funcionamiento del dispositivo manicomial.

1.8 LA LOCURA DE LOS NEGROS: RACISMO Y MEDICINA MENTAL

A partir del siglo XIX la medicina cubana comenzó a desarrollarse en el contexto particular del colonialismo y por tanto influenciada por un discurso elitista y racista sobre el supuesto riesgo que representaban las poblaciones indígenas, negras y mestizas, así como los pobres. Los sectores de la sociedad que se sentían afectados

por esos grupos demandaban soluciones preventivas, de las que surgieron estrategias higienistas y donde la medicina fue una de sus protagonistas.

Los estudios científicos cubanos de la época, influenciados por las ideas de la Ilustración española, hallaron un espacio aglutinador en la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana, que reunía a los más importantes científicos cubanos de la colonia. Según destaca Goodgall (2001) a principio y mediados del siglo XIX eran notables los esfuerzos por extraer de las universidades a las ciencias, dominadas por la Iglesia Católica para promover el desarrollo de la física, la historia natural, la química y la medicina fuera del ámbito religioso.

Las primeras reuniones de la Real Academia de Ciencias en Cuba estuvieron enfocadas en debates sobre supuestos aspectos patológicos de las razas, en la determinación de características fenotípicas raciales y en analizar las condiciones de aclimatación de personas negras al Caribe. Una de las conclusiones de aquellos académicos era que las personas de piel blanca (por ejemplo, los chinos) no se recomendaban para trabajar en la industria azucarera, debido a supuestas dificultades de adaptación al clima cálido de Cuba y a una propensión a contraer más enfermedades que los de piel negra o mestiza (GONZÁLEZ; OROVIO, 1998). Lógicamente la creencia de que las personas negras eran más resistentes a las duras condiciones de la producción agrícola y a las diferentes enfermedades no tenía ningún fundamento científico y solo se basaba en los propios prejuicios de los colonizadores y de las clases privilegiadas, de la cual también formaban parte los miembros de la Academia.

El establecimiento de esas diferencias raciales respondía a una forma de ejercicio de poder característico del pensamiento colonial, donde el otro se clasificaba y valorizaba en función de determinados intereses, ejemplo la fuerza física, tan necesaria a los colonizadores para el desarrollo económico del país. Esa fuerza y esa resistencia atribuidas al esclavo africano, era también una forma racista de valorar al otro, colocándolo en el lugar del animal usado comúnmente para realizar tareas pesadas, en detrimento de cualquier tipo de inteligencia, de sufrimientos o de afectos.

Desde un patrón colonial y racista, se establecía como 'normalidad' que los hombres y las mujeres blancos europeos fueran portadores de una 'inteligencia superior' y por tanto con derechos a ejercer dominio sobre los pobladores de otras regiones, solo por sus diferencias culturales, sus características fenotípicas y

comportamentales, atribuyéndoles capacidades mentales inferiores, pero mayor utilidad para el esfuerzo físico.

Según Lander (2000), la aplicación del patrón social europeo a los habitantes de las regiones conquistadas ha sido un recurso harto utilizado por la colonización. Así, los saberes de los otros, sus características físicas y psicológicas se consideraban inferiores y por tanto susceptibles de ser ‘civilizados’. De esa manera los estudios pseudocientíficos sobre las diferencias raciales realizados por los académicos cubanos servían para reforzar la segregación racial, establecer patrones de normalidad y desarrollar estrategias de dominación (GARCÍA GONZÁLEZ, 2010; MARQUES DE ARMAS, 2014).

Por otra parte, al tiempo que los académicos cubanos defendían la necesidad de continuar llevando personas negras para trabajar en la industria azucarera y en otras labores que requerían de fuerza física, se interesaban en proponer soluciones que evitaran el riesgo de una “africanización” de la sociedad colonial y la propagación de enfermedades contagiosas (GONZÁLEZ; NARANJO, 1998, p.268).

Mantener el control de la población esclava no solo respondía a un temor a la población negra, sino que implicaba importantes motivos económicos, pues para los hacendados la salud de los esclavos podía ser una cuestión estratégica. Esto se puso de manifiesto en el campo de la medicina, donde surgió un discurso racista, que consideraba a las personas negras y mestizas como seres biológicamente inferiores y por tanto proclives a determinadas enfermedades. Ese discurso fue el referente ideológico fundamental de una serie de textos médicos donde se describían las enfermedades de los negros y los tratamientos a dispensar en cada caso.

Esos manuales, los primeros dedicados exclusivamente a la cuestión racial, formaban parte tanto del campo de la antropología como de medicina (CHAPLE, 2015). Entre ellos destacan un texto aparecido en de 1798 titulado *Reflexiones Histórico Físico-Naturales Médico Quirúrgicas Prácticos y especulativos entretenimientos acerca de la vida, usos, costumbres, alimentos, bestidos, color y enfermedades a que propenden los negros de África*, venidos a las Américas, del médico español Francisco Barrera y Domingo; el texto de 1831 *Vademecum de los hacendados cubanos ó guía practica para curar la mayor parte de las enfermedades*, escrita por el médico francés Honorato Bernard de Chateausalins; la obra *Investigaciones generales sobre las enfermedades de las razas que no padecen la fiebre amarilla y estudio particular sobre la enfermedad de los ingenios de azúcar o*

hinchazón de los negros y chinos, de 1865 y *Antropología y patología comparadas de los hombres de color africanos que viven en Cuba*, publicado en 1876 y; por último, la obra de José A. Reynés *Algunas consideraciones generales sobre la raza negra, su patología y terapéutica*, publicada en 1868.

Entre las diferentes enfermedades descritas en la literatura médica cubana de aquella época aparecían con frecuencia las asociadas al sufrimiento psíquico, que tal como las otras preocupaban no solo a los médicos, sino también a los propios hacendados y a los comerciantes de esclavos, pues podían traerles prejuicios económicos tanto como las enfermedades meramente físicas²⁵. Frecuentemente los esclavos africanos eran dividían en: bozales, ladinos y azucareros. Para los médicos, en cada uno de esos grupos predominaba alguna enfermedad específica.

Por ejemplo, los bozales padecían sobre todo de enfermedades del aparato digestivo y entre los azucareros las enfermedades más frecuentes se localizaban en la piel y los músculos. Por último, en los ladinos los médicos describían una cifra importante de trastornos mentales, “incluidos el alcoholismo” (CHAPLE, 2015, p. 18)

De los textos mencionados, analizaremos los que tratan directamente la problemática de las enfermedades mentales en los esclavos. El primero es *Reflexiones Histórico Físico-Naturales Médico Quirúrgicas Prácticos y especulativos entretenimientos acerca de la vida, usos, costumbres, alimentos, bestidos, color y enfermedades a que propenden los negros de África, venidos a las Américas* del médico Francisco Barrera y Domingo (1953), y el segundo *Vademecum de los hacendados cubanos ó guía practica para curar la mayor parte de las enfermedades, de Honorato Bernard de Chateausalins* (1854).

El doctor Barrera y Domingo (1953) describe de forma detallada una serie de enfermedades asociadas a los esclavos africanos, clasificándolas en función de las distintas etapas de la esclavización, así, por ejemplo: había enfermedades contraídas durante la travesía en barco desde África hasta Cuba y otras que aparecían posteriormente, sobre todo en las haciendas donde eran forzados a trabajar. A los trastornos mentales, Barrera le dedica el primer capítulo de su texto, titulado *De la primera enfermedad que padecen los negros, en la nabegación llamada nostálgica, vulgo el amor de la patria*.

²⁵ Es importante señalar que aun cuando en esa época se les atribuía a las enfermedades mentales causas orgánicas, la medicina separaba los dominios de la “moralidad” (“de los comportamientos, de la voluntad y de las pasiones”) del propiamente corporal (CAPONI, 2014, p.55).

En este capítulo el médico hace una comparación entre las condiciones de vida de los africanos en su tierra y las dificultades que tuvieron que enfrentar por la esclavización, entre ellas el ser llevado por la fuerza en “la estrechez de un barco mercante” (BARRERA Y DOMINGO, 1953, p.66).

Si bien el autor no oculta su inconformidad con el sistema esclavista, al decir que “sola la codicia humana de los hombres, por la sangre de estos infelices, es la que les a hecho vuscar nuevos generos de comercio y a los Negros nuevas enfermedades” (BARRERA Y DOMINGO, 1953, p.66), su pensamiento no trasciende los límites del pensamiento racista y colonial, toda vez que legitima que determinado trastorno mental estaba relacionado con el color de la piel y la región de origen.

Sobre la clasificación de los seres humanos por criterios raciales Quijano (2000) afirma que el término “raza se convirtió en el primer criterio fundamental para la distribución de la población mundial en los rangos, lugares y roles en la estructura de poder de la nueva sociedad” (QUIJANO, 2000, p.203). En esa distribución racista de las poblaciones, la clasificación de enfermedades, tanto físicas como mentales resultaba esencial para el sometimiento y el control de la población colonial en América, como demuestra el texto del médico cubano.

La nostalgia de la que habla Barrera y Domingo se atribuía a los grupos étnicos Viví, Carabalí y Minas, correspondientes a regiones específicas del continente africano. Los africanos comenzaban a padecer la nostalgia a partir del momento en que eran separados de su hogar y durante la travesía marítima. Aquellos que no conseguían lanzarse al mar se sumían en un estado de tristeza profundo que terminaba con la muerte. Para evitar tal situación los traficantes los engañaban prometiéndoles que serían liberados en poco tiempo, pero según se describe en el texto, cuando los esclavos descubrían la farsa se arrojaban a los pozos de agua, en los ríos o en el mar.

La extrañeza ante situaciones comunes como la tristeza por la pérdida de algo tan valioso como la libertad, así como el interés zoológico de la medicina colonial ante un comportamiento humano formaba parte de un discurso que no solo dividía a los sujetos por el color de la piel, sino que patologizaba el sufrimiento mental. Pero ese discurso se alimentaba además del factor económico, pues servía de soporte a una estrategia económica de las clases privilegiadas, tanto españolas como criollas, que veían en la esclavitud una forma eficaz de aumentar las riquezas y al esclavo como un animal no humano.

La percepción de que existía algún valor clínico en esos afectos, justificando su clasificación como enfermedad mental es una manifestación clara del pensamiento racista en la medicina colonial, el cual sirvió de base para futuras estrategias terapéuticas diferenciadas, como vimos en el epígrafe anterior, donde el cepo o el encierro en calabozos era reservado a las personas negras dentro del asilo.

Por otra parte, el libro *Vademecum de los hacendados cubanos ó guia practica para curar la mayor parte de las enfermedades* también fue una muestra del valor que se le otorgaba a la salud de los esclavos en la colonia, así como del establecimiento de criterios racistas para clasificar el sufrimiento mental. El autor de este texto, Bernard de Chateausalins fue un médico francés encargado de atender a los esclavos en la zona de Matanzas, en el occidente de Cuba, una de las principales regiones productoras de azúcar en el país.

El *Vademecum* estaba especialmente dirigido a terratenientes y dueños de la producción agrícola. Por esa razón su autor utilizó un lenguaje más sencillo que lo hacía asequible a los legos que trataban las enfermedades de los esclavos sin precisar conocimientos de medicina. Esto a pesar de que el autor consideraba que la atención sanitaria a los esclavos debía ser realizada por un personal especializado y no por los mayores, como acostumbraba a suceder.

Chateausalins desde el comienzo defiende la idea de que las personas negras, tanto los africanos como los nacidos en Cuba, eran físicamente más resistentes que los blancos europeos y, por tanto, más aptos para trabajar en las condiciones climáticas del Caribe, lo que ayudaba al poder colonial a mantener los altos estándares de desarrollo económico del país. A los fines didácticos, el autor estructura el libro en tres partes principales, las que a su vez contienen diferentes capítulos. La primera parte corresponde a nociones generales sobre anatomía humana y la segunda está dedicada a la clasificación y caracterización de las diferentes enfermedades de la población africana, tanto hombres como mujeres. La tercera y última parte trata sobre los diferentes procedimientos médicos que debían aplicarse a las enfermedades, entre los que predominaban los farmacológicos (CHATEAUSALINS, 1854, p. 256).

Lógicamente en este libro no podía faltar una sección sobre las enfermedades mentales, la que el autor tituló: *De las enfermedades cuya causa eficiente es la sobreexcitación del fluido nervioso, ó sea el fluido eléctrico animalizado*. La hipótesis predominante sobre la causa de las enfermedades mentales eran las alteraciones de

los fluidos por causa del ambiente y el clima, lo que demostraba la influencia de la teoría hipocrática de los humores en la medicina cubana de la época (CHATEAUSALINS, 1854, p. 256).

Chateausalins lo explica de esta forma:

siendo el cuerpo humano todo vascular como lo demuestra la alta anatomía, ¿por qué los nervios se esceptuarían de esta ley? (...) Los nervios como conductores de aquel fluido motor de la sensibilidad física, lo mismo que el alma lo es de la sensibilidad moral, son algunas veces sobrecitados por este fluido que penetra en cantidad demasiado grande, y produce la numerosa familia de las inflamaciones nerviosas agudas y crónicas (CHATEAUSALINS, 1854, p. 256).

De ese modo, los fluidos nerviosos alterados derivarían en las enfermedades siguientes:

a) Neuralgia general, incluía a la Fiebre nerviosa de los autores. (Sin virus ni miasmas), también conocida como Inflamación o calentura nerviosas. Al parecer, lo que permitía establecer un diagnóstico diferencial con otros tipos de fiebres como la tifoidea, era la ausencia de virus o miasmas.

b) Inflamaciones agudas locales de los nervios, que a su vez se dividía en Dolores y en Convulsiones. En la categoría Dolores se ubicaban “la apoplejía nerviosa, la jaqueca, dolor de oído, de dientes, dolor cólico agudo nervioso, de estómago ó cardialgia y pirosis, dolor de hijada, de hígado, de cintura, y dolor nefrítico” y en las Convulsiones estaban “el tétanos, el asma, la epilepsia y catalepsia, el baile de San Vito, la risa sardónica, el estrabismo, el hipo y estornudo continuo, los calambres, las palpitaciones, la picadura de algún ramo nervioso, y la pesadilla” (CHATEAUSALINS, 1854, p. 260).

c) Inflamaciones nerviosas crónicas, la Histeria, la Hipocondría, y varios tipos de Locuras. Chateausalins sostenía que la Histeria no era una enfermedad muy frecuente entre las mujeres negras esclavas, apareciendo con más frecuencia “entre los hombres civilizados, y particularmente entre las personas ricas y ociosas” (CHATEAUSALINS, 1854, p.277). A pesar de que no consideraba a la histeria una enfermedad de esclavas esta fue incluida en el tratado médico. Por otra parte, menciona a la Hipocondría como exclusiva de los hombres, aunque no especifica si solo en los blancos o también en los negros.

Finalmente, el último grupo, el de las Inflamaciones nerviosas crónicas. Dentro aparecen la Demencia, con una disminución de las funciones intelectuales; el Idiotismo, caracterizado por un “desarrollo incompleto ó nulo de las funciones del

entendimiento” y la Manía, donde había desorden en una o en más funciones intelectuales por un mayor período de tiempo; además de delirios, insomnio, dolores de cabeza y alucinaciones (CHATEAUSALINS, 1854, p.277).

La Manía podía presentarse con un delirio único, es decir, con una sola idea delirante y podía ser llamada indistintamente Monomanía o Melancolía. Todas las enfermedades mencionadas en el manual están acompañadas por una breve descripción de los síntomas, asociadas siempre a factores ambientales, sociales y climáticos, por ejemplo, la altura, el exceso de oxígeno o de energía eléctrica, el calor o también cierto tipo de lecturas, la pubertad, la feminidad o la política y la religión. Estos factores ambientales debían ser evitados en la vida cotidiana de los esclavos africanos por recomendación del médico. Por otra parte, cada una de las enfermedades estaba acompañada por instrucciones específicas para tratarlas y eliminarlas (CHATEAUSALINS, 1854).

En el caso de las enfermedades nerviosas de los esclavos, al igual que las otras, se trataban generalmente a través del método preservativo y el método farmacológico. El preservativo se amparaba en la explicación ambiental y consistía en prevenir el contacto con los agentes causantes de la enfermedad, así, por ejemplo, se evitaba la cercanía del esclavo a fuentes de calor o de energía eléctrica porque podían alterar más aún los fluidos nerviosos. También se recomendaba evitar actividades asociadas con el placer sexual o los afectos, etc. (CHATEAUSALINS, 1854).

El método farmacológico consistía en la dosificación de determinados compuestos químicos, sobre todo metales, guardados en frascos y etiquetados con diferentes números que permitían a los médicos y farmacéuticos identificarlos, por ejemplo ‘Nro. 44’ o ‘74’. También se administraban infusiones de belladona o de agnus castus. Si bien esos eran los métodos principales se recomendaban además masajes, dietas específicas o baños con minerales y aguas de determinada región del país (CHATEAUSALINS, 1854).

Esos tratamientos ambientales y farmacológicos se reservaban para la histeria y la hipocondría, considerados padecimientos menos graves. En el caso de la Locura, los métodos eran un poco más invasivos y violentos. Según Chateausalins (1854), la causa de la locura era un exceso de sangre en el cuerpo asociada a los temperamentos sanguíneos. Partiendo de esa lógica, el tratamiento más eficaz era el drenaje del exceso de sangre en el cuerpo del enfermo. Es así como el esclavo demente era sometido a frecuentes sangrías:

Se sangrará sin temer de producir desmayos, quince a diez y ocho onzas de sangre bastan unas sangrias poco cuantiosas serian inútiles, debilitarian solo al enfermo, sin quitar la irritación nerviosa, y cuando se haria otra sangría, la cantidad de sangre estraída la primera vez habria ya vuelto, y asi es que muchos locos quedan en el mismo estado por la timidez del facultativo (CHATEAUSALINS, 1854, p.287).

La sangría como método terapéutico de la locura y de otras enfermedades era común en el siglo XVIII (FOUCAULT, 2005), pero varios años después psiquiatras como Pinel (1804) la criticaron porque provocaban “una especie de debilidad ó de idiotismo por el extremado abuso” (PINEL, 1804, p.144). Había un desfase respecto de las recomendaciones de la medicina mental para esclavos en Cuba y los tratamientos dispensados en Europa. Resulta curioso, toda vez que el modelo médico cubano se inspiraba en la medicina francesa y siendo Chateausalins francés seguramente estaba más al tanto de los procedimientos que se usaban en su país. Sin embargo, en el caso de los esclavos recomendaba igualmente la sangría sin tener en cuenta sus efectos adversos. El ignorar las consecuencias de este procedimiento extremadamente invasivo y peligroso se debe al hecho de considerar al esclavo como un ser inferior, por lo cual les importaba menos llevarlos a cabo.

En resumen, la atención a las enfermedades de los esclavos respondía a intereses económicos y no precisamente médicos, como demuestra la aplicación de métodos de curación más invasivos. Además, las llamadas ‘enfermedades nerviosas’ ocupaban un lugar destacado porque era más difícil controlar el riesgo de la locura en la nostalgia o la manía, donde habría más agresividad contra sí mismo o los otros. Asimismo, la creación de manuales diagnósticos y tratamientos específicos para los esclavos reforzaba la creencia en la existencia de un grupo biológica y mentalmente inferior, al que, por tanto, debían aplicarse métodos particulares de curación, para garantizar un estado óptimo de salud necesario para el sistema esclavista.

Posteriormente, esas ideas sobre diferentes formas de enfermedad mental asociadas a las razas ganaron terreno en la psiquiatría cubana, junto a la teoría de la degeneración, como se verá más adelante.

2 LA PSIQUIATRÍA MÁS ALLÁ DE LOS MUROS DEL MANICOMIO

2.1 EL ALIENISMO FRANCÉS LLEGA DEMASIADO TEMPRANO

Comenzando el año 1826, junto a un grupo de asturianos partía en una goleta rumbo a Cuba desde el puerto de Cádiz en España el médico andaluz Tomás Pintado Salas, decidido a conquistar el territorio de las colonias de ultramar para poner a prueba sus conocimientos, como hicieron tantos otros españoles en su época. Como tantos médicos andaluces, Pintado se había formado como cirujano en el prestigioso Colegio de Cirugía de Cádiz (DE ARMAS, 2016). Según afirma González (2010), desde el siglo XVIII y durante todo el XIX las ciencias naturales y la medicina cubanas se nutrieron mayoritariamente de los aportes de los científicos andaluces, al punto de que muchos de estos se convirtieron en los pioneros de diversas disciplinas en la isla caribeña.

Al parecer el campo de la medicina en Cuba todavía resultaba un terreno prometedor y poco explotado. A pesar de que ya existía en La Habana una facultad de medicina, su pertenencia a la iglesia católica²⁶ le daba un aire demasiado conservador. A pesar de ello, en las primeras décadas de 1800 comienza a aparecer con más fuerza un movimiento de oposición al poder religioso hegemónico en el campo de la medicina. Tal movimiento se componía fundamentalmente por profesores y estudiantes identificados con las ideas de la ilustración, convertidos rápidamente en los principales responsables de una crisis importante en la enseñanza médica, lo que provocó una disminución considerable de las matrículas en la facultad de medicina (ESPINOSA, 2003).

En ese contexto complejo es que llega el médico Tomás Pintado a La Habana. Si el andaluz creyó que ejercer como médico en Cuba le sería muy fácil, pronto se tropezaría con una serie de dificultades. Además de los conflictos frecuentes entre médicos, boticarios y autoridades eclesiásticas (LARRARTE; PINEDA, 2000), el espacio se encontraba ocupado mayoritariamente por una serie de personajes practicantes del oficio de curar los cuerpos: “herbolarios, algebristas, barberos, flebotomianos, dentistas, comadronas y boticarios” (GONZÁLEZ DE LA PEÑA; PIÑÓN, 2010, p. 143). Pero quizás, el mayor obstáculo que encontró nuestro médico

²⁶ La facultad de medicina pertenecía a la Real y Pontificia Universidad del Máximo Doctor de la Iglesia San Gerónimo de La Habana.

fue la obtención del famoso permiso del Real Tribunal del Protomedicato de La Habana. Durante la época colonial, específicamente a partir de la primera década del siglo XVIII en Cuba, el permiso para trabajar como médico o cirujano era concedido exclusivamente por esta institución.

La creación del protomedicato en Cuba²⁷ fue una respuesta de la corona española a la desorganización reinante en el país en el ámbito de la medicina, siendo que, podía llamarse médico cualquier boticario, barbero o partera o simplemente aquel que tuviese un poco de valor y conocimientos básicos de cirugía. No obstante, como afirma Emeterio Santovenia (1952), la falta de rigor en la formación médica no era exclusiva de las colonias americanas, sino que esta formaba parte también del panorama científico español, producto de una crisis política que se reflejaba también en la medicina, en la cual reinaba “una perniciosa confusión de médicos y no médicos dedicados a opinar sobre enfermedades y a ver enfermos sin una preparación medianamente pasable” (SANTOVENIA, 1952, p. 11). Es así como, por orden real, se les otorgaba a determinadas figuras de importancia dentro de la medicina española residentes en las colonias, la potestad para decidir quién podía nombrarse médico y curar a los enfermos. Todo ello bajo el amparo legal del Real Tribunal del Protomedicato.

El ejercicio de la medicina y su enseñanza no estuvieron exentas de conflictos. Las diferentes partes implicadas en ello, como la Iglesia, el Protomedicato y el gobierno de la Isla se disputaban el control de esa práctica, sobre todo porque implicaba no solo certificados, licencias y remuneraciones, sino porque se veía a las ideas de la ilustración como una amenaza a la enseñanza tradicional de la medicina, hasta ese momento en manos de la iglesia²⁸. Por aquellos años la teoría predominante en el campo médico era la de Galeno, ampliamente defendida por la iglesia, sobre todo porque la disección de cadáveres en las clases de anatomía se consideraba una grave profanación de los cuerpos (GONZÁLEZ, 2010a). Hay que destacar que, en 1822 el protomedicato dejaba de existir en España, sin embargo, en algunas colonias de América como Cuba y Puerto Rico todavía continuó su labor, hasta el año 1833 (GONZÁLEZ, 2010a).

²⁷ Además de Cuba, existieron tribunales de protomedicato en los territorios de Argentina, Colombia, Chile, Ecuador, Guatemala, México, Panamá, Perú y Venezuela (SABATER, 1996).

²⁸ La Real y Pontificia Universidad de San Jerónimo de La Habana era regentada por el orden de los dominicos.

Retornando al periplo del médico andaluz, quizás la suerte no le acompañaba mucho por aquellos días o lo más probable es que enfrentarse a la burocracia del protomedicato no fuera tarea fácil. Lo cierto es que, según afirma Marqués de Armas (2016), Tomás Pintado solo consiguió el famoso permiso del protomedicato cubano a mediados de 1826. Sin embargo, su pretensión no era trabajar como médico-cirujano precisamente, sino como alienista.

Para realizar su deseo, ¡qué mejor lugar que el nuevo asilo que estaba a punto de ser inaugurado en La Habana! Menuda pretensión para este médico en una colonia que todavía no conocía los últimos desarrollos de la medicina de locos en Europa. Hasta aquel momento, aparentemente las cosas estaban más o menos en orden con los locos: a los que no incomodaban se les permitía andar por las calles, confundidos con los otros desamparados, y para los furiosos, también había un lugar: frecuentemente terminaban encerrados en algún depósito, ya fuera en la cárcel en el caso de los hombres o en la Casa de recogidas, en el caso de las mujeres. Y para estar a tono con la modernidad, se les construía su propia Casa de Dementes, por iniciativa del popular obispo Juan José Díaz de Espada. ¿Para qué entonces haría falta un alienista?

Si Pintado hubiera convencido a las autoridades de que ciertamente se necesitaba algo más que un depósito para locos, eufemísticamente llamada Casa de Dementes, se hubiera convertido en el primer alienista de Cuba. Pero las cosas no sucedieron de esa forma y tuvo que conformarse con el ejercicio de la cirugía. Aunque quedaba demostrado que a Cuba las nuevas ideas sobre el tratamiento de los locos todavía no habían llegado con suficiente fuerza, ya en España algunos médicos avanzaban en su formación como alienistas, sobre todo intercambiando con sus colegas franceses, viajando para conocer el funcionamiento de nuevas instituciones y participando en diferentes eventos sobre el tema (NOVELLA, 2016).

A pesar de ello, España estaba atrasada respecto a sus vecinos Francia, Inglaterra y Alemania, no solo en el campo de la psiquiatría, sino en el de la medicina en general, por lo que algunos médicos españoles influyentes solicitaban desde el siglo XVII medidas para resolver el “atraso científico”, pidiendo crear academias y laboratorios similares a las de Francia (GONZÁLEZ, 2010a, p. 45). Fue solo en las primeras décadas del siglo XIX que el uso de los manicomios comienza a dar paso a la medicina mental en España (NOVELLA, 2016). Aunque eso no quiere decir que España no tuviera una larga tradición en la gestión de la locura, destacándose, sobre

todo por sus asilos para dementes, que hasta el propio Pinel elogia en su *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*²⁹:

Pero todavía tenemos que envidiar á una nación vecina un establecimiento que no sabré alabar debidamente, y que es superior a todos los de Inglaterra y Alemania. Con efecto la España tiene abierto en Zaragoza un asilo para todos los enfermos, y especialmente para los locos de todos los países, de todos los gobiernos y de todos los cultos con esta sencilla inscripción *Urbi et Orbi*³⁰(PINEL, 1804).

También Esquirol, algunos años después, en 1847, menciona los asilos españoles en el *Dictionnaire des sciences médicales, par une société de médecins et de chirurgiens*, al tiempo que varias publicaciones sobre psiquiatría en Alemania, Francia, Inglaterra y Estados Unidos también se hicieron eco admirando la forma de gestión manicomial de los dementes en España (NOVELLA, 2016). Pero esos asilos no solo estaban destinados a los locos, pues, tal como sucedía en otros países, allí eran enviados también los pobres, los vagabundos, los desamparados, las prostitutas y todo aquel considerado marginal (AZTARAIN DÍEZ, 2005).

No obstante, el modelo manicomial en España fue transformándose poco a poco a comienzos del siglo XIX, como ya habíamos mencionado, sobre todo por las crecientes críticas de parte de los ilustrados, que veían en estos sitios un foco de epidemias, por la falta de higiene y seguridad. De cualquier forma, eso no quiere decir que se abandonase completamente el uso de los manicomios, sino que comienzan a introducirse nuevas perspectivas en el tratamiento de la locura, sobre todo por influencia de la medicina francesa (AZTARAIN DÍEZ, 2005).

En ese sentido, es importante destacar que la obra de Pinel, por ejemplo, tuvo un impacto importante en los círculos académicos españoles. Para tener una mejor idea de ello, tenemos que, a solo 4 años de la publicación en octubre de 1800 de la famosa obra del alienista francés, *Traité médico-philosophique sur l'alienation mentale ou la manie*, esta fue traducida al español y ampliamente divulgada en España bajo el título de “Tratado médico-filosófico de la enagenación del alma o manía” (PINEL, 1804). Poco tiempo después ese texto circularía por algunas colonias españolas de América como México, Chile, Argentina, Colombia y Perú, siendo material principal de estudio por parte de los primeros alienistas de aquellos países (ODA; DALGALARRONDO, 2007).

²⁹ Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental o la manía (PINEL, 1804).

³⁰ *Urbi et Orbi* es el nombre de una bendición papal dirigida a Roma y al mundo. La frase proviene del latín y significa “a la ciudad (de Roma), al mundo y a todo el universo”.

Es de esa forma que, según lo anotado por Espinosa Iborra (1987), el período de la ilustración fue un contexto clave para el desarrollo de la medicina mental en España, buscándose de esa forma, estar a tono con lo que acontecía en otros países de Europa y principalmente con sus vecinos franceses. Los discursos político y médico se alinean al considerar que la introducción de los nuevos tratamientos psiquiátricos podría resolver los problemas de higiene. Así, estableciendo una relación directa entre enfermedad y pobreza, entre inmoralidad y marginalidad, se justificaba el aislamiento, pero también la intervención sobre las conductas para normalizar al desviado (locos, pobres, vagos, mendigos, etc.) (ESPINOSA IBORRA, 1987).

De cualquier forma, en ese sentido los avances no ocurrieron como quizás se esperaba. Las nuevas ideas en el tratamiento de los locos podrían resultar sospechosas, como cualquier otra renovación en el ámbito de la medicina. Esto por dos motivos fundamentales: una fuerte crisis económica que duraría hasta la década de 1840 y que lógicamente obstaculizaba cualquier inversión en el campo de la salud y una fuerte represión a los intelectuales liberales españoles y el exilio de estos durante el último reinado de Fernando VII, en la década de 1820. En resumen, en España, durante las primeras décadas del siglo XIX, “las ideas 'revolucionarias' en cuanto a la asistencia psiquiátrica” quedaron estancadas, porque corrían un alto riesgo al ser consideradas peligrosas por el absolutismo³¹ (AZTARAIN DÍEZ, 2005, p. 71).

Si bien a nivel de la nación española se percibió un desfase en el tratamiento de la locura respecto de otros países de Europa, sobre todo respecto a Francia, de alguna manera la influencia de los franceses continuó. Según Novella (2016) durante el período de crisis por el absolutismo, la mayoría de los médicos españoles que viajaban a los otros países europeos se encontraban exiliados, permitiéndoles que el intercambio de información continuase, la mayoría de las veces a través de artículos de prensa, traducciones de textos, de contactos académicos, siendo una parte de estos contactos psiquiatras franceses.

Pero no solo los médicos que se formaban bajo el paradigma francés eran exiliados. Algunos de ellos, pasaban periodos de formación en las instituciones médicas francesas, a partir de los lazos de intercambio que estas tenían con colegios de medicina españoles, como los Reales Colegios de Barcelona, Madrid y Cádiz. Particularmente el Real Colegio de Cádiz tenía una reputación excelente debido a que

³¹ Sobre el absolutismo durante el último reinado de Fernando VII en España ver: La España de Fernando VII (CORTEZO, 2001).

algunos de sus médicos “iban a estudiar a Francia las más modernas técnicas y conocimientos” (GONZÁLEZ, 2010a, p. 65).

Por tanto, no es casualidad que el médico andaluz Tomás Pintado, formado en el prestigioso colegio de Cádiz, estuviese influido por las ideas de la psiquiatría francesa, tal como lo demostró su interés en desempeñarse como alienista a su llegada a Cuba. No se tiene suficiente información biográfica sobre este médico que nos permita saber si su interés por el alienismo fue porque realizó algún periodo de formación en Francia, si algún maestro suyo fue alumno de los alienistas franceses o si su deseo surgió simplemente por la lectura de los textos emblemáticos de la psiquiatría de aquel país. Lo que sí es comprobable es que, prefería dedicarse a la locura que a la cirugía.

Sobre la situación de Pintado después de su llegada a La Habana, De Armas (2016) afirma que el médico gaditano, después de obtener el permiso del protomedicato para ejercer como cirujano, pasaría los dos siguientes años intentando ser admitido como alienista en la Casa de Dementes, sin resultado alguno. En ese periodo, lo máximo que logró fue la publicación en 1827 de un pequeño texto de apenas 42 páginas titulado “Breve exposición sobre la locura o trastornos mentales extractada de los autores modernos más célebres que han escrito sobre esta materia” (TRELLEZ, 1919). La publicación de este folleto no significó que se despertase entre los médicos cubanos y españoles residentes en la Isla el interés por los nuevos enfoques de la locura y mucho menos entre un sector de la población interesada en esos temas, sino que, por casualidad, Juan Roquero, quien era el dueño de una pequeña y recién estrenada imprenta era también andaluz. Así, se trataba más bien de un favor entre coterráneos que de una estrategia editorial.

El pequeño libro en cuestión no tuvo mucha trascendencia, aunque fue aprobada su publicación por el protomedicato y el alcalde de La Habana, Francisco Filomeno Ponce de León había dado su visto bueno. De esa manera, Pintado buscaba introducir en el país las obras de Pinel y Esquirol, pero, sobre todo, como coloca De Armas (2016), el pequeño libro le podía servir como carta de presentación ante el gremio médico cubano, haciéndolo parecer un experto en materia de locura y justificando así su contratación como alienista.

La pomposa dedicatoria que le hace Pintado al alcalde de La Habana resulta una excelente demostración de su verdadera intención: conseguir el favor del alcalde,

sobre todo porque este era el principal responsable por la implementación del nuevo asilo para dementes. El andaluz comienza así:

Al Sr. Francisco Filomeno Ponce de León, Caballero Comendador de la Real y distinguida Orden Americana de Isabel la Católica, Auditor de Guerra honorario de Ejército y Provincia, segundo de Marina de este Apostadero, y Alcalde ordinario de primera elección de esta siempre fidelísima ciudad de la Habana (PINTADO *apud* DE ARMAS, 2016).

Desde el punto de vista teórico el libro de Pintado no hacía ningún aporte a las teorías de la medicina mental, lo que no le quita el mérito de ser el primer texto sobre psiquiatría que se publicó en Cuba. Veamos un fragmento de su texto:

En los plausibles días en que va a franquearse a los dementes un asilo, tanto más grato a la sociedad cuanto se apartan de su vista los tristes espectáculos de miseria y horror que ocasionan estos infelices, y en los que con tanta frecuencia exponen su vida, nada me parecía más adecuado que el presentar al público, que siempre desea adquirir noticias sobre las dolencias humanas, una breve exposición de las causas, síntomas, progreso y curación de la enajenación mental, distinguiendo por sus nombres las diferentes especies, y aplicando a cada una las observaciones oportunas sacadas de la práctica moderna y antigua más recomendable (PINTADO *apud* DE ARMAS, 2016).

Este libro le debía servir a Pintado para ser admitido como alienista en el hospital de dementes (DE ARMAS, 2016). El principal argumento para defender sus ideas era la apelación a un supuesto interés por parte de la población cubana en el tema de la locura y no tanto el provecho que pudieran haber extraído los médicos de la época de esas teorizaciones. Es decir, su carta la jugaba para atraer al público lego, lo que quizás le traería mucha más simpatía que por parte de sus colegas de la medicina. La implicación de la población en estos menesteres, la lógica de la compasión piadosa³² y la amplificación del discurso psiquiátrico bajo el pretexto de la higiene social será, un siglo después, uno de los fundamentos del movimiento de higiene mental y también será un alienista influido por las ideas francesas, el responsable por introducirlo en aquel país caribeño. Pero eso es tema de un capítulo posterior.

Como es lógico, Pintado comienza por presentar al más famoso de los psiquiatras franceses, Phillipe Pinel, a sus lectores. Unos pocos años antes el alienista francés había publicado su *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, así que sería un golpe de efecto si él fuese el primero en introducir en Cuba su

³² Ver el libro *Da Compaixão à Solidariedade. Uma genealogia da assistência médica*, de Sandra Caponi (CAPONI, 2004).

traducción y lectura personal. El primer punto que destaca Pintado del libro de Pinel es el “tratamiento moral”. No deja de elogiarlo y calificarlo de “método suave y arreglado (...) dominado de la más sublime filosofía” (PINTADO *apud* DE ARMAS, 2016).

Destaca Pintado que uno de los grandes aportes de Pinel radicaba en “los sentimientos filantrópicos que le estimularon a descargar a los enajenados de las pesadas cadenas que los abrumaban y consumían, determinando las mejoras que en toda Europa se han realizado respecto a los locos” (PINTADO *apud* DE ARMAS, 2016).

La referencia de Pintado a la escena de Pinel rescatando a los locos de sus cadenas³³ refuerza la afirmación sobre la fama mundial de aquel *performance* del alienista francés, que como afirma Foucault en *Le Pouvoir Psychiatrique*, tuvo una enorme repercusión en la época y marcó el nacimiento de la psiquiatría. Además, la “liberación” de los locos colocó a la figura del médico en el centro del dispositivo de curación de la locura, o más bien, en un lugar de mayor importancia y jerarquía desde el cual se le facilitaría el ejercicio del poder (FOUCAULT, 2006). En ese sentido, afirma Foucault que la importancia de tal escena se debe a que “pone en juego lo que podía ser, desde esa época, la práctica psiquiátrica como manipulación regulada y acordada de las relaciones de poder” (FOUCAULT, 2006, p. 26, traducción personal).

Como segundo punto, Pintado propone una definición de la enajenación mental que no se diferencia mucho de la aportada por Pinel. Para Pinel (2007), la enajenación mental se trataba de un trastorno de las funciones del entendimiento sin implicación cerebral por daño orgánico y de forma similar, el médico andaluz la definía como “desarreglos o perturbaciones de los sentimientos, la razón o las ideas” (PINTADO *apud* DE ARMAS, 2016). Al mismo tiempo, proponía clasificar a la enajenación mental en las diferentes formas propuestas por Pinel: manía, melancolía, demencia e idiotismo (CAPONI, 2009). Por otra parte, Pintado también echa mano a las elaboraciones de Esquirol. De modo específico, tomará los conceptos de *mélancolie* y de *monomanie* del alienista francés, definiéndolo a la primera como “delirio sobre un solo objeto” y a la segunda como “la más propia denominación últimamente dada a esta enfermedad” (PINTADO *apud* DE ARMAS, 2016).

³³ “Esa escena es la famosa escena de Pinel que, en lo que no era exactamente un hospital, en *Bicêtre*, retiró las cadenas que prendían a los locos furiosos en el fondo de su mazmorra” (FOUCAULT, 2006, p. 26, traducción personal).

Anteriormente Pinel (2007), maestro de Esquirol, había dividido la locura en cuatro categorías (manía, considerada como un delirio general; melancolía, considerada como un delirio parcial, ya sea tristeza o euforia; demencia e idiotismo). En cambio, Esquirol, afina un poco más la clasificación de su maestro dividiendo a la melancolía en dos formas: monomanía y lipemanía (LEFEBVRE, 1988), sin perder de vista su rasgo característico: la fijación hacia un objeto específico, es decir, lo que caracterizaría a la melancolía sería que “su delirio es exclusivo, fijo y permanente” (ESQUIROL, 1819, v.32, p. 148, traducción personal).

Esquirol, de esa forma, construye el concepto de monomanía juntando las dos palabras griegas *μόνο* (*móno*, solo) y *μανία* (*manía*), mostrando así que, en esta forma particular de melancolía, el delirio estaría “asociado a un solo objeto o a un pequeño grupo de objetos con excitación y predominio de una pasión alegre y exuberante” (ESQUIROL, 1838, p. 22, traducción personal). En cambio, el concepto de lipemanía la construye con las palabras griegas *θλίψη* (*thlípsi*-tristeza) y nuevamente *μανία* (*manía*). Si en la monomanía se trataba de una excitación y una alegría exuberante, en la lipemanía ocurriría exactamente lo contrario: habría un “delirio sobre un objeto o un pequeño grupo de objetos con predominio de una pasión triste y depresiva” (ESQUIROL, 1838, p. 22, traducción personal).

En el caso de los tratamientos y siguiendo al pie de la letra las elaboraciones de sus referentes franceses, Pintado defiende el tratamiento moral y coloca en su texto nuevos extractos de las obras de Pinel y Esquirol, traducidos por él mismo. De la misma forma, realiza algunas alusiones al papel del psiquiatra como perito en aquellos casos en que se hubiesen cometido crímenes y resultase necesario determinar la existencia de locura y por tanto declarar al reo como inimputable.

Tal como afirma Marques de Armas (2016), la intención de Pintado por detrás de la presentación al público cubano de los más recientes aportes en la psiquiatría no era otra que granjearse un lugar como especialista en temas de locura. El propio Pintado lo declara de la siguiente forma: “la mayor parte no es otra cosa que la traducción de autores reconocidos, entre los cuales se encuentra algún autor tan moderno, que aún no han llegado aquí remesas considerables de su obra” (PINTADO *apud* DE ARMAS, 2016).

A pesar de ese esfuerzo, el destino de Pintado no era trabajar en el manicomio cubano. Quizás las nuevas elaboraciones europeas sobre la gestión de la locura llegaban a Cuba demasiado temprano. Si seguimos las elaboraciones de Robert

Castel al respecto, en su libro *A ordem psiquiátrica* (1978), es posible entender que, a pesar de que a partir del siglo XVIII la categoría de demente comienza a adquirir nuevas definiciones, “tales diferenciaciones dicen respecto a las exigencias de gestión y de disciplina interna y no a la preocupación de realizar diagnósticos y tratamientos” (CASTEL, 1978, p. 28, traducción personal).

A pesar del fracaso de Pintado, algunos psiquiatras cubanos como Gustavo López y Armando de Córdova, quienes en algún momento dedicaron textos a la historia de la psiquiatría en Cuba, lo sitúan ejerciendo como médico alienista en la Casa de Recogidas de San Juan de Nepomuceno, en un espacio destinado a las mujeres dementes o como director honorario del asilo para dementes³⁴. Hasta el momento parecía que para el gobierno de la Isla bastaba con tener estos lugares, el asilo San Dionisio y la Casa de Recogidas, como simples almacenes para la locura. Esto ocurría así por, al menos, dos motivos. El primero de ellos era la comprensión dentro del campo la medicina de la locura como incurable y el segundo, la resistencia de la iglesia católica hacia reformas en el plano asistencial.

Sobre el primer motivo, tenemos que, en aquella época el prejuicio hacia la enfermedad mental como un estado desahuciado todavía era predominante, incluso en Francia, donde ya se concebían nuevas ideas sobre cómo tratarla. En ese sentido, el ilustrado alienista francés Joseph Daquin, en su libro *La Philosophie de la Folie* lamentaba el hecho de que

Pocos autores se han dedicado siquiera a la observación de los locos, y menos aún a su tratamiento; ya sea por el miedo que inspiran, o por el disgusto que conlleva el cuidado que se les debe dar, o quizás por el prejuicio demasiado fatal en el que la mayor parte de los médicos han de considerar esta enfermedad como casi incurable; comúnmente piensan que tan pronto como un hombre da señales de la demencia, debe cerrarse inmediatamente porque puede dañar similar, o porque ya no les puede ser de ninguna utilidad (DAQUIN, 1804, p.9-10, traducción personal).³⁵

Sobre el segundo motivo, explica González (2010), que, tanto en España como en Cuba, la iglesia católica resistía a la entrada de nuevas ideas revolucionarias pues temía perder su hegemonía sobre la enseñanza de la medicina, dominada por las ideas de Galeno. En la misma dirección, la introducción de especialidades médicas

³⁴ Gustavo López “Los locos en Cuba”, La Habana, 1899 y Armando de Córdova “La locura en Cuba”, La Habana, 1940 (DE ARMAS, 2016).

³⁵ Según afirma Huertas (2017), Joseph Daquin es considerado pionero del movimiento alienista y del tratamiento moral, aunque su obra haya sido eclipsada por los textos de Pinel.

como el alienismo supondría una pérdida de terreno, sobre en lo concerniente a las instituciones asistenciales. La obstinación de la iglesia también beneficiaba al gobierno de la Isla, permitiéndole mantener su control sobre la población sin muchos sobresaltos causados por revoluciones filosóficas y científicas (GONZÁLEZ, 2010a).

Lo cierto es que, como afirma De Armas (2016), cuando quedó finalmente inaugurado el nuevo asilo para dementes de Cuba, ya el médico Pintado se encontraba laborando exitosamente en la ciudad de Matanzas, ocupando diversos cargos tales como cirujano de la marina, como médico del Hospital Militar y de la Casa de Beneficencia, secretario de la Junta de Sanidad, director del Hospital de Santa Isabel y subdelegado de medicina hasta su fallecimiento en 1880.

Que el médico andaluz haya o no ejercido finalmente como alienista en esos espacios no resulta tan relevante puesto que todavía faltarían algunos años para que en la Isla caribeña comenzara a pensarse y sobre todo a estructurarse un aparato médico de gestión de la locura. “La referencia médica tendrá, entonces, un sentido enteramente diverso: de subordinada pasará a ser preponderante, ya que constituirá el eje del nuevo equilibrio” (CASTEL, 1978, p. 28, traducción personal).

2.2 UNA MEDICINA DE EXCLUSIÓN

Las epidemias de cólera fueron unas de las peores pesadillas de los habitantes de la Villa de San Cristóbal de La Habana. En febrero de 1833 el cólera llegaba por primera vez a la Isla de Cuba, como lo había hecho unos años antes en Europa. Nuevamente, en 1850 y 1854 el país volvía a ser azotado por el cólera.

Los altos niveles de contagio y la rápida propagación de la enfermedad colocaron al problema de la higiene pública en el centro de los debates entre funcionarios del gobierno, la población y los sanitaristas. A pesar de las advertencias sanitarias de posibles epidemias, así como de la creación de estrategias y estructuras administrativas encargadas de la fiscalización de las zonas con más problemas de higiene y de la recogida de desechos La Habana continuaba afectada por un paisaje lamentable, donde se acumulaban montones de basura frente a las viviendas, los que a su vez impedían la libre circulación de las aguas después de los aguaceros, que finalmente quedaban empozadas (DENIS, 2003).

La llegada del cólera y la repetición de las epidemias en cortos intervalos de tiempo fueron un pretexto adecuado para deshabilitar finalmente al Real

Protomedicato, el cual hacía tiempo daba muestras fehacientes de su obsolescencia. El Protomedicato dio paso a la Junta Superior de Sanidad, que, aunque había sido creada a principios del siglo XIX, no funcionaba todavía de manera muy efectiva. Poco a poco las autoridades médicas fueron ocupando un lugar protagónico en la vida pública y su discurso comenzó a influir significativamente en el desarrollo de estrategias higienistas. La medicina francesa, portando la bandera de la “limpieza y la higiene ambiental” se transformaba finalmente en el nuevo paradigma de los higienistas cubanos (DENIS, 2003, p. 19)³⁶.

Una de las poblaciones más vulnerables y por tanto más afectadas por las epidemias de cólera en Cuba fueron los esclavos africanos. Según afirma Denis (2003), por causa de la alta mortalidad que provocó el cólera entre los esclavos, en el occidente del país fue reemplazada una quinta parte de las dotaciones. Por tanto, “la amenaza representada por el cólera estimulará el desarrollo de nuevas estrategias discursivas y operativas en materia de salud” (DENIS, 2003, p. 13).

Estas estrategias derivarían en la implementación de algunos mecanismos profilácticos que rápidamente demostraron su ineficacia. Entre ellos, se aplicaron cuarentenas en los puertos para los tripulantes de los barcos comerciales que arribaban a la Isla, se llevaron a cabo limpiezas y desde el punto de vista espiritual se realizaron procesiones religiosas invocando la piedad divina y la salvación del destino funesto que se avecinaba para los cubanos. Pero las plegarias no fueron atendidas y la cuarentena y la limpieza no consiguieron detener el avance del cólera, por lo que, en un último esfuerzo, más individual que colectivo, los habaneros optaron por el aislamiento en sus casas (DENIS, 2003).

Tal como ocurrió con las otras dos epidemias posteriores, el cólera se propagó rápidamente por la capital y después por el resto país, afectando a cualquier individuo sin distinción de clase o razas. A pesar del cólera no diferenciar clases ni color de la piel, ciertamente la población pobre, los desamparados, los enajenados y la población negra fueron siempre las más afectadas. El cólera, así como otras enfermedades contagiosas colocaba a las poblaciones pobres y marginadas en una suerte de doble vulnerabilidad, pues al tiempo que carecían de recursos básicos para poder prevenir

³⁶ La influencia francesa en la medicina ya venía ocurriendo desde décadas pasadas, siendo el destacado sanitarista cubano Tomás Romay uno de sus más claros ejemplos.

y enfrentar ese tipo de dolencias, las clases privilegiadas, entre las que se encontraba también la élite médica, los colocaba como una de las fuentes principales de contagio.

El destacado intelectual cubano José Antonio Saco en *Carta sobre el cólera morbo asiático en Cuba* afirmaba que “La gente pobre así por su muchedumbre, como por la falta de recursos, ya para precaverse y curarse, ya para huir de los lugares infestados, es la que en general sufre más el rigor de la epidemia” (SACO, 1833, p. 23-24). Saco proponía además la recogida de fondos tanto por parte del gobierno como de las instituciones caritativas para ayudar en la prevención del contagio entre los pobres.

Uno de los sectores de la capital donde más víctimas causaba el cólera era La Habana de extramuros, siendo los pobres y desamparados junto a la población negra (esclavos y emancipados), los más afectadas. En ese sentido fue el barrio de San Lázaro, alojamiento del Hospital de leprosos, del Cementerio General, de la Casa de Beneficencia y del Asilo para enajenados, donde se reportaron los primeros casos en el primer brote de 1833.

Dentro de este grupo una de las instituciones más afectadas por el cólera en esa zona fue la Casa de Beneficencia y su correspondiente dependencia del asilo para dementes. Para tener una idea, en la Casa de Beneficencia en los primeros días de la epidemia de 1833, fallecieron 18 niños, de los 28 que había en aquel local, en cambio, en el departamento de niñas, de las 79 que había fallecieron solo 2. En el Departamento destinado a mujeres dementes dentro de esta casa, de 48 mujeres fallecieron 11. Por otra parte, en el Asilo de Dementes “San Dionisio”, de los 92 pacientes internados en aquel momento, fallecieron 25 (SACO, 1833).

Las siguientes epidemias de cólera, en 1850 y 1854 volvieron a cobrar una cifra importante de vidas dentro del asilo San Dionisio (MUÑOZ, 1866a; REPÚBLICA DE CUBA, 1930). Tal situación era alarmante al punto que el rector de la Casa de Beneficencia había declarado finalmente en 1851 que la Casa de Beneficencia no podía continuar ocupándose de los enfermos mentales, teniendo en consideración que esta institución había sido concebida sobre todo para albergar a la niñez desamparada (HYNSON, 2009). A pesar de que el asilo San Dionisio contaba con su propia edificación, este continuaba bajo la jurisdicción administrativa y el amparo económico de la Casa de Beneficencia (MUÑOZ, 1866a).

Tal como ocurría en Europa las epidemias de cólera en la década de 1830 despertaron el temor hacia las clases pobre y obrera, asociados a peligros sanitarios

y políticos, lo que conllevó a una reestructuración de espacios urbanos, a fin de evitar la convivencia entre pobres y ricos, por temor al contagio de estos últimos. La figura del loco era colocada nuevamente en el grupo de los peligrosos para la sanidad y aplicada sobre ella lo que Foucault llama de “medicina de exclusión” o también “mecanismo de exclusión”, el cual tenía como finalidad “la purificación del medio urbano” (FOUCAULT, 1996, p. 62).

De esa forma, la solución apareció en un sitio más alejado aún de la ciudad, en un espacio destinado inicialmente al albergue de esclavos y emancipados impedidos de trabajar por vejez o enfermedad. El Capitán General de la Isla de Cuba en aquel momento, José de la Concha había encargado al obispo de La Habana Francisco Fleix Soláus que buscara un sitio apartado, alguna finca en desuso donde pudiese establecerse un asilo para estas personas y de esa forma, ponerse a tono con los estándares europeos de “limpieza” de los establecimientos caritativos. Es decir, las instituciones benéficas como la Casa de Beneficencia, aunque destinadas a los pobres, no podían permitirse alojar a las personas negras desamparadas (HYNSON, 2009).

Pronto se unirán a ellos los locos, quienes, a los ojos del gobernador de la Concha parecían desentonar igualmente en el paisaje benéfico y sanitario de La Habana. Tal como afirma Hynson (2009), era muy importante para las autoridades mostrar al mundo una nueva Cuba y modificar la imagen que se tenía de ella como un país con poca higiene y desordenado. Este era el principal motivo y no tanto la preocupación por la alta tasa de mortalidad entre los enfermos. Lo demuestra además la licencia otorgada por el gobernador para recluir igualmente allí a cualquier individuo considerado socialmente peligroso que no pudiera ser imputado por algún delito y por tanto enviado a las cárceles (HYNSON, 2009).

Realizadas las diligencias necesarias, en 1856 se comienza la construcción de un nuevo asilo en un terreno llamado “potrero Ferro”, pero pronto cambió su nombre por “Mazorra”, debido a que hasta ese momento había sido propiedad de un hacendado llamado José Mazorra³⁷. Si bien su concepción inicial fue para alojar a los esclavos y emancipados impedidos de trabajar, la llegada de los pacientes del Asilo

³⁷ Este hospital, a pesar de haber sido bautizado a lo largo de su historia con varios nombres oficiales como Asilo General de Enajenados, Hospital General de Dementes u Hospital Psiquiátrico de La Habana, continúa siendo conocido popularmente como Mazorra.

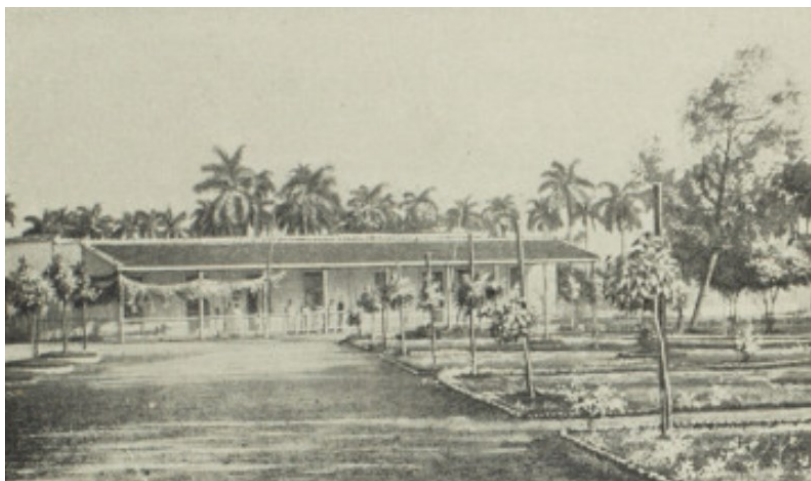
San Dionisio terminando el año 1857 y las de la Casa de Beneficencia pocos años después, rápidamente definieron su función de asilo para dementes.

Trasladar a los pacientes del asilo San José para un lugar más amplio y al mismo tiempo más alejado de la ciudad no era solamente un movimiento de reacomodación urbana con fines sanitarios e de defensa social, sino que, implicó además la entrada del discurso médico en el tratamiento de la locura, o más bien, su asunción de un lugar protagónico. No solo se amplió el espacio físico para tratar a los locos, sino que la nomenclatura cambió, ya no fue más Asilo San Dionisio, sino Asilo General de Enajenados de la Isla de Cuba³⁸. En el propio cambio de nombre de la institución ya se vislumbra la entrada del discurso médico en la gestión de la locura. Si “San Dionisio” cargaba un sentido más religioso, ocupando la iglesia el papel protagónico en la gestión de la locura, con el nuevo nombre y en el nuevo lugar aparece otro simbolismo, el del saber psiquiátrico.

Figuras 8 y 9 - Asilo General de Enajenados de la Isla de Cuba ‘Mazorra’



³⁸ Existen varios textos donde pueden ser consultadas descripciones detalladas sobre las características físicas y el funcionamiento del Asilo General de Enajenados, entre los cuales está el libro *Casa de Locos de la Isla de Cuba*, del psiquiatra cubano José Joaquín Muñoz (1866), *La Fundación del Hospital de Mazorra. Datos históricos*, de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia de Cuba (1930) y *Madhouse. Psychiatry and Politics in Cuban History*, de la historiadora Jennifer Lambe (2018), entre otros.



Fuente: Segunda Conferencia Nacional de Beneficencia y Corrección de la Isla de Cuba (ESPERON, 1904).

Pero el discurso médico y el saber psiquiátrico no se introdujo en el nuevo asilo tan rápido como pudiera parecer. En ese sentido, por ejemplo, el psiquiatra José Joaquín Muñoz, reconocido como el primer especialista de esa rama en Cuba, reclamaba que, a pesar de la amplitud del espacio (1,5 Km) y de estar ubicado en un espacio rodeado de naturaleza, lo que debía ser beneficioso a los pacientes, el diseño de los edificios no era el más adecuado a esos fines, por haber sido dejado en las manos de arquitectos militares y no haber tenido en cuenta la opinión médica.

Este punto, mencionado de pasada por el psiquiatra en su libro *Casa de Locos de la Isla de Cuba* (MUÑOZ, 1886a), merece ser leído con mayor detenimiento. Veamos por qué el detalle de la responsabilidad por la ejecución de las obras, aparentemente no muy significativo, se convirtió en objeto de críticas posteriormente. En primer lugar, Muñoz denunciaba que existían problemas constantes con la distribución del agua, que, si bien se comprende su importancia para cualquier hospital, por causa de los cuidados que deben tenerse con la higiene, la cuestión radicaba en el uso del agua como recurso terapéutico.

Habíamos visto en el capítulo anterior que, en San Dionisio, primer asilo destinado a los enajenados, además del uso del asilamiento, del encierro y la contención mecánica a través de celdas de castigo y cepos, estos últimos reservados a los llamados “furiosos”, se usaban además la hidroterapia, en forma de afusiones y duchas frías, también conocidas como “baños sorpresa”, partiendo del principio de que, provocándole sustos a los pacientes en estados de agitación, estos se calmaría.

Tales procedimientos seguirían usándose en el nuevo manicomio, pero el que más recursos naturales demandaba era el de la hidroterapia. No obstante, ese hecho era manejado por los médicos y no por los arquitectos encargados de las edificaciones, lo que apunta a que ese saber sobre las formas de gestionar la locura todavía no era tenido muy en cuenta a la hora de tomar decisiones estratégicas como la distribución de espacios. En segundo lugar, Muñoz denunciaba que,

queriéndose hacer las habitaciones muy ventiladas y claras, se fue más allá de los límites señalados por la ciencia y se dieron a esas habitaciones, dimensiones excesivas; multiplicando más de lo regular las celdas de fuerza y omitiendo de un modo absoluto las divisiones y separaciones tan necesarias para la clasificación de los enfermos (MUÑOZ, 1866a, p. 23).

Por tanto, en aquella época la concepción predominante en la gestión de la locura en Cuba priorizaba la distribución de los espacios físicos, como salones ventilados y bien iluminados, aunque enrejados, pero también una cantidad suficiente de celdas para contener a los pacientes. Sin embargo, otros procedimientos que ya existían en el campo de la psiquiatría, colocados como prometedores y “modernos”, por ejemplo, el tratamiento moral propuesto por la psiquiatría francesa, todavía no eran aplicados.

También Muñoz (1866a), se quejaba de que no se hubiese colocado en la administración del asilo a algún médico especialista en enfermedades mentales y se continuase con la vieja estructura del mayordomo como autoridad superior, seguido de un grupo de vigilantes y sirvientes. El funcionamiento del asilo, garantizado por estos personajes era bien simple: el mayordomo se ocupaba de la dirección general del establecimiento, y los vigilantes, armados de un bastón hecho de cuje³⁹ patrullaban el lugar velando por el orden interior, garantizando que los peligrosos y los furiosos se mantuviesen en sus calabozos, sin hesitar en valerse de los golpes para resolver cualquier tipo de conflicto entre los pacientes. En el caso de las mujeres, la estructura era la misma, solo que la función de vigilancia estaba a cargo de las Hermanas de la Caridad⁴⁰, las que también empleaban el castigo físico con las pacientes consideradas problemáticas, pero en vez de usar un bastón de cuje, usaban látigos (MUÑOZ, 1866a).

³⁹ Especie de tallo largo de madera usado en Cuba para diversos fines.

⁴⁰ Congregación dedicada sobre todo al cuidado de enfermos en hospitales y casas de beneficencia. Las Hermanas de la Caridad se instalaron en Cuba a finales de la década de 1840 (CARMONA, 2008).

Ahora bien, un elemento que aparece con más fuerza en esta época era el uso de los pacientes en las labores productivas, que poco tiempo después y ya tomado desde la perspectiva del tratamiento moral, le fue dado un matiz terapéutico, decorándose con el nombre de laborterapia. Regularmente los pacientes del nuevo asilo eran llevados a trabajar durante ocho horas diarias en las canteras para la extracción de piedras que serían usados en obras de construcción en otros sitios, pero también se les ocupaba fabricando ladrillos y tejas o en hornos de cal (MUÑOZ, 1866a).

Siguiendo a Foucault, en *Historia de la locura* (2005), vemos que la lógica de la internación del loco, el modelo de Hospital General, antes de responder a fines médicos, respondía al imperativo del trabajo, a la condenación de la ociosidad. Asociados directamente a los vagos, a los mendigos y vagabundos los dementes también serán obligados a trabajar y, este método, aunque bajo diferentes nomenclaturas, será una constante a lo largo de la historia de la psiquiatría en Cuba.

El saber médico fue introduciéndose poco a poco en la gestión de la locura en Cuba, no sin demoras, retrocesos y conflictos que giraban en torno a la administración del Asilo General para Dementes. La resistencia a transformar los estilos de gestión y permitir que la medicina de alienados comenzase a funcionar efectivamente venía desde antes. En ese sentido debemos recordar los esfuerzos vanos del médico andaluz Tomás Pintado por hacerse un nombre como alienista en Cuba en la década de 1820.

El poder que las autoridades eclesiásticas ostentaban, ocupando los espacios de beneficencia y sus labores asociadas no iba a perderse de una forma fácil. Un ejemplo de ello es que el traslado de las pacientes internadas en la Casa de Beneficencia para el asilo general demoró alrededor de siete años, no solo porque la construcción de un espacio propio avanzaba de forma muy lenta, sino porque, y esto es lo más significativo, era muy difícil hallar enfermeras por fuera de las congregaciones religiosas y las Hermanas de la Caridad que estaban a cargo de las mujeres dementes en la Casa de Beneficencia eran solo dos. Por tanto, para poder ampliar el número de pacientes en el nuevo asilo, necesitaban el servicio de algunas más y para la administración del lugar no podían ser otras que las Hermanas de la Caridad.

De esa forma, hubo que esperar la llegada al país de otro grupo de esta comunidad religiosa para que se ocuparan de las labores de enfermería y asistencia

general a las mujeres dementes. Obviamente eso dependía del concurso de las autoridades eclesiásticas cubanas y de la propia Orden de San Vicente de Paul, que es donde se agrupan las Hermanas de la Caridad.

Este elemento se unió a la atmósfera de conflicto permanente que se apoderó del asilo luego de la contratación de José Joaquín Muñoz como primer alienista del lugar y su posterior designación como director médico en 1863. Muñoz se había formado en París como discípulo de Jules Baillarger en 1861 y una de sus primeras acciones cuando llegó a Cuba fue traducir del francés y publicar una serie de textos de su maestro en forma de libro, que apareció bajo el nombre de “Tratado de Alienación Mental. Lecciones del Dr. Baillarger, médico del Hospicio de *La Sâlpêtrière* de París, recogidas y redactadas en castellano con algunas notas de José Joaquín Muñoz” (MARQUES DE ARMAS, 2014). Este sería el segundo intento por introducir en Cuba las nuevas teorías de la medicina mental francesa a través de publicaciones.

Muñoz, a pesar de correr con mejor suerte que Tomás Pintado al ser efectivado como alienista, no consiguió por mucho tiempo mantenerse en el cargo ni soportar la atmósfera de hostilidad hacia los modernos métodos que intentó poner en práctica en el asilo de Mazorra. Su propio texto *Casa de Locos de la Isla de Cuba* (1866), escrito después de su retorno a París, es una especie de testimonio de sus frustraciones al respecto.

Lo que ocurría era que, en ningún momento, desde su posición como director médico, Muñoz pudo ejercer un poder real sobre la gestión de los pacientes del manicomio, pues, a pesar de haberse determinado por la Junta de gobierno y vigilancia del asilo que la administración del lugar debía ser conjunta, entre él y el administrador, en la práctica esto no sucedía. Aunque a él se le subordinaran los empleados y subalternos de la Casa, y tuviera facultades para suspenderlos, estas exceptuaban “al Administrador depositario, Contador, Médico-cirujano, Capellán, Hermanas de la Caridad y empleados de las oficinas de la Administración y Contaduría” (JUNTA DE GOBIERNO DE LA CASA GENERAL DE DEMENTES DE LA ISLA DE CUBA, p. 16).

El administrador, que al mismo tiempo era el tesorero, el mayordomo y las Hermanas de la Caridad, continuaron siendo las principales figuras de autoridad de facto y los decisores en todas las cuestiones que afectaban el funcionamiento del asilo y la vida de los pacientes. El resto del personal (sirvientes, vigilantes, etc.), respondían tanto a ellos como al director médico, al menos de forma oficial, porque por lo que

coloca Muñoz en su texto, en la práctica estos se subordinaban al administrador (MUÑOZ, 1866a).

Es posible ver que la distribución de las facultades y los cargos era desigual, pues la mayoría estaban ocupados por personal no médico, lo que obviamente dificultaba más el trabajo del alienista en la Casa de Dementes. Ciertamente la contratación en el asilo de un médico especialista en enfermedades mentales, formado en Francia y su posterior nombramiento como director médico, respondía al interés de la Junta de Gobierno de la Casa de Dementes por introducir el discurso médico y por tanto el saber de la psiquiatría en la gestión de la locura en Cuba, lo que puede ser entendido como un movimiento dirigido a entrar no circuito da modernidad europea. No obstante, en el universo del manicomio, el ejercicio del poder todavía estaba en manos de la iglesia y de una administración que funcionaba desde la lógica benéfica.

Una de las pocas medidas que consiguió implementar José Joaquín Muñoz como director médico del asilo y amparado en el saber psiquiátrico fue la clasificación y distribución de los pacientes según categorías más o menos simples: los agitados y furiosos en un sector alejado dentro del hospital, los “sucios tranquilos” en una sala exclusiva, los epilépticos también en una sala exclusiva y por último a los que realizaban trabajos fuera del hospital en dos salas separadas del resto (MUÑOZ, 1866a).

A parte de eso, el propio Muñoz reconoce que no consiguió introducir nuevas formas de tratamiento ni modificar las existentes. La separación de los locos agitados y furiosos del resto, así como las otras divisiones al interior del asilo (epilépticos y aquellos que trabajaban fuera), fueron una tímida señal del nacimiento de una “estrategia médica”, aún prematura (FOUCAULT, 1975). La cuestión de la clasificación de los alienados y su separación por “especies” dentro del asilo era un tema ampliamente tratado por Pinel, en su Tratado Médico-filosófico. Por tanto, la organización impulsada por Muñoz demuestra claramente la influencia de la psiquiatría francesa sobre él⁴¹.

⁴¹ Pinel (2007), insistía en la necesidad de mantener a las diferentes “especies” de pacientes aislados como parte del reglamento de policía interna que debían cumplir los asilos. Así, según él, podían prevenirse las recaídas, ejecutar de una manera más eficiente las propias normas del reglamento asilar y evitar que apareciesen “anormalidades” tanto en el desarrollo de la enfermedad como en los síntomas a los cuales el médico debía estar atento (PINEL, 2007).

De cualquier forma, en el asilo Mazorra la distribución de los pacientes por categorías de peligrosidad/utilidad no tuvo mayor significación que la puramente administrativa y mucho menos representó el abandono de una estrategia disciplinar, teniendo al cepe y los golpes como métodos predilectos de corrección, los cuales, según el alienista Muñoz hubieran podido ser sustituidos por la “camisa de fuerza” o las “celdas de aislamiento” (MUÑOZ, 1866a, p. 59). Tampoco significa que los métodos propuestos por él (camisa de fuerza y celdas) como tecnología de corrección fueran muy diferentes de los anteriores, respondiendo de igual forma a aquel modelo disciplinar característico de los asilos en aquella época, que según apunta Foucault, tenían como objetivo primordial la corrección y el adiestramiento corporal (FOUCAULT, 2006).

A pesar de los intentos, no podemos hablar todavía de un ejercicio del poder psiquiátrico en Mazorra, sobre todo porque, como ya hemos visto, este poder se encontraba limitado por otro poder, el de la iglesia, el cual ocupaba mayoritariamente los espacios de atención benéfica en el país. La creación de la Casa General de Dementes, aunque implicó la introducción de la figura del alienista, todavía estaba lejos de constituir una ruptura con el modelo asilar.

Poco tiempo después, el alienista Muñoz, decepcionado por no haber podido poner en práctica su saber, abandona el país y retorna a Francia, quizás con la esperanza de encontrar un mejor lugar donde ejercer. Veremos el nacimiento y consolidación del discurso psiquiátrico en un espacio diferente al del manicomio: en los debates académicos y en las publicaciones médicas. Por lo menos hasta principios del siglo XX que efectivamente será aplicado en los pabellones del hospital de dementes.

2.3 LA PSIQUIATRÍA EN LOS SALONES DE LA ACADEMIA

A mediados del siglo XIX los científicos cubanos comienzan a agruparse en asociaciones, tal como acontecía hacía tiempo en Europa, teniendo como paradigmas a la Real Sociedad de Londres y a la Academia de Ciencias de París y también en las colonias europeas de América (PRUNA, 2001). En Cuba se creó la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales en 1861 con el objetivo de divulgar las actividades científicas en el país, así como servir de asesoría al gobierno sobre esos temas. Uno de los espacios a través de los cuales los científicos cubanos divulgaban

sus trabajos eran los Anales de la Academia. Entre los temas tratados en los diferentes números estaba el de la enajenación mental. En los primeros años de existencia de la Academia y en los primeros cuatro números de los anales, los artículos sobre enajenación mental, sus formas y tratamiento estuvieron a cargo del que había sido director médico del asilo para dementes, el doctor José Joaquín Muñoz.

Muñoz escribía sus artículos desde Francia y la mayoría de los casos clínicos que relataba eran a partir de su experiencia en los hospitales parisinos, aunque también había algunos de cuando trabajaba en La Habana. La importancia de estos primeros escritos, a pesar de no haberse derivado totalmente de una práctica clínica en Cuba, radica en que comienzan a conformar el discurso psiquiátrico de la Isla caribeña, no solo porque evidentemente fueron escritos por un cubano sino porque fueron escritos para ser publicados en ese país y divulgados entre sus científicos.

En Francia el tema de las alucinaciones y el tratamiento moral ocupaban el centro del debate en las primeras décadas del siglo XIX (BERRIOS, 1996). Por tanto, no debe sorprendernos que estos mismos temas fueran colocados en los primeros trabajos sobre enajenación mental en los anales de la recién estrenada Academia. En 1866, en el número 3 de los Anales de la Academia de Ciencias, Muñoz publicó dos artículos, el primero de ellos titulado “De la locura sensorial” y el segundo “Dos palabras acerca del grado de frecuencia de la demencia paralítica en Cuba” (MUÑOZ, 1866b). Sobre todo, nos interesa ocuparnos de “De la locura sensorial”, pues es donde queda mejor demostrado el interés de Muñoz por introducir el discurso de la psiquiatría francesa.

En este artículo, el alienista cubano describe minuciosamente las características de los cuadros alucinatorios, apoyándose, sobre todo, en las elaboraciones de su maestro Jules Baillarger y en algunos casos clínicos atendidos por él, tanto en La Habana como en Paris, donde el síntoma principal eran las alucinaciones, otorgándoseles el diagnóstico de “locura sensorial”. Muñoz no solo presentó sus casos, sino algunos del propio Baillarger y se percibe claramente, por su estilo pedagógico, que su intención es ilustrar a los médicos lectores de los anales.

La locura sensorial, según Muñoz (1866b), tendría causas tanto de tipo físicas como morales. En las causas de tipo física sitúa las anemias, provocadas por una pérdida importante de sangre, en muchos casos debido a enfermedades graves, pero también el factor hereditario. Del lado de las causas morales estaría sobre todo el consumo de bebidas alcohólicas, aunque también se refería a “una impresión moral

profunda”, es decir, a eventos traumáticos o emocionalmente significativos. En ese sentido, afirmaba que en general, en las “enajenaciones mentales” el factor hereditario era el principal. Como contraste con sus casos, Muñoz relata algunos atendidos por su maestro Baillarger y este punto es bien importante para comprender la influencia francesa en el discurso psiquiátrico cubano (MUÑOZ, 1866b).

El recurso de presentar los casos de su maestro junto a los suyos, contrastándolos y resaltando las semejanzas entre ellos, es una forma de sustentar sus elaboraciones en una base teórica más sólida que su propio criterio. Es decir, mostrando que en la conducción de los casos él asumía el mismo estilo de Baillarger, sus criterios teóricos y prácticos, Muñoz conseguía efectos de verdad, al tiempo que aseguraba que la introducción del saber psiquiátrico francés se mantuviera. Debemos recordar que su experiencia como alienista en Cuba no había sido muy buena, habiendo tenido que enfrentar resistencias a la hora de desplegar en el asilo lo que había aprendido en Francia. Por tanto, el espacio recién creado de la producción científica cubana podía ser receptivo y al mismo tiempo exigente frente a un saber todavía novedoso.

En sentido general, y siguiendo la lógica de psiquiatría francesa, la propuesta terapéutica principal frente al problema de las locuras sensoriales era el tratamiento moral⁴². Aunque las impresiones morales se colocaban dentro de las causas de la locura sensorial, Muñoz afirmaba que también estas impresiones podían contribuir a la desaparición total de la enfermedad, cuando las alucinaciones no derivaban a un estado crónico (MUÑOZ, 1866b). Es decir que, si se le provocaba al enfermo una fuerte impresión moral, su estado mejoraría considerablemente, aunque el autor no detalla sobre lo que significa “impresión moral”.

El tratamiento moral se combinaba con otros tratamientos más antiguos: se proponían las sangrías, a veces a través de sanguijuelas en los muslos, o baños tibios, antiespasmódicos como la raíz de la valeriana, infusiones, laxantes suaves, ejercicios corporales, dietas específicas y aislamiento, combinados con baños tibios y con duchas de corrección al estilo de Leuret⁴³.

⁴² El tratamiento moral propuesto por Pinel se basaba en los siguientes principios: 1) Infundir temor y ejercer autoridad sin emplear violencia extrema (evitar el uso de castigos físicos extremos ni los aparatos clásicos); 2) Aislamiento; 3) Empleo de trabajo físico, sobre todo en las labores agrícolas (PINEL, 1804; MARCOS, 2007).

⁴³ Según afirma Castel (1978), François Leuret, quien fuera discípulo de Esquirol y director médico del hospital de Bicêtre en la década de 1830, habría definido una corriente más coercitiva dentro del

Además “el aislamiento, el trabajo físico y a su tiempo las distracciones, luego los baños generales tibios, ligeras dosis de opio por las noches, los laxantes y un régimen conveniente”. Muñoz, basado en la experiencia de Baillarger y otros alienistas franceses recomendaba, en caso de que las alucinaciones continuasen, un “extracto acuoso de *Datura Stramonium* en píldoras a la dosis de 5 centigramos cada una, o la tintura alcohólica de esta misma planta en poción a la dosis de 20 a 25 centigramos” (MUÑOZ, 1866, p. 232).

En los siguientes números de los anales las publicaciones de Muñoz se dedicaron más a brindar un panorama de la política sanitaria en Francia, las estrategias higienistas respecto de la prostitución, los avances de la medicina con relación con el tratamiento a diferentes enfermedades como la sífilis, el cólera, pero también a dolencias del sistema otorrinolaringológico, del sistema reproductor y del digestivo. De esta forma, convertido en una especie de corresponsal médico en Europa, los artículos de Muñoz ya no trataban de la enajenación mental, pero tampoco encontramos otras publicaciones al respecto por parte de otros autores en los anales de la academia unos años después.

En 1871 aparece en el número 7 de los anales de la Academia un artículo titulado “De la monomanía”, del recientemente estrenado director del Asilo de Dementes, el Dr. Tomás Plasencia (1871). Esta publicación marca el comienzo de la producción discursiva de los psiquiatras cubanos en el contexto del propio asilo, porque, como ya mostramos, las publicaciones anteriores no estaban dedicadas exclusivamente a los enajenados cubanos ni en todos los casos se trataba de escritos realizados desde el espacio del manicomio habanero. Pero no solo eso, sino que, el concepto de monomanía, objeto de debates por varios años en el campo de la psiquiatría, se convirtió en un elemento crucial para la determinación de la responsabilidad penal de los enajenados y, en el caso de Cuba, como veremos más adelante, los alienistas también entrarán en esas discusiones. De esa forma se sentarían las bases de la relación entre la psiquiatría y la criminología en la Isla caribeña.

El artículo en cuestión fue, además, el discurso de presentación de este alienista ante la Academia cubana, después de haber pasado un período de formación en París, como ya lo había hecho su antecesor, Joaquín Muñoz. Por tanto, la labor de

tratamiento moral, caracterizado por intervenciones físicas más violentas, con el objetivo de eliminar el delirio usando casi cualquier recurso como violencia física, actuaciones y mentiras.

Plasencia en Mazorra también llevaba la marca de la psiquiatría francesa. Plasencia, influenciado por Jules Falret y por Bénédicte-Augustin Morel, se convirtió en un defensor de la no existencia de la monomanía, lo que queda expuesto ampliamente en su discurso de presentación.

El concepto de monomanía había ganado un lugar destacado en el aparato teórico de la psiquiatría a principios del siglo XIX, siendo presentado como un modo de locura, pero no de locura total, o sea, que se consideraba que el supuesto enajenado todavía conservaba algo de su razón (AMARAL; ANGEL, 2018). Esquirol había presentado la categoría de monomanía como una patología independiente que se presentaba con una característica singular: la existencia de un delirio estático, constante dirigido hacia un objeto particular, donde se presentaban en el sujeto una pasión y una excitación excesiva (ESQUIROL, 1819).

Uno de los críticos del concepto de monomanía como entidad independiente fue Falret. Para él, en la cuestión del delirio, habría un gran número “de lagunas, de inconsecuencias, de contradicciones” (FALRET, 1996, p.490), mostrando así que la actividad delirante no tendría ninguna conexión con la historia de vida del sujeto. Es así como, para él, tomar al delirio como la esencia de una patología independiente se trataba de un error. En ese sentido afirma: “A menudo, en efecto, ustedes observan en el mismo alienado síntomas hipocondríacos, temor a la muerte, rechazo de alimentos a consecuencia del delirio de envenenamiento, y al mismo tiempo tentativas suicidas por otro procedimiento” (FALRET, 1996, p.490). Falret, además, coloca el ejemplo de un paciente con diferentes delirios: religioso, “orgullosos” y político, siendo algo incongruente pues este sujeto nunca había sido un hombre religioso y muchos menos con intereses políticos o con “tendencias orgullosas” (FALRET, 1996, p.490).

En resumen, para el alienista francés, los delirios estarían cargados de incongruencias diversas, de variaciones temáticas y temporales, lo que desbarataría los fundamentos de la monomanía como categoría diagnóstica. Unido a ello, habría algo común en todos esos pacientes delirantes: un “estado general” que él denomina “fondo de la enfermedad”, expresado en dos direcciones: estado de expansión (excitación maníaca) y estado de depresión (síntomas contrarios al anterior). La presencia de ese “estado general” en el paciente iría en la misma lógica de Morel sobre la cuestión de las clasificaciones de las enajenaciones mentales. Según afirma Caponi (2014), la intención de Morel era “sustituir una clasificación sintomática por una clasificación etiológica de las enfermedades mentales” (CAPONI, 2014, p. 78).

Estas dos perspectivas se inclinaban por tanto hacia el lado del origen de las enfermedades y no tanto hacia los síntomas específicos que pudieran ser denominados entidades separadas, como sería el caso de la monomanía.

Así, volviendo al caso cubano, tenemos al alienista Plasencia presentando sus argumentos en contra de la monomanía desde la lógica de Falret y Morel. Después de examinar un grupo de 350 pacientes en el Asilo General de Dementes de Mazorra en un período de dos años, Plasencia llegó a la conclusión de que la monomanía, como especie nosológica distinta, no existía (PLASENCIA, 1871). Para fundamentar su afirmación, el autor consideró fundamental, tanto en relación con el estado de salud como con el estado de la enfermedad, la “sinergia de las facultades cerebrales”, asociadas a lesiones muchas veces pasadas por alto, en detrimento de la existencia de delirios dentro de las manifestaciones emocionales. Es decir, lo más importante para él era determinar por detrás del delirio, la existencia de una afectación orgánica, la que, como consecuencia, estaría afectando a las facultades cerebrales (PLASENCIA, 1871, p. 591). Podemos ver así que el interés

El tema presentado por Plasencia fue considerado de “importancia y grave trascendencia”, toda vez que a esas alturas el tema de la monomanía no era suficientemente considerado por los tribunales a la hora de establecer la responsabilidad penal en los alienados o en los casos en que existiese dudas sobre la presencia de enajenación mental y, por tanto, tampoco habría unanimidad entre los especialistas (SÁNCHEZ, 1871, p. 591).

A pesar del reconocimiento hacia Plasencia por la introducción de un asunto verdaderamente polémico y que implicaba al campo jurídico, no fueron encontrados contestaciones ni consideraciones favorables al respecto, tanto en el volumen en que fue publicado el texto como en los siguientes, así como tampoco otros artículos sobre la misma temática que pudieran arrojar alguna luz sobre la aplicación de aquellas primeras teorías psiquiátricas en el espacio del asilo.

2.4 LA LOCURA HEREDITARIA

Además de la Academia de Ciencias, la Universidad de La Habana era otro espacio significativo de debate entre los científicos cubanos. En junio de 1870 el psiquiatra cubano Manuel Sabas Castellanos, quien había llegado unos meses antes de París, presentó su tesis de doctorado titulada “¿Existen además de la locura, otras

enfermedades que debieran ser consideradas como impedimentos, por lo menos impedientes del matrimonio?”. Tal presentación era uno de los requisitos para poder validar su título en Cuba y poder trabajar como alienista.

Según afirma Marques de Armas (2014), la tesis de doctorado de Sabas Castellanos marcó el inicio de una estrategia médica de control eugenésico y la introducción de la teoría degeneracionista en el país. Inspirado directamente en Morel, Castellanos definió a la degeneración como “desvío malsano de un tipo primitivo normal de la humanidad” (CASTELLANOS apud MARQUES DE ARMAS, 2014, p. 107). El tema central de su exposición, como puede inferirse a partir del título, fue la cuestión de las uniones matrimoniales entre sujetos diagnosticados con patologías psiquiátricas diferentes de la locura.

Tomando como referencia directa la teoría degeneracionista de Morel, Sabas Castellanos presentaba a sus futuros colegas dos ideas fundamentales. La primera de ellas era que la herencia jugaba un papel fundamental en la aparición de variadas enfermedades neurológicas y mentales. Como afirma Caponi (2015), para Morel, la degeneración tenía como causa general (fuera como factor predisponente o como externo), a la “transmisión hereditaria” (CAPONI, 2015, p. 81). La segunda idea que presentaba Castellanos era que la transmisión de estas enfermedades a través de las diferentes generaciones solo iría a agravarse si no se impediese el matrimonio entre sujetos diagnosticados con patologías psiquiátricas. Es así como su propuesta era impedir que las uniones entre estas personas se consumasen, puesto que “siempre es menos mal la infelicidad aislada del que ha de permanecer soltero que la mancomunada de los cónyuges, sus hijos y acaso sus descendientes si la demencia es hereditaria como más de una vez hemos visto” (CASTELLANOS apud MARQUES DE ARMAS, 2014, p. 106).

De esa forma, se confirma la tesis foucaultiana sobre la intervención médica sobre la sexualidad, sobre todo aquella clasificada como “sin frenos, perversa”, justamente aquella atribuida a los sujetos diagnosticados con patologías mentales. Así, continúa Foucault, la teoría degeneracionista, teniendo como foco principal a la sexualidad, se encuentra en el punto de unión entre medicina e higiene, en “la articulación entre lo disciplinario y lo regulador, del cuerpo y de la población” (FOUCAULT, 2018^a, p. 212, traducción personal).

Pero no solo la intervención de la medicina sobre la sexualidad contribuía a reforzar las teorías degeneracionistas en Cuba, sino que la referencia directa al

matrimonio como vía principal de transmisión de las “degeneraciones”, fueron las primeras luces de una estrategia eugenista que comenzaría a implementarse con más rigor en las primeras décadas del siglo XX, en la cual estarían bastante implicados los psiquiatras cubanos.

En la propuesta de Castellanos de impedir los matrimonios, inicialmente se trataba de los “dementes” y los clasificados como “imbécil no profundo en período lúcido”, pero seguidamente la ampliaría hacia todas las formas de locura. De esa forma, consideraba que podría quedar resuelto el problema de la degeneración si se impedían las relaciones sexuales entre estas personas. De todas formas, Castellanos consideraba que tal prohibición no debería ser por parte de la ley y sí por parte de la iglesia (CASTELLANOS apud MARQUES DE ARMAS, 2014).

Por otra parte, el alcoholismo no quedaría fuera de la tesis degeneracionista. Sobre los alcohólicos, señalados como categoría clínica esencial en la transmisión hereditaria de la degeneración, Castellanos afirmaba lo siguiente: “el porvenir de estos infelices es lo más comprometido posible tanto desde el punto de vista del desarrollo como del progreso de sus facultades intelectuales y afectivas” (CASTELLANOS apud MARQUES DE ARMAS, 2014, p. 107). Tampoco la epilepsia fue dejada fuera del discurso degeneracionista, como tampoco “la lepra, la consanguinidad, la sordomudez, la tuberculosis, la sífilis, el alcoholismo y la impotencia” (MARQUES DE ARMAS, 2014, p. 106).

Dos puntos pueden ser señalados como los más significativos en el discurso de Castellanos. El primero es que, su propuesta de evitar los matrimonios de los enfermos y por ende los embarazos, era una forma de prevenir la degeneración. En otras palabras, en el llamado de Castellanos a regular el matrimonio de los anormales, se encuentra explícitamente un llamado a regular la sexualidad, a disciplinar y regular el cuerpo de aquella población específica de la cual se ocupaba la psiquiatría.

El segundo punto es que, como afirma Marques de Armas (2014), la intervención de este alienista ante los académicos cubanos marcaría la introducción de la teoría degeneracionista en el campo de la psiquiatría y la criminología cubanas, que como sabemos, sustentaría el aparato de saber médico psiquiátrico desde la segunda mitad del siglo XIX (FOUCAULT, 2018a). En Cuba, los impactos de la teoría degeneracionista y en particular de la tesis de Castellanos sobre este tema se hicieron sentir de forma casi inmediata.

Dos años más tarde, a finales de 1872, en los Anales de la Academia de Ciencias, en la sección dedicada a la medicina legal⁴⁴, ya encontramos las primeras elaboraciones inspiradas en esta teoría. En un caso donde se intentaba deslindar las facultades mentales de un sujeto, los expertos de la Academia de Ciencias fueron convocados por la alcaldía de la ciudad para dar cuenta de ello. El debate en cuestión tenía como tema central la posibilidad de que el sujeto examinado por la comisión, quien, además de ser analfabeto presentaba ciertas dificultades para expresarse, pudiese ser diagnosticado como portador de algún grado de imbecilidad.

La comisión, en su informe determinó que no existían factores causales de alteraciones en sus facultades intelectuales, perceptivas y receptoras, pero tampoco en relación con los instintos o los sentimientos. Por tales razones, no podía ser considerado un “imbécil”. Sin embargo, otros expertos que también participaron del debate realizaron varios cuestionamientos, entre ellos si no era posible introducir la categoría de “casi-imbécil” para clasificar aquellos individuos que, aunque tuvieran conservadas las facultades intelectuales mostraran dificultades para expresarse.

Por otra parte, fue cuestionado el hecho de no haberse colocado ningún elemento sobre la “cuestión etiológica”, específicamente relacionado con la “ley de la herencia”, los antecedentes familiares y la historia de vida del sujeto examinado. Además, se discutió sobre el haber descuidado los aspectos “del semblante”, es decir, de los caracteres somáticos que pudieran haberse identificado, como son la forma, las dimensiones y la claudicación del cráneo (RODRÍGUEZ, 1872, p. 255). Al final, la comisión examinadora justificó que si estas características no fueron contempladas en el informe fue porque simplemente no fueron halladas en el examen. No obstante, lo más importante es que los conceptos de degeneración y herencia, antes ignorados por los médicos, los alienistas y por los criminólogos cubanos, comienzan a formar parte de sus discursos y a ser aplicados en su práctica.

Al tiempo que aumentaban los debates teóricos en los salones de la academia, el asilo de enajenados no conseguía desprenderse del calificativo de “depósito de locos”, manteniendo un número reducido de médicos (dos alienistas y un practicante) (NUÑEZ DE VILLAVICENCIO, 1876, p. 468). De la misma forma

⁴⁴ La Comisión de Medicina Legal fue creada en la Academia de Ciencias para dar cuenta, a través de informes, de las cuestiones legales que requerían el concurso de los científicos cubanos. La mayoría de estos informes eran requeridos por las autoridades gubernamentales y jurídicas y versaban sobre casos diversos, como asesinatos, violaciones, hurtos, incendios, etc. (GONZÁLEZ, 2010b).

continuaban aplicándose los tratamientos clásicos ya mencionados, salvo algunas excepciones como la relatada por el propio director del asilo en 1872, el alienista Tomás Plasencia, quien afirmó en una sesión de la propia academia, haber abandonado “las emisiones sanguíneas” y comenzado a administrar hidrato de cloral como sedativo, aunque reconociendo que a veces obtuvo “muy buen éxito” y otras no (PLASENCIA, 1873, p. 140). De cualquier forma, Plasencia no aporta detalles sobre el uso del hidrato de cloral en sus pacientes, la dosificación, los casos en que fueron utilizados y mucho menos en cuáles de ellos fracasó y las posibles causas de ello.

En las sesiones siguientes de la Academia de Ciencias, nuevos alienistas realizaban sus discursos de presentación tomando como referencia la teoría degeneracionista. Uno de esos discursos fue el de Emilio Núñez de Villavicencio, quien en abril de 1876 presentó una ponencia titulada “De la locura hereditaria”⁴⁵.

Al inicio del texto encontramos una breve introducción donde se ensalza al ser humano como una obra divina, su capacidad de desarrollarse y su inteligencia. Es justamente la idea del ser humano como una obra casi perfecta creada por un “Omnipotente”, la que le sirve de pretexto al doctor Núñez de Villavicencio para ilustrar ciertos “estados morbosos”, como la locura, en la cual abríase perdido la inteligencia, provocando por tanto un declive de esa “obra de perfeccionamiento”. El autor, en referencia directa a su formación como alienista declara que su labor es el “estudio de los diversos estados patológicos que puedan perturbar la parte moral de nuestro organismo” (NUÑEZ DE VILLAVICENCIO, 1876, p. 466).

No faltaron las habituales referencias y agradecimientos a la psiquiatría francesa, a Pinel y Esquirol y a la efectividad del tratamiento moral, pero también a otros alienistas famosos, como Georget, Guislain, Morel, Griesinger, Marc, Foville y Baillarger. Pero ya entrando en materia, la presentación en cuestión tenía dos objetivos: el primero era presentar algunas nociones teóricas básicas sobre la nosología de la locura y el segundo, contribuir a la divulgación de los últimos avances en esa materia, tanto en la esfera de los tribunales de justicia como en la sociedad en general, para así ilustrarlos sobre “los actos extravagantes y malévolos de algunos seres que pasan a la vista de sus semejantes como gozando de la completa integridad de los atributos psicológicos” (NUÑEZ DE VILLAVICENCIO, 1876, p. 469).

⁴⁵ Para profundizar en el concepto de Locuras hereditarias ver: *Traité des maladies mentales* (MOREL, 1860).

El primer punto que coloca Núñez de Villavicencio respecto de la locura hereditaria es la necesidad de evitar la degeneración de la especie humana, para ello advertía para no descuidar el perfeccionamiento físico e intelectual. En ese sentido, la locura hereditaria sería una de las causas que más influirían en la degeneración de la especie humana, “produciendo los imbéciles, idiotas y cretinos” (NUÑEZ DE VILLAVICENCIO, 1876, p. 469).

Siguiendo las elaboraciones de Morel, el psiquiatra cubano afirmaba que la transmisión de la locura podía ocurrir tanto de los ascendientes a los descendientes, como por otras formas más complejas que se saltarían una o dos generaciones. Al mismo tiempo, la degeneración heredada del lado de la madre sería la más común y la más “enérgica” y también la transmisión a través de los matrimonios consanguíneos o entre personas de un círculo no muy amplio.

Nuevamente aparece en el discurso psiquiátrico cubano la cuestión de los matrimonios y la necesidad de evitar la degeneración a través de estos. Aunque en 1869 ya Francis Galton, fundador de la eugenesia, había publicado su libro *Hereditary Genius* (GALTON, 1892), tanto Núñez de Villavicencio como anteriormente Castellanos no hicieron referencias a esta “nueva ciencia” en sus trabajos. Por ello, no podemos decir que las ideas del investigador británico estarían manifestándose allí, pero sí podemos afirmar que cuando, finalmente el eugenismo se introdujo y cobró fuerza en el siglo XX en Cuba, como parte de una estrategia higienista más amplia, el terreno para su asimilación por parte de los psiquiatras cubanos ya estaba preparado.

Por otra parte, la transmisión hereditaria de la degeneración podía ocurrir a través de una transformación, pudiendo no ser siempre que apareciera una degeneración similar a la que la engendró. Para ilustrar esta afirmación Núñez de Villavicencio cita el siguiente ejemplo: “los descendientes de los histéricos y epilépticos u otros estados, pueden presentar cualquiera de las formas de las afecciones mentales” (NUÑEZ DE VILLAVICENCIO, 1876, p. 469-470).

El segundo punto colocado por el alienista cubano es el de los llamados “signos especiales” o “prodrómicos”, los cuales, según él y citando nuevamente a Morel, serían aquellos que le permitirían al médico anticiparse a la aparición de la locura, tiempo antes de su desencadenamiento. Así, cita como signos la forma y volumen del cráneo, entre las que se destacarían la microcefalia y la macrocefalia como acompañando los estados más graves de la degeneración, la imbecilidad y la idiocia. En sentido opuesto, es decir, en las formas menos graves, sería posible

encontrar en la cabeza, “abolladuras, crestas óseas o depresiones”, pero también y con mayor frecuencia, prominencias significativas en las zonas frontales, occipitales y parietales del cráneo (NUÑEZ DE VILLAVICENCIO, 1876, p. 474).

Por otro lado, los signos de la cara también serían elementos diagnósticos de la degeneración, siendo particularmente significativas en los casos en que “falta la armonía del rostro”, o cuando aparece “estrabismo y nistagmo”. Además, las irregularidades de los dientes o la ausencia de algunos de ellos, la forma de la lengua, que a veces se podía presentar en forma bífida o con un “grosor notable”, la bóveda palatina, el pabellón de la oreja, los pies y los órganos sexuales serían de los signos más significativos presentados por el alienista cubano.

El tercer punto colocado por Núñez de Villavicencio, y colocado como otro grupo de signos era la inteligencia. Así, el alienista llamaba la atención de sus oyentes sobre el hecho de que la inteligencia de los degenerados se conservase en muchos casos, en detrimento de la parte moral y afectiva. Pero para él, la conservación de la inteligencia no debía ser tomada a la ligera y sí era algo que debía ser observado con mayor detenimiento por el médico alienista, pues detrás de ella, podía esconderse “una actividad turbulenta y desordenada, producto de una excitación morbosa” (p. 476).

Después de una larga descripción, cargada de detalles, sobre las formas en que se presentaba la degeneración, Núñez de Villavicencio encierra su ponencia con la conclusión de que, en la locura hereditaria, los elementos característicos principales serían la inteligencia conservada y la voluntad empobrecida, esta última provocando que el sujeto se manifestase más por sus impulsos y sus delirios. En su opinión de experto en enfermedades mentales, dichos elementos serían de enorme importancia para la Medicina Legal, toda vez que permitiría una mejor determinación de la existencia o no de responsabilidad penal en los casos en que la inteligencia y las capacidades mentales se hallasen perfectamente conservadas.

A pesar de lo relevante del tema para los asistentes, la introducción de la teoría degeneracionista no ocurría sin resistencias. Un ejemplo de ello fue que, en la misma sesión, el ya reconocido alienista Tomás Plasencia, que como habíamos visto anteriormente hacía poco se desempeñaba como director del asilo, realizó algunas críticas al discurso de Núñez de Villavicencio. En realidad, las críticas estaban dirigidas tanto a su colega como a la teoría degeneracionista. En principio, Plasencia (1876), se muestra en desacuerdo con el planteamiento de Núñez de que “la

inteligencia enferma o alterada” sería un elemento esencial en el diagnóstico de la enfermedad mental. En cambio, afirma que desde el punto de vista de su colega estarían siendo desconsiderados otros factores etiológicos, los que igualmente producirían la locura, debiéndose distinguir así, la locura intelectual y la afectiva, siendo esta última donde la inteligencia se mostraría conservada (PLASENCIA, 1876, p. 488).

Por otro lado, y ya entrando en el campo propiamente dicho del degeneracionismo, Plasencia acepta que tal asunto resulta beneficioso para la medicina legal y social. No obstante, sin restarle veracidad a la propuesta de Morel, defendida por Núñez ante los demás académicos, Plasencia afirma que, si se sigue el principio de la transmisión hereditaria de las patologías mentales, sería muy difícil encontrar algún ser humano que no tuviera algún pariente con alguna de ellas, “constituyéndose una familia tan desgraciada que ni siquiera hay esperanzas de que la hibridación limite sus perniciosos efectos” (PLASENCIA, 1876, p. 490).

Así, el director del asilo llamaba a los médicos cubanos a ser más cautelosos con este principio, sobre todo porque implicaba un tema tan delicado como la criminalidad. Sobre todo, y ya en directa confrontación con la propuesta de Morel, Plasencia sostenía que, sin bien la teoría degeneracionista era seductora para los alienistas, se mostraba insostenible. Su oposición quedaba resumida de la siguiente forma:

la base no es uniforme, pues ora es una causa apreciable, ora es indeterminada, y porque ni aun conocida que sea, a menos de las específicas, el elemento etiológico nada dice en una enfermedad, hablamos del que más interesa al patólogo, e conocimiento de las enfermedades y no ciertos detalles (PLASENCIA, 1876, p. 490).

Plasencia, que ya hacía algún tiempo desarrollaba su práctica en los pasillos del manicomio cubano, se interesaba poco por “la causa íntima de la enfermedad”, como era el caso de los factores hereditarios y sí por aquellas causas que “inmediatamente dan determinados efectos”, los cuales serían, según él, mejores guías para el tratamiento de los alienados en el manicomio. Finalmente, Plasencia encierra su “contestación” afirmando:

Concretándonos al objeto de este trabajo, según nuestro modo de ver consignar que una afección mental es hereditaria es no decir nada, porque otros son los elementos que debemos combatir, importando poco que vengan por sucesión ó accidentalmente. Esto no es negar que deje de tener determinada influencia en la marcha de una afección mental, pues el sello de persistencia es innegable (PLASENCIA, 1876, p. 490).

Es posible entender que la introducción del discurso degeneracionista en la psiquiatría cubana, tenía la intención de ampliar el radio de acción de esta especialidad médica, hasta ese momento restringido a los muros del manicomio. No obstante, como demostró la intervención del director del asilo cubano, esto no ocurría sin antagonismo. A pesar de ello, en el campo de la medicina legal fue donde se desarrolló de forma más rápida la teoría degeneracionista.

2.5 ¿ENAJENADOS O CRIMINALES? PSIQUIATRÍA Y MEDICINA LEGAL

A finales de la década de 1860 cada vez más sería puesta en cuestión la existencia de enajenación mental en los casos de delitos graves, sobre todo en los homicidios. Dos trabajadores agrícolas de raza negra se encontraban laborando cuando uno de ellos, nombrado Leoncio, aparentemente de forma espontánea infirió heridas graves a su colega. La comisión de medicina legal de la Academia de Ciencias concluyó la existencia de enajenación mental en Leoncio, argumentándose que las condiciones climáticas serían la causa principal de sus actos. A la defensa del agresor le interesaba sobre todo que se determinase si el tipo de trabajo, la estación climática y la hora eran los factores predisponentes de las “aberraciones mentales fugaces e instantáneas” (LA CALLE, 1868, p. 95).

La respuesta de los expertos fue en sentido contrario al de la defensa, por considerar que a pesar de que el clima y específicamente los rayos solares podían provocar alienaciones mentales de aparición súbita, estas no podían ser consideradas como fugaces. Este dictamen no solo era muestra de la influencia de la teoría que asociaba las enfermedades al clima, portadora del sello de Buffon y de Cabanis (CAPONI, 2015), sino también el papel protagónico que comenzaba a tener la psiquiatría en los asuntos jurídico-penalistas y por tanto la ampliación de su radio de acción.

Unos cuantos años más tarde los expertos cubanos en enfermedades mentales habían abandonado la teoría del clima, colocando explicaciones más sofisticadas en cuanto a la etiología y los factores predisponentes al crimen. Un caso que generó muchas expectativas en 1875 fue el homicidio de un miembro importante de la aristocracia habanera, el Conde de San Fernando, perteneciente a una familia

esclavista y dedicada al comercio azucarero. Un sujeto conocido como Acosta habría realizado un atentado contra el aristócrata provocándole la muerte.

Diferente de otros casos en que las víctimas y los victimarios eran menos conocidos, incluso consideradas personas de segunda categoría como los negros esclavos y libertos, de esta vez se trataba de alguien de la alta sociedad, por lo que el dictamen pericial realizado por un médico alienista de apellido Rodríguez sería más rico en los detalles, así como en el debate que suscitó entre los oyentes. El homicida Acosta era loco, según las conclusiones del alienista al frente de la comisión pericial. Para demostrarlo, la comisión se encargaría de explorar todos los antecedentes del sujeto en cuestión que pudieran arrojar luz sobre su comportamiento posterior que derivó en el asesinato del conde.

Unido a ello, fueron consideradas para el diagnóstico las características físicas del homicida, como algunos trastornos de la locomoción (movimientos incesantes de sus miembros inferiores), el color rojo de sus retinas, un apetito voraz y una calidad pobre del sueño (escaso e interrumpido). Por otro lado, la comisión determinó la existencia de un pensamiento delirante, compuesto por “ideas bizarras del honor y del deber, el fanatismo de sus ideas religiosas”, unido a las alucinaciones auditivas, pero también la enajenación le vendría como herencia familiar, confirmando la hipótesis moreliana de la locura hereditaria. Después del hecho, el acusado, sin ofrecer ningún tipo de resistencia, confesaría sin reparos su crimen, pero negando totalmente ser motivado por la locura (RODRIGUEZ, 1875, p. 128). Por todo eso, el diagnóstico final sería el de “locura parcial o monomanía por perversión del sentimiento, acompañada de alucinaciones” (RODRIGUEZ, 1875, p. 129).

En los años siguientes casos similares fueron debatidos en los salones de la academia y sus resultados publicados en los anales, en la sección de medicina legal. En la mayoría de ellos, los psiquiatras cubanos, convocados en calidad de expertos en enfermedades mentales exponían sus conocimientos al respecto, determinando si el sujeto comisor de delito de homicidio se encontraba en estado de enajenación o no. En varias ocasiones, los debates giraban en torno de si eran suficientes los datos aportados por el médico encargado del examen psiquiátrico y si estos correspondían fielmente a la teoría en la cual se apoyaban, siendo este punto en particular era el que más desacuerdos suscitaba entre los académicos.

Por solo citar un ejemplo de las contradicciones en que frecuentemente se envolvían los alienistas en la academia, en un caso presentado en la sesión del 3 de

abril de 1881, se trataba de un sujeto examinado por tercera vez a pedido del juzgado, por haberse considerado insuficientes los datos obtenidos anteriormente sobre su estado mental. Las informaciones brindadas por el juzgado se resumían a los antecedentes delictivos del acusado; por otro lado, los primeros facultativos que examinaron al sujeto en el asilo aportaban datos que les permitirían demostrar la existencia de enajenación: “insomnio absoluto, gran alteración en el ejercicio de sus diferentes sistemas y aparatos, sobre todo en el de la locomoción, y alucinaciones de la vista y del oído” (PLASENCIA, 1881, p. 500).

Sin embargo, un segundo grupo de examinadores, también en el asilo, afirmaban que se trataba de un caso de simulación. El desacuerdo entre los expertos derivó en que los dictámenes fuesen sometidos al escrutinio de la comisión de medicina legal de la academia, dirigida por el doctor Tomás Plasencia, quien como ya sabemos se había desempeñado como director del asilo. La comisión concluyó que, tanto en los resultados de la primera pericia como en la segunda, los datos eran confusos, siendo que en la primera parecía tratarse de un delirio agudo no vesánico y en la segunda de una gradación descendente de los síntomas, apuntando así a una manía aguda en remisión.

Algunos autores de la psiquiatría francesa, como Falret, Georget, Morel y Negré consideraban el delirio agudo como un síntoma independiente de la vesania (alienación mental) y colocándolo como parte del grupo de los delirios sintomáticos, los cuales podían tener un origen febril o nervioso, pero también asociados al delirium tremens, es decir, provocados por causas orgánicas⁴⁶. Por otra parte, sería Brierre de Boismont quien lo colocaría como una entidad independiente en el cuadro de las enfermedades mentales (DEL MORAL, 1889). No obstante, como apunta Boismont, el delirio agudo también era considerado como un estado anterior de la manía o una manifestación de esta (ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE, 1843; JACCOUD, 1872).

Así, la cuestión teórica principal en el debate entre los alienistas cubanos era determinar si el delirio que se describía en este caso aparecía solamente como síntoma o si este pudiera ser considerado como entidad aislada, pero, tal como

⁴⁶ Los delirios no vesánicos serían incluidos en el cuadro de la *phrenitis* o *phrenesia*, en los cuales las causas eran procesos inflamatorios de las meninges y del cerebro, ocurridas en casos de neumonía, fiebre tifoidea, alcoholismo, consumo de sustancias opioides, traumas orgánicos, parto, etc (DEL MORAL, 1889).

afirmaba el informe de la comisión, los elementos diagnósticos resultaban insuficientes y confusos. Por esta razón, el dictamen final que sería entregado al juzgado era de que no era posible determinar qué tipo de locura padecía el acusado cuando cometió el delito, lo que obviamente dejaba mucho que desear a las conclusiones médicas. A pesar de ello, Tomás Plasencia defendía la existencia de enajenación mental.

Al final, la falta de rigor apuntada en los dictámenes anteriores derivó en una crítica directa hacia la propia formación profesional de los alienistas del asilo, protagonizada por Núñez de Villavicencio, quien había asumido recientemente el cargo de director de ese espacio. La crítica se sustentada sobre todo en el hecho de que “las hojas clínicas no revisten todos los caracteres del orden científico, no hay en ellas un estudio concienzudo sobre el juicio, el discernimiento, las facultades intelectuales y afectivas” (NÚÑEZ DE VILLAVICENCIO, 1881, p. 501). Debemos recordar en este punto que algunos años atrás, específicamente en 1876, había ocurrido un debate entre Tomás Plasencia y Núñez de Villavicencio sobre la teoría degeneracionista, tema con el cual este último se presentaba ante la academia.

Pues bien, podemos extraer varias conclusiones a partir de este debate. La primera de ellas es que resulta evidente que subsistían divergencias teóricas entre estos dos reconocidos psiquiatras, ambos ocupantes, en momentos diferentes, del cargo de director del asilo para dementes y, por tanto, con una mayor capacidad de poder e influencia sobre la gestión y los discursos sobre la locura. La segunda sería la discordancia indiscutible en el seno del discurso psiquiátrico cubano de aquella época. La tercera y última sería que nuevamente el manicomio volvía a estar en el centro de las críticas, al no contar con un equipo médico capaz de hacer valer el discurso de la psiquiatría.

Otra cuestión que debe ser destacada y que se relaciona directamente con las conclusiones anteriormente expuestas, es que, si tenemos en cuenta que la academia de ciencias era el espacio privilegiado de los debates científicos en Cuba y los anales el vehículo exclusivo de divulgación de las actividades de los académicos, llama la atención el hecho de que hayamos encontrado escasas referencias al principal espacio de actuación de la psiquiatría en aquella época: el asilo, en detrimento del campo de la medicina mental. En otras palabras, se percibe que, a partir de la década de 1860, los debates sobre enajenación mental y la divulgación de la labor de la psiquiatría se concentró más en el peritaje criminológico que en el

tratamiento de la locura. Por tanto, el asilo de dementes continuaba con su función de depósito de locos, incluso como hospital de custodia en los casos en que la justicia intervenía.

De esa forma, la participación de los alienistas cubanos como expertos en medicina legal no solo les otorgaba un mayor poder y un cierto prestigio, el cual quizás no habían alcanzado totalmente en el espacio aislado y oscuro del manicomio. Al mismo tiempo, tal participación de los psiquiatras, a través del examen psiquiátrico les daba a los jueces, encargados de sancionar, un sustento en la forma de conocimiento técnico que les permitía extender el ejercicio de su poder más allá del acto cometido (FOUCAULT, 2018c).

Dicho de otra manera, al mismo tiempo que el campo jurídico se beneficiaba de un saber técnico al ejercer su poder, el campo de la medicina mental, además de ampliar su poder, a través del lugar que le otorgaba el decidir si alguien era o no mentalmente capaz y por tanto responsable de sus actos, expandía su radio de acción, mostrando algo que parecía diferenciarse de las prácticas oscuras y confusas del manicomio. En ese sentido, Foucault (2018c), afirma: “El psiquiatra se torna efectivamente un juez; él instruye efectivamente el proceso, y no en el nivel de la responsabilidad jurídica de los individuos, sino en el de su culpa real. E, inversamente, el juez va a desdoblarse frente al médico” (FOUCAULT, 2018c, p. 21, traducción personal).

Esto ocurre, al decir de Foucault, porque el juez, a partir del conocimiento aportado por el médico-psiquiatra, no punirá el delito en sí, en cambio, intentará que los rasgos de la personalidad del sujeto que lo llevaron a delinquir sean corregidos, eliminados, readaptados y el criminal reinsertado socialmente (FOUCAULT, 2018c).

En el período de existencia de la Comisión de Medicina Legal de la Academia de Ciencias de La Habana, que fue entre 1861 y 1958, fueron presentados un total de 103 trabajos sobre la capacidad mental de diferentes acusados. Obviamente los alienistas también trataron otros temas en otros espacios de la Academia, y algunos de ellos sobre enfermedades médicas que aquejaban a los pacientes del asilo de Mazorra, como la lepra, el cólera, el paludismo (GONZÁLEZ, 2010b). A pesar de ello, el tema predominante siempre fue el de la teoría degeneracionista y su relación con las conductas criminales y el espacio privilegiado para abordarlo la Comisión de Medicina Legal.

2.6 HIGIENE GENERAL DE LA LOCURA Y AMPLIACIÓN DE LA PSIQUIATRÍA

A finales del siglo XIX y específicamente en los espacios de debate protagonizados por los académicos cubanos, el tema de la alienación mental ocupaba a los alienistas, pero, como ya hemos visto, este se circunscribía a los casos en que la justicia convocaba al saber psiquiátrico. La realidad de la academia distaba mucho de la de la práctica cotidiana en la gestión de la locura, particularmente en el manicomio, donde la administración se “oponía, ocultaba o abandonaba” cualquier progresión en las formas de tratamiento de la locura o proyecto de carácter científico, provocando el desinterés de los pocos médicos que laboraban allí (HUERTAS, 1991, p. 82).

Poco a poco, el entusiasmo comenzó a ser recobrado con la introducción de un nuevo discurso, el de la prevención de la locura. El poder interrelacionar las labores de la higiene con las del alienismo abría nuevas perspectivas a los psiquiatras cubanos para gestionar la locura. Obviamente esto no dejaba de lado a la teoría degeneracionista, sino que, por el contrario, la implicaba, y cada vez más, como veremos posteriormente. No iba a ser de otra forma, teniendo en cuenta que, como destaca Caponi (2014), “en la segunda mitad del siglo XIX, la herencia mórbida se transforma en el eje articulador de la psiquiatría” (CAPONI, 2014, p. 53).

Hasta ese momento, en el contexto cubano al menos, la teoría de la degeneración había servido sobre todo para que la psiquiatría se insertase en el campo privilegiado de la medicina legal, sin que pudiésemos hablar todavía de su uso de forma relevante en el espacio manicomial. El hecho de privilegiar la existencia de causas específicas de las enfermedades mentales era algo que tenían claro los alienistas cubanos y en ese punto el degeneracionismo los guiaba, pero solo como una teoría desde la cual determinar si alguien era loco o no y si podía ser responsabilizado penalmente.

Con el nuevo discurso, las cosas comienzan a cambiar y Cuba se coloca de esta vez en la misma sintonía de lo que ocurría en la psiquiatría francesa. Afirma Caponi (2014) que, “los teóricos de la degeneración parecen reproducir y multiplicar estrategias biopolíticas que ya no se refieren a individuos, sino a poblaciones” (CAPONI, 2014, p. 50). Si antes, probablemente los cubanos no habían sabido darle

un uso más amplio a la teoría degeneracionista, ahora sí lo harían. ¿Pero cómo es que ocurre este giro de discurso?

A finales de 1895, un joven psiquiatra llamado Gustavo López presentó, como era costumbre, su discurso de presentación ante la Academia de Ciencias de La Habana. La presentación se tituló “Higiene General de la locura”. Desde el inicio, Gustavo López definió una propuesta distinta del “tratamiento higiénico” para la gestión de la locura. Según afirmaba este psiquiatra, hasta ese momento el tratamiento higiénico se caracterizaba por el uso de todos los recursos higienistas disponibles, buscando la cura de las llamadas psicopatías. Ahora bien, la propuesta de este médico se basaba en la realización de una profilaxis de las enfermedades mentales y no tanto en su tratamiento. De esa forma declaraba:

En el tratamiento higiénico de la locura, se utilizan recursos de orden curativo; nosotros queremos levantar un altar a la medicación preventiva; esto es, estudiar el modo y la manera de evitar el desenvolvimiento de la enfermedad. No queremos, en una palabra, hacer terapéutica. Apetecemos practicar la profilaxis; aguzar nuestros sentidos, para que, llenándolos de perspicacia bastante, pueda uno darse cuenta de los inicios más sutiles, de las avanzadas más sigilosas del mal. De este modo, le vencerá en su germen mismo; modificará, esquivará la tara hereditaria; podrá cambiar las disposiciones congénitas; evitar las que puedan adquirirse, etc. Abatiremos así el mal en los reductos mismos de su origen (LÓPEZ, 1896, p. 439).

El primer paso para llevar a cabo la prevención era avocarse al estudio de las causas de las enfermedades mentales y sus desvíos, cuestiones que ya habían sido descritas por otros alienistas y que según el propio médico López, eran “corrientemente aceptadas como ocasionadoras de los disturbios cerebrales” (LÓPEZ, 1896, p. 439). Ahora bien, en ese punto nuestro alienista coloca una primera dificultad. Para él, al tomarse como referencia un discurso estandarizado sobre las causas de la locura, provocaría una “falta de precisión” en los estudios y sus resultados. Según su opinión, a pesar de que se hayan realizado generalizaciones en cuanto a grupos clínicos como las psicosis, por ejemplo, no era posible, por tanto, encontrar uniformidad ni la misma cantidad de causas en los diferentes casos.

Por tanto, la tendencia existente a la estandarización podía resolverse con la introducción del “factor edad”, que implicaba, en relación con las enfermedades mentales considerar los diferentes grupos etarios. Es decir, que, a la hora de estudiar las causas de estas, habría que tener muy en cuenta la edad en que aparecía. Para ello propuso una simple división de estos grupos: infancia, edad media y vejez. Pero el periodo que más le interesaba a Gustavo López, era la infancia.

Gustavo López sostenía que en la infancia y hasta la entrada en la adolescencia, la “organización cerebral” estaría incompleta, por lo que los “desórdenes mentales” no tendrían la misma forma de presentación, ni la variedad que se presentaría en la adultez o la vejez. Esto provocaría que el alienismo se interesase bien poco por la posible aparición de la locura en la primera etapa de la vida. Ese sería el motivo, según él, de la escasa disponibilidad de literatura científica sobre “afecciones mentales en la infancia” (LÓPEZ, 1896, p. 442). Sin embargo, López (1896), reconoce que entre los alienistas era más frecuente encontrar diagnósticos asociados a trastornos alucinatorios en la infancia, como era el caso de la locura sensorial o los terrores nocturnos.

De cualquier forma, para nuestro alienista esto no era suficiente y la cuestión del desarrollo cerebral incompleto en los niños hasta las edades de 12 o 14 años, sería el obstáculo principal para un diagnóstico temprano, una especie de prejuicio de los médicos que haría con que no se diagnosticasen adecuadamente algunos trastornos mentales asociados a los “centros nerviosos superiores”. En otras palabras, partiendo de la concepción de que el cerebro todavía no había alcanzado su pleno desarrollo, los síntomas encontrados en los niños serían asociados a patologías orgánicas, entre las que López destaca “ciertos vicios de conformación, ciertos defectos de desarrollo, cuadros determinados de la degeneración mental, disgenesis cerebrales, etc.” (LÓPEZ, 1896, p. 443).

Continuando con un matiz crítico que ya se vislumbraba en su presentación, López se distancia de aquella corriente en la que habría “mucho de exageración”, donde la herencia sería la causa predominante de los desórdenes orgánicos en la infancia, defendida por “las autoridades” francesas de la psiquiatría, entre los cuales menciona a Pinel, Esquirol, Guislain, Baillarger, Briere de Boisson, Falret y Morel. Al tiempo que reconocía a la herencia como fundamental, el alienista presenta su propia visión del fenómeno de la herencia: “en términos generales, yo no entiendo que existan más que dos clases de herencia: la una, la directa, y la otra colateral” (LÓPEZ, 1896, p. 446).

La herencia directa, también nombrada “homóloga” sería aquella donde la transmisión provocaría una misma perturbación o una análoga. Así, para Gustavo López, “un loco engendra otro; un parálítico general tiene un hijo lipemaniaco; un perseguidor es padre de un neurasténico” (LÓPEZ, 1896, p. 446). En cambio, la otra, llamada también “disímil, heteróloga o neuropatológica”, tendría su base, de forma

exclusiva, en el sistema nervioso y la ley que regiría la forma de transmisión a ella asociada sería la “anarquía selectiva”. Esto significaba que, los sujetos portadores de algunas entidades, como “ciertos fronterizos” o “algunos degenerados del rango superior”, podrían engendrar individuos “situados en los últimos grados de las monstruosidades cerebrales” (LÓPEZ, 1896, p. 446). Es decir que, en estos casos no habría una transmisión directa ni tampoco homogénea de las enfermedades mentales. Esta idea no suponía el abandono de la noción de herencia, sino que, implicaba una apertura a nociones más complejas, donde la capacidad de transmisión podría ramificarse.

Pero Gustavo López (1896), no se detuvo por ahí, sino que también llamó la atención sobre otro grupo de patologías que no podían ser consideradas de orden hereditario. Entre ellas las intoxicaciones crónicas, ya fuera por opio, plomo u otras sustancias; enfermedades como la sífilis, pero también estados diatésicos, o el desgaste del organismo por la edad, algunos tipos de enfermedades, embarazos gemelares y por otro lado una vida desordenada. También apuntaba a la existencia de situaciones emocionalmente fuertes, la embriaguez, la enfermedad o la convalecencia de uno de los progenitores durante el coito y en el caso de la mujer durante el embarazo. Por último, eventos traumáticos o padecimientos del feto.

Todos esos eventos o situaciones alterarían tanto la constitución de los progenitores, provocándoles una actitud enfermiza, como trastornarían el desarrollo mental adecuado de su descendencia. Así, los sujetos engendrados por estas personas, según el psiquiatra cubano, se distinguirían del resto de la población por una especie de predisposición a padecer de enfermedades mentales. Según él mismo los describía como seres que “parecen que andan a la caza de la oportunidad que habrá de hacerlos delirantes” (LÓPEZ, 1896, p. 449).

Es así como, desprendiéndose de aquella corriente que él denominara “exagerada” y que colocaba a la herencia como causa fundamental de las enfermedades mentales, López pretendía abrir el camino para otro tipo de intervención psiquiátrica: la prevención, que ya no era simplemente un llamado a evitar los matrimonios entre sujetos con trastornos mentales, sino que buscaba ampliar su actuación hacia otros campos como el de la higiene y la educación.

Porque, según él, el problema fundamental radicaba en el medio en el cual estos sujetos se desarrollaban, donde la higiene no había tenido ninguna influencia y donde tampoco había una educación “previsora y apropiada”. Por tanto, no dudaba

en afirmar que, “si estos sujetos se hubiesen colocado en atmósferas apropiadas, guiados por preceptos que la práctica aconseja y tiene sancionados, es casi seguro, que no llegarían a delirar, a ser prisioneros de las psicopatías, o ser una carga enojosa del medio en que viven” (LÓPEZ, 1896, p. 449).

El haber llamado la atención sobre la importancia del medio en la transmisión de las patologías mentales, no implicaba para este médico, que se abandonasen los preceptos sobre el matrimonio. Al contrario, según su consideración, habría que ponerlos al mismo nivel cuando se tratase de la etiología. De esa forma, fiel a la tradición degeneracionista, tanto de los autores franceses como de sus colegas cubanos que lo precedieron, Gustavo López dedicó algunos párrafos en su presentación a la cuestión de los matrimonios, repitiendo lo que otros autores habían mencionado y que formaba parte del discurso psiquiátrico de la época: la necesidad de evitar este tipo de uniones para evitar la descendencia (LÓPEZ, 1896).

Ahora bien, ¿cuál era entonces la propuesta de este alienista? De manera general se trataba de realizar “un trabajo serio de represión y de regeneración” (LÓPEZ, 1896, p. 451). En primer lugar, criticaba la idea del intrusismo profesional en el caso de la higiene mental y la pedagogía, puesto que, el evitar los matrimonios entre sujetos portadores de enfermedades mentales supondrían esfuerzos incompletos si no estuvieran “secundados por una educación oportunamente discreta y meditadamente estudiada para cada caso” (LÓPEZ, 1896, p. 452). Así, se abrió un espacio de colaboración entre la pedagogía y la psiquiatría, sostenido hasta la actualidad.

En segundo lugar, habría que crear determinadas condiciones en las viviendas, que implicaban, sobre todo, normas morales específicas, que lo harían “un hogar puro y honrado”. Las familias debían apoyarse en las recomendaciones de los médicos higienistas sobre los mejores comportamientos, los que a su vez debían ser imitados por los niños. Además, los padres debían ser también ejemplo de ciertas “virtudes”, como “el ordenado aprovechamiento del trabajo; las imitaciones a que le llevan la bondad, la moderación, la templanza”. Todo ello haría con que se obtuviese el tipo de niño “obediente, dócil y sin perversidad de hoy, y en el mañana, el hombre pundonoroso, honrado, etc., que la sociedad necesita para su alzamiento y su prestigio” (LÓPEZ, 1896, p. 454).

En contraste debían evitarse los hogares con “atmósferas” distintas a la anterior, donde reinasen “los factores del desorden, de la crápula, latrocinio”, donde

el niño, considerado sin recursos suficientes para resistir “el empuje de las solicitudes múltiples de que es objeto” y que lo harían susceptible de transformarse en delirantes, psicópatas o perversos. Es interesante destacar que, para López, al tiempo que el niño era propenso a convertirse en ese tipo de sujetos, tanto a causa de la transmisión hereditaria como por la influencia del medio, también, por las mismas razones, sería “susceptible de mejora, que el hombre mismo con toda la fuerza de su reflexión” (LÓPEZ, 1896, p. 454). Como fundamento, López cita a Georges Bonjean, fundador y presidente de la Sociedad Protectora de la Infancia en París.

Bonjean era un referente fundamental de una corriente higienista europea de control y corrección de la infancia abandonada, la cual tenía como espacio principal de debate e intercambio los Congresos Internacionales de Protección a la Infancia (*Congrès internationaux de la protection de l'enfance*), que comenzaron a realizarse en la década de 1880 (BONJEAN, 1896). Según afirman Milagros Sáiz y Dolors Sáiz (2012), en estos congresos se trataban regularmente dos grandes temáticas: la primera, los aspectos jurídicos y las responsabilidades de los estados y las familias con respecto a los niños abandonados y considerados delincuentes; la segunda, los discursos médico-higienistas sobre la infancia, la prevención de enfermedades y la mortalidad infantil. Tales temas ocuparían el centro de atención, durante las primeras décadas del siglo XX, donde habrá, según las autoras, “una atmósfera de defensa del mundo infantil” (MILAGROS SÁIZ Y DOLORS SÁIZ, 2012, p. 54).

Son justamente esas ideas de protección de la infancia, de prevención de las enfermedades y de los desvíos de conducta, surgidas en el marco del higienismo francés, que le sirvieron a Gustavo López para defender su discurso sobre la intervención temprana sobre la infancia. En ese sentido, el alienista cubano, además de ser nominado como uno de los más destacados iniciadores y reformadores de la psiquiatría cubana (HUERTAS, 1991; MARQUES DE ARMAS, 2014), también puede ser considerado pionero del movimiento de higiene mental y de la psiquiatría ampliada en aquel país, que cobraría fuerza a principios del siglo XX.

Una tercera propuesta de López sería “Establecer los principios de la higiene mental” en el campo de la educación familiar. Esto implicaba que debían crearse y fortalecerse los buenos hábitos, al tiempo que se evitarían “ciertos espectáculos”⁴⁷

⁴⁷ Aunque el autor no especifica cuáles eran estos espectáculos, si tomamos en cuenta que desde mediados de siglo se desarrollaba una intensa campaña contra los juegos de azar, la vagancia, la

(LÓPEZ, 1896, p. 455). Unido a ello, debían “ser muy vigiladas las reuniones de los niños; y no consertirse, con los que le lleven apreciable diferencia de edad. Este hecho, cuántas veces es el que despierta y anticipa la vida genital de las criaturas, dejando maltrecha su natural inocencia, rasgando su pudor, y abriendo puertas a determinadas perversiones” (LÓPEZ, 1896, p. 455).

Pero no solo los niños de mayor edad eran los señalados como posibles responsables de los desvíos morales de los otros infantes, sino que, en este grupo López (1896), colocaba también a los “criados”, los que, debemos recordar, la mayoría de las veces eran personas negras que hasta hace poco tiempo eran los esclavos que trabajaban en las casas cubanas, solo que, después de abolida la esclavitud en 1886, pasarían a ser remunerados por sus labores (ROMERO ALMODÓVAR, 2014).

La referencia directa a la clase social e indirecta a la raza negra que realiza el psiquiatra cubano para referirse a los peligros que habría sobre la infancia vulnerable no fueron las primeras ni las últimas. Hay un elemento que atraviesa el discurso de la medicina mental a lo largo del siglo XIX y hasta mediados del siglo XX en Cuba y es el racismo. Si habíamos visto en Muñoz, un interés particular por demostrar que había cierta exclusividad en el sufrimiento de los esclavos, transformándolo en patología, nuevamente hallamos en López, alusiones a las razas, a las patologías mentales y a la peligrosidad.

En este mismo texto que analizamos, el alienista López menciona la predominancia de idiotismo, imbecilidad y debilidad de inteligencia, colocadas dentro del campo de la degeneración mental, entre personas de la raza negra, lo cual sería, según él, una particularidad de la Isla de Cuba.

Pues bien, según este médico, las niñas eran aún más vulnerables ante la perversión, pues estas serían “tiernos seres a quienes desgarrar el pudor y prematuramente abren a las perversiones sexuales, la maldad criminal o la tórpida estulticia de ciertas criadas”. Así, insistía en que la moralidad de las criadas debía ser tenida en cuenta, pues “no de otro modo, pueden explicarse ciertas inclinaciones o prácticas perversas de determinados niños” (LÓPEZ, 1896, p. 475).

La cuarta recomendación, aunque relacionada directamente con la educación, se dirigía hacia otros espacios por fuera del hogar, específicamente los talleres y

prostitución, todos ellos asociados a la existencia de violencia y contrarias a la moral (MARTÍNEZ, 2014), suponemos que se trate justamente de eso).

escuelas de artes oficios y planteles de enseñanza, a donde eran enviados los niños y adolescentes de las clases menos favorecidas y donde quedaban bajo la tutela de los maestros, en su mayoría hombres. Es por eso por lo que para las madres de las niñas hacía la recomendación particular de no confiar en cualquier maestro o encargado.

Por otro lado, para las madres de los niños, el alienista recomendaba:

jamás dejes á vuestros hijos entregados a su propio alvedrío, a su personal gobierno; nunca le consintais vagabundear libremente; estorbadle con sistemático rigor la concurrencia a los cafés, a los billares. Quien hoy se entretiene habitualmente con el billar ó el dominó, mucho adelantado tiene para ser el jugador de mañana. Que quien horas muertas permanece en un café, roba tiempo a su estudio ó aprendizaje, prepara su vagancia y su afición a las bebidas, y fabrica el alcoholista del porvenir. Tanto mejor y más fácilmente, cuan to menos perfecta y resistente sea su organización cerebral (LÓPEZ, 1896, p. 475).

La estrategia higienista propugnada por este médico estaba bien dirigida a la prevención de conductas consideradas contrarias a la moral. Por un lado, las niñas debían ser protegidas de la sexualidad, la cual podía ser despertada por algún adulto, ya fuera la criada doméstica o algún profesor. Por el otro lado, la sexualidad de los varones no era tan importante prevenirlas como sí la vagancia, el juego y sobre todo el alcoholismo. Vemos así que, al tener al alcoholismo como uno de los factores a considerar para prevenir la degeneración, López reafirma la influencia francesa en la psiquiatría cubana y, sobre todo, en este punto es bien moreliano.

Foucault, en *La voluntad de saber*, apunta cómo la psiquiatría se adjudicó el campo de las perversiones sexuales como objeto de estudio propio, y cómo eso constituyó uno de los tantos detonantes de los discursos sobre el sexo en el siglo XIX. Por tanto, estudiar las manifestaciones de la sexualidad, tanto en la infancia como en la adultez, recomendar comportamientos, vigilar, establecer regulaciones, prevenir los excesos y las perversiones, etc., comenzaron a ser parte del actuar del psiquiatra (FOUCAULT, 2007).

Es justamente lo que propone Gustavo López (1896), en su discurso: vigilar los comportamientos de los adultos y de los niños que pudieran apuntar a manifestaciones sexuales y por tanto prevenir las perversiones en el futuro. En ese punto habría una doble prevención: de un lado proteger a los niños de la perversión sexual adulta y por otro, a los propios niños de la perversión sexual de otros niños mayores, inducida por los adultos. Pero debemos resaltar, toda vez que el alienista insiste en ello, el hecho de que, al menos en el ámbito del hogar, el peligro mayor era

representado por un tipo de adulto específico: las empleadas domésticas, antes esclavas y desde siempre situadas en una clase social inferior.

Eso no era otra cosa que la repetición del viejo discurso sobre la peligrosidad que acompaña la historia social de Cuba durante todo el siglo XIX, donde, como ya hemos visto, se condensaban el higienismo, el rechazo a la pobreza y el racismo, teniendo como objetos una serie de figuras, entre ellas los negros y mestizos esclavos y libertos, pero también los esclavos y emigrantes chinos, los delincuentes, los vagos, las prostitutas, los enajenados mentales.

Ahora bien, ¿por qué la infancia ocupa un lugar central en el discurso de este psiquiatra? ¿Qué relación se establecía entre la higiene de la locura y la infancia? La explicación obviamente viene de la anatomopatología cerebral. Anteriormente López ya había defendido la idea de que la infancia era un período particularmente significativo, debido sobre todo a la falta de maduración del sistema nervioso y su organización, por tanto, habría una relación estrecha entre la biología y la alienación mental.

La relación entre infancia y alienación mental radicaría en que, debido a esa falta de desarrollo completo del sistema nervioso ya mencionada por López, los niños serían más susceptibles a la influencia de las causas de la locura. Comprensiblemente tales ideas estaban inspiradas por la psiquiatría francesa, paradigma exclusivo de los alienistas cubanos hasta el momento. Sobre la teoría localizacionista en la psiquiatría francesa, Caponi (2014), destaca lo siguiente:

Los teóricos de la degeneración que sucedieron a Morel aceptaron el postulado de Cabanis de la insoluble relación entre lo físico y lo moral, se mantuvieron fieles a la teoría de la herencia y buscaron en la anatomopatología cerebral explicaciones cada vez más precisas para la intuición de Morel sobre el papel central que ejerce el sistema nervioso y el cerebro en la degeneración hereditaria (CAPONI, 2014, p. 83).

Antes de encerrar su discurso de presentación ante la Academia de Ciencias, López se ocuparía todavía de dos grupos que él también consideraba propensos a padecer trastornos mentales y, por tanto, susceptibles de “ser beneficiados por la higiene” (LÓPEZ, 1896, p. 478): las mujeres y los alcohólicos.

Sobre las mujeres López aclaraba que, aunque no se les podía imputar “factores directamente hereditarios”, ni “expresiones degenerativas”, estas tendrían “un sello de susceptibilidad, exageraciones ruborosas determinadas, singulares condiciones emocionales, especial falta de resistencia, etc., que los hace todavía

acreedores a nuestros mandatos y consejos” (LÓPEZ, 1896, p. 479). Esa susceptibilidad de las mujeres, según el alienista, las situaba en un estado intermedio entre las patologías asociadas al degeneracionismo y aquellos sujetos que gozaban de salud mental y, por tanto, las labores de la higiene mental debían ocuparse también de ellas.

La atribución social de ciertos roles tradicionales, entre los que estaban el de esposa y el de madre, implicaba para este médico un nivel moral más elevado, lo que, al mismo tiempo, ampliaba “su órbita afectiva y creadora” provocando entonces aquella susceptibilidad mencionada anteriormente y necesitando al fin de atenciones especiales. Tal susceptibilidad se manifestaría sobre todo en ciertos períodos como el menstrual, el postparto y la lactancia, provocándole a las mujeres “una sobreexcitación, una sensibilidad especial, que le procura notable predisposición para el ofrecimiento y evolución de las enfermedades mentales” (LÓPEZ, 1896, p. 479).

Por tanto, la higiene mental dirigida a las mujeres durante estos períodos debía seguir las reglas siguientes:

- 1) Garantizarle “los cuidados más discretos y persistentes”;
- 2) Garantizarle la tranquilidad;
- 3) Evitarle situaciones que le provocasen “irascibilidad” y prevenir las “impresiones fuertes”;
- 4) Evitarle situaciones que le causasen “violencias y sobresaltos”, pero también temores y, por último,
- 5) Considerarlas “como a un sujeto verdaderamente predispuesto” (LÓPEZ, 1896, p. 480).

Tanto la visión sobre las mujeres como seres susceptibles de enfermar mentalmente como la estrategia de higiene propuesta por este alienista formaban parte de una concepción global que les imponía una posición de servidumbre hacia los otros (los hombres, los hijos, los padres, etc.). Ser mentalmente saludable, en el caso de las mujeres implicaba sobre todo la sumisión, con diferentes matices, como el estar dispuesta todo el tiempo a los deseos del otro, no solamente sexuales, pero también no mostrar signos de sufrimiento psicológico, ir en contra de patrones morales y desafiar los roles de género tradicionalmente impuestos. Así, cualquier comportamiento diferente o transgresor del ideal de salud mental, del orden moral y de las tradiciones, implicaba lo que Franca Basaglia llamó “sanción psiquiátrica”, esto

es, el estigma de alguien carente, destinada a la “locura” y “enferma por definición” (BASAGLIA, 1987, p. 55-56).

Aún hay otro detalle que no podemos pasar por alto, pues permite entender por qué consideramos que el discurso de este alienista en particular permitió sentar las bases de la psiquiatría ampliada en Cuba. Se trata de una aclaración hecha por él mismo al recomendar las medidas higiénicas a las mujeres. López dejaba claro que estas medidas no estaban dirigidas a evitar la “locura puerperal”, la cual ya estaría dentro del propio campo de la enajenación mental, sino que, de lo que se trataba era de “prevenir” la aparición de enfermedades mentales en las mujeres consideradas sanas (LÓPEZ, 1896, p. 480).

El otro grupo colocado por Gustavo López como propenso a padecer “trastornos cerebrales” era el de los alcohólicos o “alcoholistas”. Aunque el autor reconocía que este tema tenía alcance global, su referencia principal sobre alcoholismo y su tratamiento era el alienismo francés. Tal referencia, además de ser clara evidencia de la influencia teórica de los franceses sobre los psiquiatras cubanos, también demostraba el lugar central que el alcoholismo ocupaba entre los debates médicos de aquella época en Francia. En ese sentido, Quérel & Simon (1988), señalan la existencia de un “discurso antialcohólico” en el campo del alienismo y el higienismo durante todo el siglo XIX en Francia, el que, apoyado en argumentos estadísticos, apuntaba al alto índice de consumo de bebidas alcohólicas como una de causas de las enfermedades mentales, del elevado número de internaciones en los asilos psiquiátricos y de la existencia de degeneraciones.

López (1896), cita, además, como un ejemplo a seguir, el recién creado servicio de psiquiatría especializado para el tratamiento del alcoholismo dentro del Hospital Psiquiátrico de *Ville-Evrard*, en París, pero también menciona a autores como Valentin Magnan y Marandon de Montyel, médico jefe del asilo de Ville-Evrard, como referentes para tener en cuenta⁴⁸. En cambio, Cuba se mostraba para él como un país atrasado en cuanto al tratamiento del alcoholismo y, por el contrario, desde la visión del alienista, existían enormes facilidades para su proliferación, como las leyes demasiado benévolas, la cantidad de cafés, quioscos y burdeles, lugares donde era muy frecuente la venta de bebidas alcohólicas.

⁴⁸ Particularmente Magnan, junto a August Morel, se destacaron por colocar al alcoholismo como centro de la medicina mental, asociándolo a la degeneración y la alienación mental (VALENCIA, 2018).

Las afirmaciones de López cargaban un último ingrediente: el discurso de la peligrosidad, pues estos espacios, según afirmaba, “se encargan bien de fomentar considerablemente un vicio, que mucho contribuye a mantener alto el nivel de la criminalidad y de los más variados delitos” (LÓPEZ, 1896, p. 481). Todo esto se juntaba a una “alta cifra de desórdenes orgánicos” y a la susceptibilidad de la juventud a padecerla.

Estrechamente relacionado con el alcoholismo y los espacios de ocio, Gustavo López se mostraba preocupado con la prostitución, específicamente por la relación que se establecía entre esta, la transmisión de la sífilis y las enfermedades mentales. Para él, “cual sucede con el alcoholismo, la sífilis ejercita su acción, no directamente, por efecto especial del virus, sino a través de cambios anatómicos, de modificaciones estructurales previamente sobrevenidas en los centros nerviosos” (LÓPEZ, 1896, p. 483).

Para argumentar su afirmación, nuevamente López citaba a la medicina francesa, específicamente al destacado médico Étienne Lancereaux, reconocido por sus aportaciones al estudio de la diabetes, sobre el alcoholismo y la sífilis (PÉREZ, 2013), pero también al patólogo e higienista alemán Rudolf Virchow, al internista y pediatra alemán Otto Heubner y al francés Jean-Alfred Fournier. Todos ellos reconocidos por sus importantes descubrimientos sobre la sífilis, sus mecanismos de transmisión y sus secuelas.

No debemos considerar la alusión a Virchow solamente por el lado de sus estudios sobre la sífilis, y sí que, por tratarse de uno de los principales referentes de la medicina higienista, López lo colocaba como modelo. En aquella época, en Europa y a partir de las ideas de la ilustración, comienzan a percibirse mayores esfuerzos tanto de los gobiernos como de las instituciones sanitarias para realizar intervenciones higienistas sobre las clases sociales menos favorecidas. Tales esfuerzos estarían motivados por las tasas altas de mortalidad entre aquella población y las deplorables condiciones de vida, que implicaba no solo a las viviendas, sino también a problemas nutricionales (GONZÁLEZ, 1999). Y como ya habíamos mencionado, entre los higienistas más conocidos estaba Virchow. A grandes rasgos, este médico proponía la ampliación de la salud pública, estudiando las condiciones de vida de determinados grupos sociales y su impacto en la salud (ROSEN, 1985). No obstante, señala Caponi (2002b), que, a pesar de que los estudios de los higienistas como Villermé y Virchow

demonstraron que había una relación estrecha entre desigualdad social y mortalidad, sus discursos asociaban a la pobreza con la peligrosidad.

Vemos, así como el discurso del psiquiatra cubano se fundamentaba en las ideas higienistas europeas, particularmente las francesas, lo cual no constituía una exclusividad, toda vez que, tal como afirma George Rosen, París había sido la “fuente primaria del pensamiento avanzado” (ROSEN, 1985, p. 80) y el principal referente de la medicina latinoamericana (RODRÍGUEZ DE ROMO & RODRÍGUEZ PÉREZ, 1998; CUETO, 2007; PINEDA CANAR, 2014).

Volviendo al tema de la sífilis, en Europa, desde finales del siglo XVIII y durante el siglo XIX, se aprecia un crecimiento de la preocupación por su contagio, al igual que de otras enfermedades venéreas. A la vez que había preocupación por el contagio, estas enfermedades estaban fuertemente cargadas de estigmas, al relacionarlas directamente con la práctica de la prostitución, con la pérdida de salud entre los jóvenes y entre los miembros de los ejércitos (BOLEA, 2004).

Ahora bien, sobre la sífilis en particular, afirma Tilles (1999) que, a partir de la década de 1880 apareció una fuerte tendencia entre los médicos europeos a considerar a la sífilis como una enfermedad hereditaria, lo que la colocaría en el centro de la preocupación moral en aquellos momentos. Pero lo más importante es que, aunque no existían evidencias científicas, se consideraba que la sífilis podía causar degeneración en los niños o generar asesinos en serie. Desde esos principios las prostitutas y las mujeres de clases bajas eran consideradas las principales transmisoras de la sífilis a las familias y causantes de degeneración (TILLES, 1999).

Por ello, la prostitución y el sexo extramatrimonial se transformaron en objetivos de las estrategias higienistas. Los higienistas procuraban sobre todo la profilaxis de enfermedades contagiosas y también la prevención de los considerados como desvíos morales, amparada en principios conservadores clasistas y religiosos. Los desvíos morales también eran considerados “enfermedades sociales” y la prostitución era colocada como una de ellas. Las enfermedades y los desvíos morales fueron relacionadas a partir de un mismo concepto, el de contagio. Es decir, desde la concepción higienista social, el peligro de contagio no solo era de las enfermedades, sino también de los desvíos morales y por tanto cualquier relación sexual ajena a la institución matrimonial su principal símbolo.

La propuesta de Gustavo López al respecto era la siguiente: “todo médico debe someter sus casos de sífilis primaria y secundaria, a un tratamiento mixto,

continuado, y tan completo, como la índole de las manifestaciones infectivas lo requiera. Ello haciendo, se pone en práctica, la profilaxis de la sífilis cerebral” (LÓPEZ, 1896, p. 484). No obstante, el alienista cubano no se limitaba a recomendar el tratamiento de la sífilis con fines profilácticos, sino que, la higiene debía ampliarse aún más. En ese sentido él mismo afirmaba

no se trata en concreto, de evitar el mal en sí, sino de esquivar que sus asquerosas manifestaciones, que sus desórdenes variados, torturen la vida de nuestros hijos, y contraten la insalubridad para nuestra descendencia. Es más: se trata de impedir la decadencia intelectual y moral, la degeneración de la especie humana; a la que, no hay duda marchamos, tanto más apresuradamente, cuanto más abundosa y esparcida se encuentre la sífilis (LÓPEZ, 1896, p. 485).

Con una propuesta ambiciosa, amparada en el discurso de la higiene y de la profilaxis de las enfermedades mentales y la degeneración, Gustavo López concluía su presentación ante la Academia de Ciencias de La Habana. Con su discurso, quedaba claro que se preparaba el terreno para que la psiquiatría cubana pudiese ampliar su radio de acción, asegurándose así un lugar en la política de higiene social que comenzaba a diseñarse a finales del siglo XIX en Cuba y que tendría su momento de máximo desarrollo en la etapa republicana, hasta la década de 1950, como veremos posteriormente.

La presentación de López tuvo una muy favorable acogida entre los académicos cubanos, sobre todo porque conseguía convencer a sus colegas de medicina sobre la existencia de una relación directa entre el peligro de la propagación de enfermedades y la locura. Encargado de contestar el discurso del alienista cubano, el médico Juan Santos Fernández, estableció una analogía entre las frecuentes epidemias que azotaban al país y la locura como si esta fuese una enfermedad contagiosa, al tiempo que presentaba a López como un aguzado descubridor de esta relación y de la importancia de la psiquiatría en el campo de la higiene.

Es decir que, para este médico, López había sido convincente al mostrar no solo la necesidad de intervenir de forma temprana en las enfermedades contagiosas comunes, sino también en aquellas consideradas “de la razón” y que, provocaban muchas veces los desvíos de la moral. Igualmente destacaba como algo prometedor para el campo de la higiene, las ideas de López acerca de la educación infantil “para hacer a los niños buenos, para obtener más tarde hombres sanos y exentos de vicios”, así como a los cuidados que debían dispensarse a las mujeres, en tanto susceptibles

de “de perder la integridad de sus facultades psíquicas desde muy pequeña” y el papel que supuestamente jugaban en ello las empleadas (FERNÁNDEZ, 1896, p. 493).

Gustavo López rápidamente se transformó en secretario de la Academia de Ciencias y en director de sus Anales, principal publicación científica cubana de las últimas décadas del siglo XIX y la segunda mitad del siglo XX. En la opinión de Huertas (1991), la obra de López marcó el punto de partida de la psiquiatría como especialidad médica en Cuba, debido a su vasta producción académica, su labor reconocida como alienista en el Asilo de Dementes, así como su visión particular de la teoría degeneracionista de Morel.

A nuestro juicio, tal afirmación desconocería el trabajo realizado por otros alienistas, antecesores y también colegas de López en el manicomio cubano. No obstante, ciertamente López marcó una gran diferencia con su discurso de presentación ante la academia, un antes y un después en la forma en que debía gestionarse la locura, no solo con los tratamientos ya conocidos, sino la posibilidad de prevenirla e intervenir sobre ella de forma temprana. En otras palabras, la ampliación de la psiquiatría en Cuba.

Sí, como ya habíamos visto, al introducirse el discurso de la enfermedad mental en el campo jurídico, comenzaba a expandirse el radio de acción de la psiquiatría, la vinculación entre el alienismo y el higienismo permitiría extenderlo aún más, por fuera de los límites del manicomio. Tal movimiento formaba parte de una serie de “nuevas estrategias de intervención y de gestión de las poblaciones vinculadas a la teoría de la degeneración”, que comenzaron a aparecer en la segunda mitad del siglo XIX, extendiéndose hasta el siglo XX (CAPONI, 2014, p. 17).

Para Caponi (2014), la diversificación del discurso higienista, la clasificación de determinados comportamientos como si fuesen síntomas y, por tanto, la ampliación de la psiquiatría se inscribía en una biopolítica de los grupos poblaciones considerados como riesgos, tanto sanitarios como sociales, generando de esa forma, respuestas específicas para contrarrestarlos. La psiquiatría encontró en la teoría degeneracionista el principal soporte para poder extender su capacidad de maniobra, la cual ya no sería solamente la curación de la locura, sino también su prevención, la prevención de la degeneración.

El impacto de esa teoría en el campo de la psiquiatría es explicado por Caponi (2014) de la siguiente forma: “la teoría de la degeneración permitía desplazar el eje de intervención de la psiquiatría, que pasará de las enfermedades a las conductas, de

las patologías a las anomalías, de los síntomas indicativos de lesiones orgánicas a los síndromes de la degeneración” (CAPONI, 2014, p. 22). Es por eso por lo que, el fortalecimiento de la capacidad operativa de la psiquiatría le otorgaría un espacio en la biopolítica de las poblaciones consideradas como riesgos.

Como pudimos ver, todos estos elementos, la teoría de la degeneración, el ideal higienista, la intervención temprana y el control de las poblaciones de riesgo, estaban presentes en la presentación del alienista cubano Gustavo López, lo que marcaría una ruptura con lo que hasta ese momento se propugnaba en el discurso de la psiquiatría cubana, esto es, la intervención para contener e intentar curar la locura dentro de los límites del asilo.

2.7 UN “ASILO QUE NUNCA HA SIDO UN MANICOMIO”

El ruidoso silbato de las locomotoras agregaba un tormento más a la vida de los pacientes del asilo. Una línea ferroviaria partía en dos a Mazorra y varias veces en el día el tren la atravesaba, marcando un contraste entre el inmutable movimiento hacia el progreso que el ferrocarril simbolizaba y la inercia a la que la locura era condenada. Por otro lado, los malos olores que provenían del pantano contiguo al asilo, de las cloacas y zanjas situadas al interior del lugar, a donde iban a parar los excrementos y los desechos de los pacientes y funcionarios contribuían a hacer la vida allí más insoportable y mantener un panorama desolador.

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX la vida en Cuba se había transformado considerablemente. Una segunda guerra de independencia finalmente había dado mayores resultados y la Isla caribeña dejaba de ser colonia de España, aunque controlada por un gobierno militar estadounidense, entre 1898 y 1902. Terminando el período colonial, comenzaba un nuevo ciclo que implicó cambios tanto económicos, como políticos y sociales. Al tiempo que Cuba se tornaba independiente de España los Estados Unidos ampliaban su presencia en el país, fortaleciendo su influencia en todos los sectores de la sociedad.

El gobierno militar de la Isla de Cuba se amparaba no solo en el hecho de haber ayudado a ganar la guerra de Cuba contra España, provocando un desbalance de fuerzas en detrimento de los españoles, sino también en la anexión de una enmienda, conocida como “Enmienda Platt”, a la constitución cubana, luego de

firmado el Tratado de París de 1898, la que le otorgaba a los Estados Unidos plenos poderes sobre la recién abandonada colonia española (MACHADO Y ORTEGA, 1922; U.S. CONGRESS, 1899).

La guerra contra España había dejado a la nación sumida en una importante crisis económica, provocando que muchos habitantes quedaran en una situación de miseria absoluta. Unido a ello, crecieron cada vez más las diferencias de clases, la discriminación racial y el rechazo a la población pobre. Es importante tener en cuenta, además, que, antes de que se produjese la intervención militar norteamericana en Cuba, había una situación sanitaria propicia para la propagación de varias enfermedades infectocontagiosas en el país como lepra, fiebre amarilla, tuberculosis y cólera, agudizándose por los efectos destructivos de la recién terminada guerra contra España.

Para resolver estos problemas, el gobierno interventor norteamericano comenzaría una serie de reformas en dos ámbitos medulares: la salud y la educación, a los cuales daría continuidad el gobierno republicano posteriormente⁴⁹. Obviamente el modelo de gestión sería predominantemente el norteamericano. Intervenir en la salud y la educación podía asegurar al gobierno un mayor control de las poblaciones consideradas vulnerables y de riesgo, buscando no solo la prevención de las enfermedades contagiosas, sino también de la delincuencia y las conductas consideradas desviadas de los patrones morales.

Tomando como referencia las elaboraciones de Foucault sobre las formas de biopoder, podemos considerar las reformas introducidas por el nuevo gobierno como una estrategia biopolítica. Para Foucault (2018a), los objetivos sobre los cuales interviene comúnmente la biopolítica son los efectos del medio sobre las personas, los fenómenos de la natalidad, la mortalidad y la morbilidad, así como las diferentes incapacidades biológicas, que afectan el conjunto social que él define como población. Por tanto, los problemas sanitarios que sufría la población cubana debían convertirse en objetivos priorizados de la biopolítica.

En este campo específico de la salud, que es el que nos ocupa, es importante destacar que los avances experimentados en materia sanitaria en los Estados Unidos ocurrían a su vez por la influencia del modelo de salud pública británico. Así, los

49 En la historiografía cubana se conoce como republicano al período comprendido entre 1902-1959, siendo el de mayor influencia norteamericana en el país (GARCÍA, 2000).

norteamericanos contaban con mecanismos administrativos de salud bastante sólidos que les permitían trabajar en función de la prevención, supervisión y regulación efectiva de la salud comunitaria. En concreto, los sanitaristas estadounidenses podían lidiar con las epidemias recurrentes de fiebre amarilla, cólera, viruela y tifus (RHODES & BRYANT, 2021). A esto se unió la experiencia de algunos médicos cubanos en materia epidemiológica, como fue el caso de Carlos Juan Finlay, médico y científico cubano, que se había formado en los Estados Unidos y quien fuera el descubridor del agente transmisor de la fiebre amarilla (GÓMEZ DANTÉS, 2015).

Dentro de la estrategia reformista en el campo de la salud uno de los objetivos prioritarios eran los hospitales y asilos, toda vez que presentaban una marcada situación de precariedad. Entre estos espacios, el asilo para dementes fue uno de los primeros a ser intervenidos. Por aquellos días, la situación de Mazorra escandalizaba tanto a las nuevas autoridades de la Isla de Cuba como al gremio médico, como si la existencia de aquel lugar hubiera pasado desapercibida desde su fundación y solo con la intervención sanitaria de los norteamericanos se descubriera.

Una de las primeras reacciones que apuntaban a “un redescubrimiento” del asilo para dementes dentro del gremio médico fue un artículo aparecido en 1898 en la importante publicación científica *Crónica Médico Quirúrgica de La Habana*, en el tomo XXIV, bajo el título “Una visita a la Casa de Enajenados”. Allí, se describía la realidad de los pacientes del modo siguiente:

En todo el año no se ha necesitado una camisa de fuerza, porque convertidos en espectros, esperan la muerte, de la que sólo ha escapado la tercera parte (...) Por fortuna estamos en las postrimerías de un régimen que ha matado toda iniciativa, que ha deprimido la ciencia y que con brutal centralización administrativa ha maniatado a los que pudieran hacer algo y ha puesto las resoluciones más trascendentes en manos de inexpertos escribientes de las oficinas de la extinguida colonia (CRÓNICA MÉDICO QUIRÚRGICA DE LA HABANA, 1898).

En esta crónica no sólo se describía el estado deplorable y de abandono de los enajenados encerrados allí, sino que se criticaba abiertamente al gobierno colonial derrocado y se le colocaba como responsable principal de aquello. Habrá que ver más adelante si en los gobiernos subsiguientes la situación de Mazorra cambiaría efectivamente.

Figura 10 – Asilo de Mazorra



Fuente: Segunda Conferencia Nacional de Beneficencia de la Isla de Cuba (VALDÉS, 1904).

Aproximadamente un año después de haber aparecido el artículo, en 1899, el secretario de Estado y Gobernación Domingo Méndez Capote y el Vicesecretario Manuel Despaigne dirigieron un informe al recién nombrado gobernador militar de Cuba, el general norteamericano John Ruller Brooke, denunciando la situación del asilo:

Mazorra es un caso típico en que pueden estudiarse de una manera concreta los hechos que fueron formando la conciencia cubana hasta el grado de llegar a declarar completa y absolutamente incompatibles la administración española con el bienestar del país, poniendo así, de modo irreconciliable, las armas en manos de sus hijos. No podemos decir que aquello fuera un asilo ni una casa de curación, no es más que una cárcel a la española, con todos los horrores y todos los ataques a la naturaleza, a la moral, a la higiene y a la vida. El pobre loco, en su promiscuidad espantosa, carece de todo: de limpieza y alimentación. Allí vive, si aquello es vida entre sus propias secreciones; por alimento, un sancocho de arroz y garbanzos cocinados de una sola vez para ahorrar combustible... (MÉNDEZ CAPOTE & DESPAIGNE, 1899).

Al mismo tiempo, el médico higienista Eduardo F. Plá, envió otro informe al gobernador Brooke y a la Junta de Gobierno de la nación, describiendo la misma situación:

La impresión recibida es en extremo desagradable, no sólo por el estado de los edificios, sino por sus condiciones sanitarias y la tristísima situación de los asilados (...) Las celdas son peores que las bartolinas de las cárceles y presidios españoles (...) Según oímos a antiguos empleados de la casa la mayor parte de esas defunciones se debieron al hambre y a la desnudez en que se tenía a esos infelices; aún todavía están descalzos y vestidos con trajes de soldados españoles que recogieron en los hospitales las Hermanas de la Caridad (PLÁ, 1899).

También, otro médico reconocido y muy interesado en psiquiatría, nombrado José A. Malberty⁵⁰, presentó ante el secretario de Gobernación, el Dr. Méndez Capote, el siguiente informe:

En general, puede asegurarse que ninguno de los departamentos reúne las condiciones propias para que se destinan y muy impropriamente se les llama Manicomio, pues a simple vista y aun para los ojos más profanos, constituyen ambos edificios verdaderos cuarteles para depositar cual seres dañinos a los pobres locos (...) la higiene falta en todos los sentidos, la aglomeración y el hacinamiento de los enfermos, los pisos húmedos, de losa, pavimento impropio de esta clase de hospitales; los desagües, excusados y cloacas al aire libre se esparcen por los alrededores de los edificios dando un olor fétido e insoportable y esparciendo sus emanaciones insanas (...) En el departamento de mujeres reina la promiscuidad, que si bajo el punto de vista médico es perjudicial, es desastroso bajo el punto de vista moral, pues se ven mezcladas, compenetradas pudiéramos decir, las mujeres de la vida pública, cuyos hábitos, costumbres y lenguajes tanto influyen en las formas delirantes, con las señoras o señoritas de la buena sociedad (MALBERTY, 1899).

Así, vemos como ocurre un despertar entre los médicos cubanos hacia la situación del asilo de Mazorra, cada vez más orientados desde el discurso higienista e inspirados por la llegada de un nuevo gobierno. Ahora bien, eso no significa que los alienistas cubanos estuvieran inactivos durante ese tiempo. Es importante esclarecer que, una cosa ocurría a nivel académico, es decir, en los espacios de debate de la academia, donde los alienistas presentaban con cierta frecuencia trabajos relacionados con la medicina mental y la criminología, y otra en los niveles de gestión médica y administrativa del asilo y los pacientes. Mientras en los salones de la Academia de Ciencias los alienistas cubanos debatían sobre los últimos avances en su campo, en el asilo de dementes, casi medio siglo después de su fundación, la palabra “abandono” seguía siendo la que mejor describía su situación.

Las denuncias y los informes dirigidos al gobernador Brooke surtieron un rápido efecto, llevándose a cabo, con toda urgencia una serie de medidas para modificar el estado deplorable en que se encontraba Mazorra, sobre todo porque ello formaba parte de la estrategia sanitarista del gobierno interventor. Según afirma Lambe (2018), los esfuerzos por reconstruir el asilo de Mazorra y convertirlo en un manicomio, dejando atrás la imagen de “cárcel de locos”, la llevaron a ser el centro de los discursos políticos, tanto de los norteamericanos, que ostentaban un aire

⁵⁰ En 1903, el doctor José A. Malberty, junto al doctor Gonzalo García Vieta, presentaron ante la Cámara cubana un proyecto de ley para la creación de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia (AGUIAR GONZALEZ DE LA PENA & BENITEZ PINON, 2011).

paternalista con los cubanos, como por parte de los propios criollos, que veían a los “yanquis” como salvadores y aliados. Tampoco sería la única vez que el asilo de Mazorra sería tomado como símbolo de decadencia del gobierno derrotado, pues casi sesenta años después, la historia se repetiría. Por el momento, aquel lugar, totalmente abandonado por los españoles sería reformado por los cubanos con la ayuda de los norteamericanos.

Entre las primeras medidas adoptadas por el nuevo gobierno estuvo la de enviar una comisión de inspección al asilo, comandada por un militar norteamericano, nombrado Heickey, con la finalidad de conocer las condiciones en que se encontraba la institución y comprobar la veracidad de los informes enviados por los médicos cubanos. Pocos días después de esta primera inspección, fue designado el médico militar cubano Lucas Álvarez Cerice, licenciado al final de la guerra bajo los grados de coronel del Ejército Libertador.

A Cerice, a pesar de no ser formado como alienista, le fue confiada la misión de transformar la realidad del asilo y de los pacientes que lo habitaban. En este punto podemos preguntarnos, ¿por qué no había sido designado un alienista como director del asilo? La respuesta no está en el campo de la medicina y sí en el campo de lo militar. En otras palabras, el gobierno instaurado por los Estados Unidos fue de carácter militar, por tanto, no debe sorprendernos mucho que fuera escogido un militar de alto rango para el cargo, quien, al mismo tiempo, era médico. Así, parecía una combinación excelente para el gobierno interventor: un médico, pero también un militar, acostumbrado a respetar las relaciones de subordinación y jerarquía. Una historia similar se repetiría casi sesenta años después en el propio asilo.

Cerice, ya como nuevo director de Mazorra, sabiendo de la misión que le había sido confiada y, como militar que era, estaba acostumbrado a rendir cuentas a sus superiores y justamente ese fue su primer movimiento: informar al gobernador sobre la situación del asilo. En un informe suyo fechado el 27 de febrero de 1899, después de las alabanzas formales al gobernador Brooke, Cerice fue directo al grano, describiendo la situación lamentable del asilo y listando las primeras demandas. Lo primero fue solicitar una nueva inspección gubernamental, para, de esa forma, poder él mismo mostrar al visitante las características del lugar y organizar las informaciones a ser presentadas.

Dentro de la inspección, solicitaba que se incluyese la visita de un arquitecto, así como de un médico higienista, quienes podrían evaluar los diferentes espacios y

proponer reformas, tanto a los inmuebles como propiamente sanitarias. Al mismo tiempo demandaba ayuda financiera, tanto para pagar los salarios atrasados de los funcionarios como los alimentos de los pacientes o simplemente llevar a cabo reformas constructivas, procurando así, una mayor independencia de la obra caritativa de la cual dependía enormemente la institución. Por último, el director del asilo prometía someter a la consideración del gobernador otras reformas, de esta vez asociadas al tratamiento médico y psiquiátrico de los pacientes, “tales como lo piden las exigencias modernas de la ciencia” (CERICE, 1899, p. 18).

Fue también una iniciativa de Cerice escribir, por vez primera, unas crónicas del asilo, bajo el título “Memoria del Asilo General de Enajenados de la Isla de Cuba” (CERICE, 1899). Ese mismo año, el ya reconocido alienista cubano Gustavo López había presentado un pequeño texto titulado “Los locos en Cuba” en una de las sesiones de la Academia de Ciencias, que posteriormente sería publicado como folleto (LÓPEZ, 1899). Este había sido, hasta aquel momento, el único estudio histórico sobre la gestión de la locura en Cuba. A grandes rasgos, López se propuso relatar no solo la situación de los pacientes, sino también las diferentes transformaciones constructivas y administrativas sufridas por el asilo, detallando, por ejemplo, quienes fueron los diferentes directores médicos y los principales funcionarios encargados de la gestión de los pacientes, pero también, López aportó un relato muy valioso sobre las dificultades y tensiones entre el gobierno colonial y el personal del asilo (LÓPEZ, 1899).

Las diferencias entre el escrito de López y el de Cerice radicaban en el objetivo con que fueron escritos, en el período relatado, en la extensión y en la autoría. El escrito de Gustavo López se derivó de una presentación oral en la Academia de Ciencias, restringido al periodo colonial y, su extensión era un poco más corta que el texto de Cerice, además de tener una única autoría. En cambio, las Memorias escritas en parte y organizadas por el director del asilo, fueron concebidas, desde el inicio como material escrito, a fin de divulgar lo que ocurría en aquel momento al interior del asilo de dementes.

En las Memorias, es posible encontrar diversos datos estadísticos sobre la población del asilo, sobre las reformas arquitectónicas y administrativas realizadas bajo el mandato de Cerice, y también, pequeñas reseñas publicadas por los alienistas del lugar, entre los que estaba el propio Gustavo López. Si bien existen diferencias entre estos dos textos, ambos tenían una cosa en común: se trataba de un esfuerzo

por arrojar luz sobre un lugar tan controvertido como el asilo de dementes, que provocaba la curiosidad y el espanto de la población. Pero no solo eso, también era una forma de divulgar el trabajo de los médicos-alienistas en un asilo, hasta hace poco desconocido entre muchos, incluso dentro del propio gremio médico.

En su libro, Cerice explica que su objetivo primordial, con “la ayuda cierta y el apoyo tutelar del noble y generoso Gobierno Americano”, era el de transformar a Mazorra, “que es solo una cárcel de locos, en un verdadero manicomio” (CERICE, 1899, p. 18). La transformación no solo implicaba el espacio físico del asilo y las funciones administrativas, sino que visaba también introducir un nuevo discurso, el de la psiquiatría norteamericana y su modelo de gestión de los asilos. No obstante, la obra transformadora tenía como prioridades la administración y el espacio físico del asilo. Para ello, fue designada por el gobierno una Junta de Patronos, subordinada a la Secretaría de Gobernación y Estado y compuesta por tres médicos cirujanos, dos abogados, dos ingenieros civiles, un farmacéutico y un comerciante. La Junta de Patronos ejercía una función más bien consultiva, sin detrimento de las funciones administrativas del director del asilo, Lucas Álvarez Cerice.

Por otra parte, las reformas constructivas estuvieron concentradas en eliminar los focos de enfermedades contagiosas y de insalubridad, apuntados por el propio director del asilo como una de las causas principales de defunciones, de conjunto con las provocadas por hambre y frío. Como medidas más significativas se colocaron instalaciones sanitarias como tragantes inodoros y las letrinas fueron sustituidas por tazas sanitarias. El paso del tren, tan molesto por sus ruidos, sería desviado en determinados horarios gracias a un chucho instalado en la línea que atravesaba el asilo. Se habilitó un taller de carpintería, se modernizó la cocina y se proyectó la construcción de un lavadero a vapor y una estufa de desinfección de las ropas de los pacientes y las sábanas usadas por ellos (CERICE, 1899).

Por el lado de la funcionalidad de los espacios, se subdividieron el Departamento de Varones y el de mujeres. Dentro del Departamento de Varones, se creó una 1ra Sección, destinada a “los más tranquilos, a los convalecientes y a todos aquellos que su estado mental les permite llevar la vida de asociación, sin peligro alguno”. En la 2da Sección, fueron recluidos “los furiosos, los suicidas, los turbulentos, los sucios, los procedentes del presidio y los procesados” (CERICE, 1899, p. 22). El Departamento de mujeres era el que más preocupaba a la nueva dirección del asilo,

pero no tanto por mantener separadas a las consideradas peligrosas de las tranquilas, sino por cuestiones morales y de diferencias de clases.

El problema, para Cerice (1899), era que, “allí donde la separación debe ser más rigurosa, están confundidas la doncella, la impúber, la educada, la hija de la familia honrada con la mujer de cualquier condición social incluso la impúdica ramera” (CERICE, 1899, p. 22). Vemos, así como, el caso de las subdivisiones en la Sala de Mujeres, la gestión psiquiátrica es atravesada tanto por la cuestión de género, como por la cuestión moral, cosa que no es tomada en cuenta a la hora de dividir el departamento de varones.

La adición de la clase como un marcador social se sustentaba en la existencia de peligrosidad moral, atribuido solamente a un grupo específico de mujeres, las clasificadas como “impúdicas”, ya fuera por dedicarse a la prostitución o no. Sin embargo, no se hace ninguna mención. Además, es importante destacar que, las llamadas “impúdicas” y, por tanto, tomadas como peligrosas, eran, la mayoría de las veces las mujeres de las clases sociales menos favorecidas, es decir, las pobres, como el propio Cerice coloca (CERICE, 1899).

Con las reformas, nuevas funciones adquirieron un papel un poco más central, como el del farmacéutico y las enfermeras. En el caso de la farmacia del asilo, el director relataba con orgullo que “Confiada a la práctica rutinaria e impericia de dos Hermanas de la Caridad, está hoy a cargo de un farmacéutico” (CERICE, 1899, p. 13). Por otro lado, fueron creadas cuatro plazas de enfermeras, las que debían ser ocupadas por aquellas debidamente calificadas. Justamente el campo de la enfermería recién se estrenaba en el país. En el mismo año en que Cerice asume la dirección del hospital, aparecía la primera escuela de enfermería cubana, en la clínica privada del reconocido médico Emiliano Núñez de Villavicencio, quien con la ayuda de otros médicos y de una enfermera norteamericana, Mss. Mary Agnes O’Donnell (LÓPEZ, 2003).

La llegada de las enfermeras al asilo de Mazorra tuvo un impacto importante en el funcionamiento del asilo, pues introdujo un elemento de tensión entre los funcionarios encargados de la gestión básica de los asilados, es decir, de aquellos que atendían de forma directa a los alienados, como los vigilantes y las monjas de la congregación de las Hermanas de la Caridad, que, como sabemos, eran las encargadas de la labor de enfermería en el Departamento de Mujeres. Sobre la creación de las plazas de enfermería, Cerice manifestó:

Del resultado que obtengamos dependerá la permanencia o la sustitución de las Hermanas de la Caridad, que sin conocimientos ni prácticas especiales fungen de enfermeras, y quienes posponen en múltiples ocasiones sus deberes como empleadas para cumplir sus prácticas religiosas a las cuales conceden preferencia (CERICE, 1899, p. 22).

Obviamente, dentro del asilo, el discurso religioso perdía terreno frente al discurso de la medicina, aunque esto no significaba el abandono de la lógica de la “compasión piadosa”. Aunque no se menciona en la Memoria del asilo, la creación de las plazas de enfermería en este espacio también permitió la introducción del discurso sanitarista y asistencial norteamericano.

En el año 1900, solo dos años después de asumida la dirección del asilo por Cerice, fue creada una escuela de enfermería dentro del propio asilo, llamada “Escuela del Hospital de Dementes”, regentada por las enfermeras norteamericanas “miss Helen Henry” y “miss Gertrudis Moore”, la primera también se desempeñaba como Superintendente de Enfermería en la capital del país y ambas habían inaugurado además la Escuela de Enfermería del Hospital Nro. 1 (en la actualidad Hospital Calixto García). La dirección de la Escuela del Hospital de Dementes sería ocupada poco tiempo después por la también enfermera norteamericana “miss Elizabeth Walter” (NIEBLA; NIEBLA, 2013).

No es casualidad que, en los cargos de dirección en el campo de la enfermería, se encontrasen especialistas de los Estados Unidos, pues, como afirma De Almeida Souza (2003), las escuelas de enfermería cubanas estaban coordinadas directamente por el gobierno de intervención militar estadounidense. Esto ocurría además como parte del desarrollo de la enfermería en algunos países de Latinoamérica donde el movimiento secular en la asistencia sanitaria y el desarrollo del capitalismo se mostraba más fehaciente. En el mismo sentido, es importante destacar que, el modelo de asistencia norteamericano que comenzaba a aplicarse en aquellos países, como es el caso de Cuba, se inscribía en el “movimiento de salud pública” iniciado en los Estados Unidos en aquella época (DE ALMEIDA SOUZA, 2003, p. 49).

Pues bien, al tiempo que se hacía patente que especialidades asociadas directamente a la medicina como la farmacología y la enfermería ganaban terreno en el asilo, no había una evolución en las formas de tratamiento de la locura por parte de la psiquiatría. El trabajo físico se mantuvo como forma de tratamiento, sobre todo

actividades agrícolas en el caso de los hombres y la costura en el de las mujeres. En ese sentido, Álvarez Cerice afirmaba:

A muchos enfermos se les dedica a trabajar en armonía con sus aficiones y oficios. En la carpintería, albañilería y mecánica hemos tenido siempre auxiliares muy útiles. También se les emplea en la limpieza de jardines, patios, y calles, así como en el aseo de sus propias habitaciones. Se les estimula al trabajo, pero nunca se les obliga (CERICE, 1899, p. 23).

El trabajo físico no tenía como fin único el autoabastecimiento de alimentos para los pacientes y funcionarios del asilo, sino que implicaba aquello que Pinel denominó como “ley del trabajo mecánico”, la que tenía como objetivo mantener a los asilados en actividad constante. De esa forma, Pinel consideraba que se podía evitar “el vicioso enlace de sus ideas, fija las facultades del entendimiento poniéndolas en ejercicio” (PINEL, 1804, p. 310).

Sobre los otros tratamientos comúnmente usados en los casos de locura, el médico higienista Eduardo Plá (1899) y el propio director del asilo, Álvarez Cerice (1899), expresaban su incomodidad porque ni siquiera la hidroterapia estaba siendo empleada, porque ni siquiera, el asilo contaba con una estructura básica para ello, es decir, con depósitos y sistemas de conducción de agua para ser empleados en los pacientes.

Tampoco la clinoterapia, a pesar de ser un método menos costoso y, sobre todo, menos agresivo con los pacientes como la hidroterapia o la contención física (MACAVILCA-CRUZ; STUCCHI-PORTOCARRERO, 2020). La principal causa apuntada por estos médicos era que los pacientes no estaban separados adecuadamente, o sea, que los furiosos se mezclaban con los tranquilos y, por tanto, el tratamiento destinado a estos últimos no era efectivo. A pesar de que Eduardo Plá (1899), en su carta al gobernador describiendo el asilo se mostró asombrado por el uso de los calabozos, descritos como peores que los de las cárceles españolas, el aislamiento continuaba siendo una preocupación para los médicos de allí, sobre todo por aquellos pacientes menos tranquilos.

Hasta aquel momento, la separación por categorías solo funcionaba en el momento de usar los calabozos para contener a los pacientes transgresores. Al respecto se refería el Dr. Antonio Esperon, médico del Departamento de Varones:

A los agresivos, revoltosos, suicidas excitados, gritadores, pendencieros, etc., no tenemos otro remedio, mientras están en ese estado, que recluirlos en alguna de las numerosas celdas que se abren en el colgadizo, sin poder impedir que divisen todo el patio, excitándose más con la presencia de los otros asilados, a los que injurian, amenazan e insultan provocando muchas

veces serios conflictos, exaltando a los impresionables y mortificando siempre a los más indiferentes.

Los que, además, son destructores, nos vemos en la dura necesidad de mantenerlos en una celda desnuda de todo mobiliario, privándoles hasta de la cama; (no hay más que catres de tijera, que estos locos rompen y de cuyas patas se arman para agredir). A los que rompen sistemáticamente sus vestidos los tenemos con un cinturón de seguridad, y a los que, a la vez, son sucios, los dejamos completamente desnudos, por la dificultad de cambiarlos de ropas, que siempre rompen o ensucian, haciendo sus necesidades en los pantalones y embadurnándose el cuerpo y la celda con sus propias excretas, que hasta suelen comer (ESPERON, 1899, p. 78).

Para resolver tales problemas definitivamente, y siguiendo la tradición alienista francesa, el director del asilo hallaba indispensable establecer una clasificación de los pacientes y distribuirlos según esta. Ya a principios de siglo, Pinel había propuesto un orden general en el hospital para dementes que implicaba la distribución de los enfermos por género, por edades, por enfermedades, por cronicidad del padecimiento, por clases sociales y por nivel de peligrosidad (PINEL, 1802). Es por ello por lo que el aislamiento de los pacientes era algo continuamente traído a colación, porque, tal como afirma Castel (1978), era a través de la clasificación y la separación que se pretendía establecer el ordenamiento del espacio hospitalario.

Pero tal como coloca Cerice (1899), en las memorias del asilo, con las condiciones en que se encontraba el lugar, ese tipo de organización también estaba llena de obstáculos. Así, se lamentaba:

Es absurdo tener reunido en un mismo local un crecido número de enfermos, y, lo que es más perjudicial, la constante excitación que provocan los unos en los otros, las dificultades en el servicio y el fracaso en el tratamiento médico mejor instituido que, como hemos visto aquí, resulta estéril, de ahí las frecuentes recidivas o agravación del mal.

¿Qué estímulo tiene hoy un médico mal retribuido viendo constantemente estrellarse sus esfuerzos ante la imposibilidad de separar a los curables de los idiotas e imbeciles; a los dementes de los paralíticos, de los convulsionarios, ¿de individuos cuya inteligencia es nula? ¿Por qué someter al importante número de enfermos que pueden curar y convertirse en seres útiles a que sufra el contacto de una crecida población de idiotas, paralíticos, epilépticos, de enajenados inmundos? (CERICE, 1899, p. 34).

Por tanto, la nueva organización del asilo debía contar con espacios rigurosamente diferenciados, además de la división existente entre departamentos de hombres y mujeres. Los nuevos espacios serían dos, el primero, un pabellón para “pensionistas”, o sea, para aquellos pacientes de las clases media y alta, que pudieran ser llevados allí por sus familiares y el segundo, un pabellón para “locos criminales”.

El pabellón de pensionistas debía estar “dotado de todo el confort necesario”, siendo, además, “ventajoso desde el punto de vista financiero” (CERICE, 1899, p. 34).

En el pabellón para criminosos, por otro lado, debían tomarse cuidados

para evitar su fuga, debiendo aprovecharse un lugar que reúna todas aquellas seguridades para colocar en él a dichos criminales con los furiosos y agitados, los melancólicos, ansiosos, los desesperados, los que pasean sin cesar, gritan, gesticulan, los maniacos que hablan cantan, los irascibles, los imbéciles maliciosos, los destructores, los que disputan y pelean, se baten, se desnudan, los sucios (CERICE, 1899, p. 35).

El resto de los pacientes, “los mejorados, los convalecientes, los que tienen periodos lúcidos, los melancólicos, los tranquilos maniáticos, los extáticos, los alucinados inspirados, los imbéciles tranquilos, los epilépticos dóciles e inteligentes” (CERICE, 1899, p. 34), tendrían otro espacio reservado para ellos y podrían mezclarse y convivir sin que esto fuese considerado problema alguno.

Figura 11 – Pabellón de Melancólicos Asilo de Mazorra



Fuente: Segunda Conferencia Nacional de Beneficencia de la Isla de Cuba (VALDÉS, 1904).

Ahora bien, resulta sumamente significativo que fuera destinado el mismo espacio para aquellos pacientes considerados criminosos y otros que no necesariamente estarían acusados de cometer algún acto criminal. El factor común entre estos dos grupos, frente a la mirada clasificatoria y el discurso médico-alienista era la supuesta peligrosidad que representaban los agitados, los ansiosos, los furiosos, los que pasean, hablan, gritan, gesticulan, etc., colocados al mismo nivel de

riesgo que los criminosos. La pertenencia a este grupo acarrea un tratamiento específico, el del aislamiento, el encierro y la contención física.

Habíamos visto en el epígrafe anterior que el destacado alienista Gustavo López había propuesto un modo distinto de utilizar la higiene en el campo del alienismo, que suponía la ampliación de su campo de acción, buscando no la curación, sino la prevención de la enfermedad mental. Esto no significaba abandonar los procedimientos higienistas con fines curativos, sino que, por el contrario, se trataba de continuar haciendo uso de ellos dentro del espacio del asilo. En vistas de ello, el nuevo director del asilo, el doctor Cerice, proponía, además de las reformas físicas, que implicaban no solo mejoras en los servicios básicos y la división de los espacios para asegurar el aislamiento de los pacientes considerados peligrosos, sino también la creación de nuevas áreas para tratamientos específicos. Así, Cerice proyectaba crear un salón de lectura, una sala para juegos de dominó, ajedrez, damas y hasta un pequeño teatro. Todos ellos con la finalidad de brindar entretenimientos a los pacientes más tranquilos.

En el mismo sentido, se pensó en la creación de un “gimnasio higiénico con los aparatos y medios recomendados de utilidad y que se aplican al tratamiento de esta especialidad” (CERICE, p. 37). La gimnasia era uno de los instrumentos que con más frecuencia se usaba en las psicoterapias corporales, pero que también había ganado un espacio importante en las estrategias higienistas y moralizantes en el ámbito escolar, siendo un ejemplo notable su uso en las escuelas españolas desde el siglo XIX (TORREBADELLA-FLIX; VICENTE-PEDRAZ, 2016). Según lo apuntado por José María Álvarez, Ramón Esteban y François Sauvagnat, la gimnasia, al igual que en las otras terapias corporales, buscaba “una manipulación del cuerpo con fines terapéuticos (...). Todas ellas se basan en la idea según la cual el tratamiento del cuerpo tiene un efecto más o menos directo sobre las afecciones psíquicas” (ÁLVAREZ; ESTEBAN; SAUVAGNAT, 2004, p. 227).

La gimnasia, además, junto con los trabajos corporales y los ejercicios mentales, ya habían sido defendidos por los alienistas franceses como beneficiosos para el tratamiento de la locura, en particular por François Leuret, en *Des indications a suivre dans le Traitement Moral de la Folie* (1846), siendo conocido este autor como uno de los grandes exponentes y teóricos del tratamiento moral (ÁLVAREZ; ESTEBAN; SAUVAGNAT, 2004; HUERTAS, 2015). También, varios años antes, en 1809, el propio Pinel, en su *Traité Médico-Philosophique sur L'Aliénation Mentale*

defendía el uso de ejercicios corporales variados como recurso terapéutico: “Un movimiento agradable o un trabajo penoso detienen los extravíos de los locos, precaven el que se formen congestiones en la cabeza, hacen más uniforme la circulación, y disponen a un sueño tranquilo” (PINEL, 1804, p. 280).

Como destaca Foucault en *Surveiller et Punir: Naissance de la prison*, el cuerpo ha sido objeto privilegiado y blanco de intervención del poder desde la edad clásica. Para manipularlo, darle forma, educarlo, tornarlo dócil, aumentar o disminuir sus fuerzas, etc., se ha hecho uso de ciertas técnicas y determinados procedimientos disciplinares en diferentes contextos como las prisiones, los hospitales, los cuarteles y la escuelas (FOUCAULT, 2002). Entre estos procedimientos de manipulación de los cuerpos podemos situar la gimnasia higiénica que pretendía establecer el director del asilo. A pesar de que en las memorias del asilo no se vuelve a tocar el tema del gimnasio higiénico y no se tienen noticias de su implementación en el asilo, la existencia de un proyecto para crearlo aporta luces sobre el discurso higienista que comenzaba a consolidarse en aquellos años entre los alienistas cubanos y médicos encargados de la gestión de la locura.

Hasta el momento, el discurso de los alienistas cubanos y su aplicación a intramuros del asilo se mantenía dentro de la línea común del alienismo francés, predominando el tratamiento moral, pero también la lógica de la segregación y la separación por categorías sociales, de género y también de peligrosidad. No obstante, nuevos aires soplaban del norte y, encantados por el discurso benéfico de los interventores norteamericanos, los médicos del asilo comienzan a tomar como referencia al modelo de gestión estadounidense de la locura.

Cerice (1899), es el primero en mencionar al Dr. William G. Stern, reconocido alienista norteamericano de la época y superintendente del *Illinois Eastern Hospital for the Insane*, en Chicago. La referencia a Stern venía para argumenta el principal proyecto del director de Mazorra que era transformar aquel asilo en un manicomio. Stern, al referirse al manejo de los pacientes en los asilos afirmaba:

Una de las influencias más desastrosas que obran en contra del adecuado tratamiento del demente, en los primeros períodos de la enfermedad, en los cuales puede ser más eficaz, es la preocupación popular, nacida de la ignorancia, que asocia los ‘Asilos para Locos’ con las ideas de oscuros calabozos, pesadas cadenas y horrores sin número. Esta repugnancia a nuestros sentimientos ha sido infiltrada y heredada desde muchas generaciones hasta llegar a ser innata parte de nuestro propio ser (STEARNS apud CERICE, 1899).

La principal característica que diferenciaba los asilos de los manicomios radicaba en el tipo de internación, sus características, el tipo de individuo y los tratamientos dispensados. Es posible que muchas veces sean tomados como sinónimos y esto se explica porque asilo y manicomio han sido dos espacios a donde han ido a parar los locos a lo largo de la historia. Pero, como ya dijimos, no son la misma cosa. Una rápida consulta al diccionario de la lengua española nos permite entender las diferencias (ESPAÑOLA; MADRID, 2001). El asilo ha tenido un alcance mucho más amplio en cuanto a funciones, porque ha sido concebido como refugio para aquellos que han necesitado algún tipo de amparo o protección, por tanto, era frecuente no solo encontrar a los locos, sino también a los perseguidos, a los menesterosos, a los ancianos, a los huérfanos, entre otros.

Ahora bien, en el caso del manicomio, la función se ha restringido a la de hospital para locos, a pesar de que ambos espacios declaraban un objetivo común, el de brindar protección a los necesitados, con una imposición benéfica importante. ¿Esto significa que, al transformarse el asilo en manicomio, es decir, en hospital para dementes, con la predominancia del discurso médico se abandonaba el discurso benéfico? No necesariamente, como veremos enseguida. Lo que ocurre es que, el discurso benéfico comenzaba a involucrar al Estado, dejando de ser un ejercicio exclusivo de las clases sociales privilegiadas. Según afirman Álvarez-Uría y Parra (2014), en los Estados Unidos en aquella época comenzaba una tendencia a demandar al Estado una mayor participación y responsabilidad en la atención a los marginados y desamparados, entre los que estaban, por supuesto, los pacientes de los asilos para dementes.

Al mismo tiempo, en los Estados Unidos y también en la Europa Occidental se producía el declive del modelo asilar en el tratamiento de los dementes, sentando las bases para la fundación, posteriormente, de los primeros manicomios en América Latina (LAMBE, 2017a). El modelo manicomial norteamericano se basaba en una extensa experiencia en la construcción de asilos durante todo el siglo XIX. Su enfoque se amparaba, además, en un discurso benéfico sobre el tratamiento de los locos, intentando romper con la imagen de brutalidad que había marcado a los asilos europeos, sobre todo en Inglaterra y Francia (YANNI, 2007).

En esa época, en los principales manicomios norteamericanos el discurso predominante entre los alienistas era el del alienismo francés, específicamente el

tratamiento moral. A pesar de ello, la mayoría de los alienistas eran entusiastas de tratamientos más asociados a la medicina como tal, administrando opiáceos, diferentes laxantes, junto a los baños calientes y fríos. Durante el período posterior a la Guerra Civil se implementó el llamado “*segregate system*” o “*cottage plan*”, que consistía en transformar los hospitales monolíticos en pequeñas unidades, intentando generar una atmósfera de más libertad y sociabilidad (YANNI, 2007, p. 79).

Al mismo tiempo, era patente la división de género, razas y clases sociales en la cuestión de los tratamientos y de la distribución de los espacios y horarios dentro de los manicomios. A los pacientes de las clases altas se les reservaba las tareas que no demandaban esfuerzo físico, como leer o jugar, mientras que, a los otros, se les destinaba a los trabajos agrícolas, a las cocinas y las lavanderías. Lo mismo ocurría en el caso de las mujeres (GAMWELL; TOMES, 1995). Es ese modelo manicomial, donde convivían el tratamiento moral y otros similares a los farmacológicos, donde la separación de los pacientes no era solo por nivel de peligrosidad sino por clases, razas y género, el que comenzó a introducirse en Cuba, a partir de la intervención norteamericana.

Pero la importación del modelo norteamericano no sólo partía de la gestión del director del asilo cubano, sino también partía de la Junta de Patronos del asilo. Uno de los miembros de esa Junta, el ingeniero Francisco de P. Rodríguez, afirmaba haber consultado una gran cantidad de reportes y descripciones de los Asilos para Dementes en los Estados Unidos, documentos que, le habían provocado reacciones tanto “de dolor, de satisfacción y de esperanza”. Rodríguez apuntaba, lleno de admiración cómo “las instituciones del Estado de New York, el asilo de New Jersey en Morrilton y el del Distrito de Columbia, descuellan entre todos por su comodidad y tamaño, sus condiciones científicas y por la esplendidez con que el Estado atiende sus necesidades” (CERICE, 1899, p. 39).

Los manicomios norteamericanos, que comenzaban a contar con la intervención y colaboración del Estado, sobre todo en materia económica, eran así presentados como un modelo ideal que debía ser copiado por los gestores del asilo habanero: “Nuestra esperanza para con el Gobierno Interventor crece por momentos al inspeccionar la gestión económica de los Asilos neoyorkinos”. Rodríguez, citado por Cerice (1899), comenta las cifras millonarias dispensadas anualmente por el gobierno norteamericano solamente para el *Manhattan State Hospital*, en Nueva York,

comparándolo con una cifra mucho menor destinada para el asilo de dementes de Cuba.

En la misma línea de argumentación, Rodríguez cita al presidente de la Comisión de Demencia del Estado de Nueva York, Dr. Peter M. Wise, justificando la necesidad de ampliar el presupuesto estatal y en el caso de Cuba, del gobierno interventor norteamericano, para poder llevar a cabo una gestión eficiente de los asilos: “cada loco que se cura representa seis mil pesos de ganancia al Estado, ayúdenos nuestros humanitarios gobernantes a curar una triste docena de ellos y habrá reembolsado su dinero” (RODRÍGUEZ apud CERICE, 1899, p. 40).

Ya dentro de Cuba, por la parte norteamericana, también se llevaron a cabo medidas organizativas, las que respondían directamente a la función interventora de su gobierno. En abril de 1900, el Sr. Homer Folks, viajó desde Nueva York a La Habana para aportar sus experiencias en el campo de la labor benéfica y ayudar en la creación del Departamento de Caridad de la Isla de Cuba, al cual se subordinaría el Asilo General para Dementes. De ahí se derivó la elaboración del *Civil Decree* No. 271, del 7 julio de 1900 que organizaba los departamentos de caridad en todo el país y establecía, de manera detallada una serie de medidas que iban desde la organización de las escuelas para niños desamparados hasta de los hospitales de caridad y los asilos (MILITARY GOVERNOR OF CUBA ON CIVIL AFFAIRS, 1900).

En el caso específico del asilo para dementes, fueron creadas, además las órdenes No. 57, del 9 de enero de 1900 que anulaba el decreto de la Corona española que establecía que los pacientes mentales fueran puestos bajo observación en los hospitales generales de las provincias antes de ser enviados a Mazorra, y estableciendo, por tanto, su traslado inmediato al asilo habanero, destinado a los alienados de todo el país. Es decir, no solo quedaba centralizada la internación de los dementes en el asilo de Mazorra, sino que también su observación diagnóstica⁵¹. Por su vez, la Orden No. 158 regulaba la admisión de los pacientes mentales de todo el país en el asilo de Mazorra (MILITARY GOVERNOR OF CUBA ON CIVIL AFFAIRS, 1900).

Esas órdenes respondían a una estrategia de control por parte del nuevo gobierno sobre toda la actividad sanitaria en la Isla. Unido a ello, tales medidas tenían

⁵¹ Poco tiempo después esta orden quedaría sin efecto, volviéndose a colocar a los pacientes bajo observación en los hospitales de las provincias, antes de enviarlos a Mazorra, pero solo por un período máximo de 30 días (LAMBE, 2017a).

como objetivo eliminar la imagen de abandono y crueldad sobre la gestión de los pacientes mentales y las trabas burocráticas que impedían que estos pacientes llegasen rápidamente a Mazorra, todo ello herencia del gobierno español.

En un documento elaborado por Frank J. Ives, cirujano jefe y superintendente de las Instituciones de Corrección y Caridad, del Departamento de Matanzas y Santa Clara, se describía el cuidado de los locos en el resto del país como “bárbaro e inhumano en extremo”, (MILITARY GOVERNOR OF CUBA ON CIVIL AFFAIRS, 1900, p.356, traducción personal). El superintendente afirmaba que la ciencia había avanzado al punto de que la mayoría de estos pacientes conseguían curarse, sin embargo, en Cuba, los métodos usados regularmente eran el encierro en celdas solitarias, por un período de más o menos tres meses antes que, por ley, fueran enviados al asilo de La Habana. En el caso de que alguno de ellos se mostrara violento, el periodo de encierro se tornaba automáticamente indefinido (MILITARY GOVERNOR OF CUBA ON CIVIL AFFAIRS, 1900).

A pesar de la buena disposición del nuevo director de Mazorra frente a la intervención norteamericana y su organización de las labores de sanidad, también hubo momentos de desacuerdo. En ese sentido, Lambe (2017), relata que, como parte de la transformación de Mazorra, los norteamericanos habían cambiado el nombre de Asilo General de Enajenados por el de Hospital General de Dementes, que en inglés sería “*General Hospital for the Insane*”. El problema radicaba justamente en la confusión que traía consigo tal traducción, pues, como destaca Lambe, era al mismo tiempo controvertida y confusa, porque, en términos médico-psiquiátricos no es lo mismo la demencia que la locura. No obstante, el término se quedó y fue asumido como sinónimo de locura (LAMBE, 2007).

Si el modelo manicomial norteamericano comenzaba a formar parte del discurso de los administradores del asilo cubano, tenemos preguntarnos qué ocurría en el caso de los alienistas, encargados directamente de la gestión cotidiana de los pacientes allí internados. ¿Será que empezarían a abandonar sus referentes franceses para abrazar al paradigma norteamericano en la práctica? ¿Será que realmente la situación del asilo cambiaría y se introducirían nuevas prácticas terapéuticas más humanas?

Según Lambe (2017), después del impacto generado por la ocupación norteamericana y, sobre todo, después de la salida de los interventores y fundada la república, después de 1902, regresaron los problemas políticos y económicos a la

nación y evidentemente, Mazorra no escaparía a esta situación. La población del asilo crecía asombrosamente y, por tanto, el hacinamiento se hacía más preocupante, pero también esto trajo consigo un aumento de las enfermedades contagiosas y muertes.

Los salarios de los médicos y demás funcionarios del asilo disminuyeron en vez de aumentar, y tampoco fueron contratados más médicos para atender a la población creciente de Mazorra⁵². La gestión administrativa era prioridad por encima de la gestión médica, pues, a pesar de que Mazorra entraba en un ciclo recurrente de deterioro arquitectónico y humanitario, durante todo el período republicano, al menos hubo algunos esfuerzos por mejorar sus condiciones físicas (LAMBE, 2017a).

2.8 UN NUEVO TERRENO QUE CONQUISTAR: LAS NEUROSIS, LA MEDICINA PRIVADA Y LOS TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

De los alienistas cubanos en las primeras décadas del siglo, quizás el que más sobresalía era Gustavo López, sobre todo por su participación constante en las publicaciones sobre medicina que aparecían regularmente en los Anales de la Academia de Ciencias. En contraste, después del impacto mediático que había tenido el asilo de Mazorra al término del colonialismo español, por un buen tiempo este no se volvió a mencionar en las sesiones de la academia ni en las publicaciones derivadas de estas.

Mientras Mazorra volvía al ostracismo, el alienista “estrella” de Cuba, Gustavo López intentaba hacer gala de su erudición. En 1902, unos años después de que en Europa se pusiera de moda el histerismo, entidad clínica que hasta la década de 1870 no había llamado mucho la atención de los alienistas, López presentaba dos casos de histeria ante sus colegas científicos cubanos. En un trabajo titulado “Trastornos psíquicos histéricos”, describe dos casos, uno de un adolescente y el otro de un hombre adulto, ambos aquejados de una serie de síntomas somáticos, acompañados de un periodo delirante. Ambos casos habrían sido curados por él, pero no con los métodos convencionales de aquella época para tratar la locura, como el bromuro, sino por otro más novedoso: la sugestión (LÓPEZ, 1907).

En su discurso, López echaba mano de Brissaud, de Pierre Janet y de Potain, demostrando su fidelidad al discurso psicopatológico francés. La referencia a Brissaud

⁵² En los primeros años del siglo XX había solo 5 médicos para atender una población de 1500 pacientes (LAMBE, 2017).

no parece ser casualidad, porque justamente este neurólogo francés se inscribía dentro de un movimiento de revisión del concepto de histeria, iniciado por Babinski, asociándosele un mecanismo mental en contraposición a la postura de Charcot, que sostenía que el mecanismo subyacente de los síntomas histéricos era encefalopático (GOMES; ENGELHARDT, 2014).

Pero, lo que más nos interesa, en el caso de López, es que, al tomar partido por Brissaud en su discusión clínica sobre la histeria, demuestra la importancia que le otorgaba a la cuestión moral en el diagnóstico y en el tratamiento de los padecimientos psíquicos. En ese sentido, afirma Bogousslavsky (2011), que, desde la perspectiva de Babinski y de Brissaud, no era posible diferenciar las manifestaciones clínicas de la histeria y de la simulación, siendo la cuestión moral el elemento decisivo para descubrir a los síntomas simulados. Tal situación, lejos de tener un valor verdaderamente clínico, provocó que se asociara a la histeria, y específicamente a las mujeres diagnosticadas como histéricas, una serie de calificativos prejuiciosos y despectivos (BOGOUSLAVSKY, 2011).

Gustavo López (1907), defendía así el elemento moral tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de los síntomas psíquicos: “Si el factor esencial para la producción de los síntomas presentados era el choque moral, la situación emocional del sujeto, su estado psíquico; de naturaleza psíquica también deberá ser su tratamiento” (LÓPEZ, 1907, p 172). Tal como ocurría en Francia (BABINSKI, 1909; CASAROTTI BERRUTTI, 2006), el interés por la histeria apunta igualmente a la ampliación del campo de la psiquiatría cubana hacia el mundo de las neurosis y, por tanto, hacia un terreno más inestable que el de las enfermedades psíquicas con base orgánica evidente.

La histeria continuó siendo un fenómeno de interés para los cubanos por unos cuantos años más. Ejemplo de ello son los trabajos de Rudesindo García Rijo, quien a pesar de no ejercer directamente como alienista en Cuba, pues se había formado en París como cirujano, sí había asistido a algunas conferencias sobre patologías mentales en Saint Anne en 1879. Es importante destacar que no todos los médicos cubanos en aquella época tenían especialidades estrictamente definidas, como es el caso de Rijo, quien se desempeñaba lo mismo como cirujano, como oftalmólogo, ginecólogo y endocrino, pero también se interesaba por las enfermedades mentales y escribía al respecto.

De hecho, su discurso de presentación ante la Academia de Ciencias de La Habana como corresponsal médico de la ciudad de Sancti Spiritus fue titulado “Amaurosis y ambliopía histéricas”. Rijo (1911), apoyándose en las teorizaciones de los franceses Charcot, Bouchard y Brissaud, presentaba un caso que calificaba de “rareza clínica” (RIJO, 1911, p. 51). Se trataba de una adolescente de 16 años que había comenzado a padecer, de forma súbita, de una ceguera total, después de la muerte de su abuela y descartándose cualquier daño orgánico de la visión o del cerebro. La adolescente había sido tratada por otros médicos con espasmódicos, vejigatorios en la nuca e hipnotismo, sin resultado alguno, hasta que el propio Rijo comenzó a tratarla con “suero neurasténico Fraisse”⁵³ y “galvanización tenue” y, teniendo como resultado que después de varios días la paciente recuperó la visión (RIJO, 1911, p. 51).

Otro caso similar, de otra adolescente, fue comentado en la misma presentación de Rijo. De esta vez, la adolescente, además de haber perdido totalmente la visión, tenía todo el cuerpo anestesiado, sin causa orgánica aparente, por lo que el médico sospechaba de una histeria. El tratamiento fue bien más simple que en el anterior: le colocó tres monedas de oro en la sien izquierda, sujetas con una venda y pasados alrededor de 15 minutos, la paciente había recuperado la visión del ojo izquierdo y la sensibilidad cutánea. Más tarde, después de aplicarse unos imanes en las sienes, recuperaría la visión del otro ojo (RIJO, 1911).

Por último, Rijo trató un adolescente de 15 años que, según él, desde niño había sido sano, aunque nervioso, igual que la madre. El adolescente, a los pocos días de disfrazarse como parte de un juego, comenzó a padecer ambliopía, primero en el ojo izquierdo y después en el derecho. El tratamiento dispensado por Rijo fue “Glicerofosfato de Cal (*Neurosine Prunier*)”, consiguiendo que el adolescente recuperase la visión a los pocos días (RIJO, 1911, p. 64).

Rijo (1911), aplicó, en otros casos similares, de pérdida de la visión, la galvano-faradización, asegurándose haber obtenido excelentes resultados en corto plazo y la curación de los pacientes. Esto no era nada fuera de lo común, teniendo en cuenta que la electroterapia era considerada un recurso terapéutico efectivo entre los médicos y ampliamente usado en los manicomios europeos, asociados a los avances

⁵³ Compuesto a base de cacodilato de estricnina (alcaloide usado antiguamente entre otras cosas como antidepresivo), y glicerofosfato de sosa (usado como tónico estimulante) (MADRID, 1921).

de la electricidad que comenzaron desde finales del siglo XIX y desde la concepción del cuerpo como una “máquina eléctrica” (LORDA, 2016, p. 213).

Estos son algunos de los casos que muestran cómo el discurso psiquiátrico cubano se va ampliando. Ya no solo se trataban los casos de locura y demencia, la mayoría en estados crónicos y limitados al espacio rígido del asilo. Ahora también las neurosis y sobre todo la histeria, pasaría a formar parte del menú de los alienistas y de los médicos cubanos. Pero, hay un elemento que es importante subrayar y que marca el tipo de clínica que comienzan a practicar estos médicos: no solo es una clínica extramuros, sino también dirigida a clases sociales específicas.

Tanto en los casos presentados por Gustavo López, como en los presentados por Rudesindo García Rijo, se trataba de personas de clases media y alta, según se expone en esos relatos. Esto nos permite comprender por qué la mayoría de los casos de padecimientos mentales presentados en la academia no provenían del asilo, sino de los consultorios privados y, además, por qué los tratamientos dispensados eran menos invasivos. Para estos pacientes no había calabozos, cepos o cadenas, ni duchas frías, sino medicamentos, sugestión, hipnosis o pases eléctricos muy leves, lo que apunta a que los discursos y las prácticas de la psiquiatría cubana estaban divididos también por clases. Por otra parte, vemos cómo los médicos y alienistas cubanos empiezan a utilizar nuevos recursos como la hipnosis, la electricidad, la sugestión y los fármacos, que irán ampliando el arsenal terapéutico de la psiquiatría.

El aumento de este tipo de casos, o, mejor dicho, su exposición en las revistas y eventos científicos no ocurría de forma casual, sino que coincidía con el aumento del prestigio de los psiquiatras cubanos en el ámbito médico y por tanto su deseo de aumentar sus ingresos económicos. Es así como, tal como relata Lambe (2017), vemos un aumento de los consultorios privados, lugar donde comienzan a gestarse la mayoría de los diagnósticos de neurosis y acudir los “clientes” de las clases privilegiadas.

3 LA INFANCIA ANORMAL Y EL NACIMIENTO DE LA PSIQUIATRÍA INFANTIL CUBANA

3.1 HIGIENE PÚBLICA Y ESTRATEGIAS BIOPOLÍTICAS EN LOS COMIENZOS DEL SIGLO XX EN CUBA

Entre 1895 y 1898 tuvo lugar en Cuba la llamada Guerra de Independencia, la cual tenía como propósito acabar con el colonialismo español en la isla caribeña. El papel de los Estados Unidos en el resultado de esta guerra fue decisivo, sobre todo por el apoyo que dieron a las tropas cubanas para derrotar a un enemigo común: el gobierno español. Pero detrás de esta maniobra colaborativa, el gobierno de Estados Unidos tenía otras intenciones: anexarse el territorio cubano. Derrotada España, los principales líderes políticos cubanos terminaron cediendo el control del país al vecino del norte (RUEDA, 1998).

La intervención norteamericana en Cuba influyó directamente en la creación de la república en los primeros años del siglo XX. Así, el período republicano cubano (1902-1959), estuvo marcado por una enorme influencia estadounidense en todas las esferas de la sociedad hasta la década de 1960, cuando comenzó un nuevo ciclo, conocido como 'Revolución cubana' y que tuvo, entre sus propósitos principales eliminar cualquier vestigio de la cultura estadounidense. De esa manera, considerando que la recién estrenada república era una especie de neocolonia norteamericana, se esperaba que el país actuara como una representación a menor escala del escenario político, económico y social norteamericano (GARCÍA, 2000).

Pero la república cubana comenzó con el pie izquierdo, con la nación sumida en una profunda crisis económica a causa de la guerra y con la producción azucarera bastante afectada, siendo este su principal renglón económico. Unido a ello, las condiciones de vida de la mayoría de la población eran bastante precarias, lo que las situaba en un estado de miseria total. Para resolver las crisis, el recién estrenado gobierno introdujo una serie de mecanismos específicos de intervención sobre esa población marginada, compuesta sobre todo de indigentes, vagabundos, huérfanos pobres y enfermos mentales, situados en el imaginario social y en el discurso político e intelectual como responsables de una situación de insalubridad, pero también de riesgo social.

Un sector particularmente vulnerable por esta situación fue la infancia, donde muchos niños, transformados en huérfanos porque sus padres habían muerto en la guerra contra España, se dedicaron a la mendicidad, cargando al mismo tiempo el estigma de peligrosidad. Otro elemento que contribuyó a complicar este panorama fue el aumento de los niveles de delincuencia, que involucró también a la población de niños y jóvenes marginados (MORENO, 2015).

En ese contexto, el gobierno cubano, fuertemente inspirado en el modelo norteamericano implementó una estrategia biopolítica dirigida al control de la sociedad cubana y al funcionamiento de la 'ciudad'. Para Foucault (2018a), los objetos sobre los que comúnmente interviene la biopolítica son “el nacimiento, la morbilidad, diversas discapacidades biológicas, los efectos del medio ambiente...” (FOUCAULT, 2018a, p.206, traducción personal), los que forman el conjunto social que él definió como *población*. Al ser la pobreza uno de los principales problemas de la nueva república, uno de los objetos de la estrategia biopolítica del gobierno cubano fueron las poblaciones periféricas.

Así, instituciones benéficas como la Casa de Beneficencia y Maternidad, el manicomio y los hospitales de caridad en diferentes partes del país cumplían un papel esencial en el diseño e implementación de la estrategia biopolítica sobre los niños desamparados. El movimiento benéfico cubano aprovechó esa coyuntura para desarrollarse con mayor velocidad. La beneficencia cubana se nutría sobre todo de las ideas reformistas de sus homólogos norteamericanos, que demandaban al Estado una mayor responsabilidad en la atención a los indigentes y marginados (RICO & CONTRERAS, 2014).

Por otra parte, el funcionamiento del sistema sanitario urbano de Cuba también cayó en el radio de la biopolítica. No era extraño que esto fuera así, porque la mala situación higiénica afectaba directamente a la salud de la población, provocando múltiples enfermedades y limitando las posibilidades de curarlas. La estrategia sanitaria del nuevo gobierno centró su atención en la regulación de aquellos grupos considerados causantes de las altas tasas de mortalidad y más propensos a propagar enfermedades (MORENO, 2015).

En ese sentido, para Foucault (2018a), la biopolítica genera una serie de “mecanismos” con funciones diferentes de las de los “mecanismos disciplinares”. La biopolítica va a ocuparse, fundamentalmente, “de previsiones, de estimativas estadísticas, de mediciones globales”, pero no para tratar de transformar algún

fenómeno o individuo particular, sino más bien para intervenir en los determinantes de fenómenos más generales que estarían provocando aquellos más específicos. Por ejemplo, transformar o disminuir las tasas de morbilidad, regular la natalidad, pero también disminuir o eliminar las tasas de pobreza, de criminalidad, etc. (FOUCAULT, 2018^a, p. 207, traducción personal).

Se trata, para Foucault, de “establecer mecanismos reguladores”, a fin de alcanzar “estados globales de equilibrio, de regularidad; en resumen, de tener en cuenta la vida, los procesos biológicos del hombre-especie y de garantizar sobre estos no una disciplina, sino una regulación” (FOUCAULT, 2018^a, p. 207, traducción personal). A este respecto, la función de higiene pública que adquiere la medicina es fundamental, pudiendo actuar a través de “organismos de coordinación de los tratamientos médicos, de centralización de la información, de normalización del saber, adquiriendo, al mismo tiempo, el aspecto de campaña de aprendizaje de la higiene y de medicalización de la población” (FOUCAULT, 2018^a, p. 205, traducción personal).

Así, desde esta lógica, el nuevo gobierno cubano creó en mayo de 1902 una institución para el control epidemiológico del país, llamada Junta Superior de Sanidad. La Junta tenía como misión no solo supervisar las instituciones y los problemas de salud pública, sino también desarrollar medidas sanitarias para resolverlos (CHAPLE, 2014a).

La Junta de Sanidad, compuesta por un cuerpo de inspectores, se ocupaba, entre otras cosas de realizar inspecciones en diferentes instituciones del país buscando anomalías sanitarias. Entre las instituciones inspeccionadas estaban los hospitales, los asilos, las escuelas, los talleres, los cementerios, pero también los mataderos y todos aquellos sitios donde se vendía carne o pescado. Los elementos inspeccionados por la Junta iban desde las ropas hasta la forma en que era limpiados los espacios, los desagües y la potabilidad del agua (CHAPLE, 2014).

Otras instituciones como la Academia de Ciencias o la Secretaría de Justicia apoyaban el trabajo de los sanitarios cubanos, fomentando el desarrollo de investigaciones de corte estadístico, pero también la formación de nuevos especialistas en materia de salud, creándose así una fuerte corporación de médicos higienistas. De esa manera, la responsabilidad de controlar enfermedades epidémicas con alta mortalidad como la fiebre amarilla, la peste bubónica y la viruela recayó en aquellos higienistas cubanos formados en los primeros años de la república, siempre bajo la supervisión de sus pares estadounidenses (ALMODÓVAR y MENESES, 2014).

3.2 EL DISCURSO JURÍDICO SOBRE LA INFANCIA DESVIADA

A finales del siglo XIX en Cuba, los discursos pedagógico y jurídico sobre la infancia desamparada y peligrosa eran predominantes. En el caso del discurso jurídico, este se inscribía en una visión mucho más amplia sobre la peligrosidad social. Afirma Iglesias (2013) que, desde esa época, el pensamiento de los juristas cubanos sobre la criminalidad ha estado marcado por el positivismo penal, asociando el delito a la pobreza, a la marginalidad y a la diversidad racial (sobre todo a la presencia de negros, mestizos y chinos en la sociedad).

La preocupación de los penalistas cubanos no era solamente el castigo del hecho delictivo en sí, sino “la defensa de la sociedad de su principal agresor: el delincuente” (IGLESIAS, 2013, p. 112), mostrando su tendencia prevencionista. Así, las ideas del positivismo italiano, con César Lombroso a la cabeza, encontraron en el discurso jurídico penalista cubano un espacio de acogida. La idea de que “la comisión de un delito podía ser un síntoma de una personalidad anormal o sumamente peligrosa” (IGLESIAS, 2013, p. 112) serviría de puente con el discurso médico, y particularmente con el psiquiátrico.

La relación entre psiquiatría y campo jurídico es analizada por Foucault (1996) en su texto *La evolución de la noción de individuo peligroso*, planteando que es a principios del siglo XIX que se produce una “psiquiatrización de la delincuencia”, a partir de la demanda realizada a la medicina mental para explicar no los “desórdenes cotidianos”, sino “los grandes casos criminales extremadamente violentos y extremadamente raros” (FOUCAULT, 1996, p. 161).

Por tanto, es la incógnita detrás de esos crímenes, que han sido cometidos “sin interés, sin pasión, sin motivo, e, incluso, sin estar fundados en una ilusión delirante” lo que justificaba la entrada de la psiquiatría en el campo jurídico, la demanda para esclarecer la “alienación” oculta detrás del hecho (FOUCAULT, 1996, p. 162).

En el caso de la infancia considerada peligrosa, el carácter prevencionista del discurso jurídico se hacía más manifiesto, situando al niño abandonado como la causa principal del crimen en el adulto. En ese sentido, el asistente social norteamericano y secretario de la *Charity Organization Society of Buffalo*, Frederic Almy, en una conferencia dictada en la Segunda Conferencia Nacional de Beneficencia de Cuba en 1903, afirmaba:

Todas las causas comúnmente aplicadas al crimen, tales como la intemperancia, la vagancia, la ignorancia y ambición, son defectos de carácter y debieran, si es posible, ser evitados más bien que enmendados. Obténgase educación en la niñez y mucho se habrá logrado, porque la niñez, según antigua máxima es, *cera para recibir y mármol para retener* (ALMY, 1904, p. 205).

La tesis principal sostenida por el norteamericano era la establecer sólidos mecanismos jurídicos de prevención de la delincuencia infantil, a través de tribunales de jóvenes como los que había en los Estados Unidos y de reformatorios para menores, siendo en ambos casos espacios donde el niño infractor de la ley no tendría que interactuar con el adulto delincuente (ALMY, 1904).

Estas ideas encontraban gran aceptación en Cuba y en el caso de los reformatorios ya existía un espacio similar desde la época colonial, el *Asilo San José*, una especie de cárcel infantil fundada en 1857, a donde eran enviados por las autoridades policiales los varones pobres que, al haber cometido alguna infracción o por deambular sin oficio alguno, perdían el derecho de acogida en la Casa de Beneficencia (MARZAL; MARTINHAGO; CAPONI, 2021b). En realidad, el asilo San José no era una cárcel exclusiva para los niños, pues como afirma Moreno (2017), el espacio era compartido con cimarrones capturados y con esclavos emancipados, sobre todo ancianos desechados por sus antiguos dueños. Tampoco fue creada con fines prevencionistas, sino simplemente con fines punitivos.

En el período republicano el Asilo San José se transformó en la *Escuela Correccional para varones de Cuba* 'Guanajay'⁵⁴, obteniendo de esa vez la función de reformatorio y estableciéndose para la internación de los niños la autorización judicial. En el caso de las niñas pobres, para ellas fue destinada la *Escuela para para párvulas de Cuba* 'Aldecoa'⁵⁵. Allí eran enviadas, sobre todo, niñas acusadas de incurrir en delitos comunes, pero, sobre todo, por dedicarse a la prostitución (MARZAL; MARTINHAGO; CAPONI, 2021b).

El juez podía determinar la internación de cualquier niño o niña siempre que estos fueran "vago de oficio" (PEÑA, 1904, p.220), o sea, deambulante sin ocupación ni amparo filial o que se demostrase que tenía una educación moral demasiado atrasada, lo que evidentemente se asociaba a la pobreza y a la ausencia de los patrones morales establecidos. Por tanto, desde el discurso jurídico, la función de

⁵⁴ Guanajay está situado aproximadamente a 46 km de La Habana.

⁵⁵ Aldecoa era un barrio pobre situado en la periferia de La Habana.

estos mecanismos era evitar el "peligro de que ese menor se convierta un día en un criminal" (PEÑA, 1904, p.220).

Tanto en el Correccional para varones como en la Escuela para Párvulas el trabajo físico se convirtió en la principal herramienta disciplinar, pero también de "regeneración moral". Junto a un sistema de premios y castigos, los niños eran obligados a aprender oficios y, en el caso de los varones a trabajar en labores agrícolas que garantizaban el autoabastecimiento de alimentos a los dos reformatorios. De esa forma, se pretendía crear en ellos "hábitos de trabajo, obediencia y buena conducta" (PEÑA, 1904, p.222).

En el mismo sentido, el médico higienista cubano Juan B. Valdés defendía la utilidad del trabajo manual y agrícola en los reformatorios de niños. Según él, la función esencial de estos espacios era:

de niños débiles tratar de conseguir hombres sanos y robustos, de niños ignorantes, instruidos y educados; de niños holgazanes, activos y laboriosos, de niños de mal comportamiento y malas costumbres, sumisos y morigerados (VALDÉS, 1904, p. 39).

El aprendizaje de oficios y el trabajo físico partía de una visión salvacionista sobre el futuro de esos niños, donde el mantenerse ocupados en sus labores no solo los convertiría en adultos dóciles y útiles a la sociedad, sino también ayudaría a prevenir la comisión de delitos en el futuro, que en definitiva era el objetivo fundamental del sistema jurídico (MARZAL; MARTINHAGO; CAPONI, 2021b).

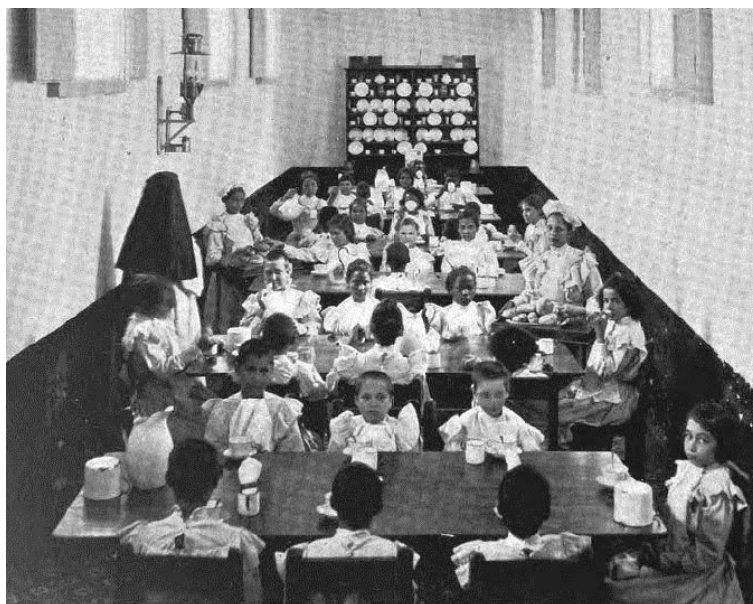
Figuras 12, 13 y 14 - Escuela Correccional para varones de Cuba 'Guanajay'

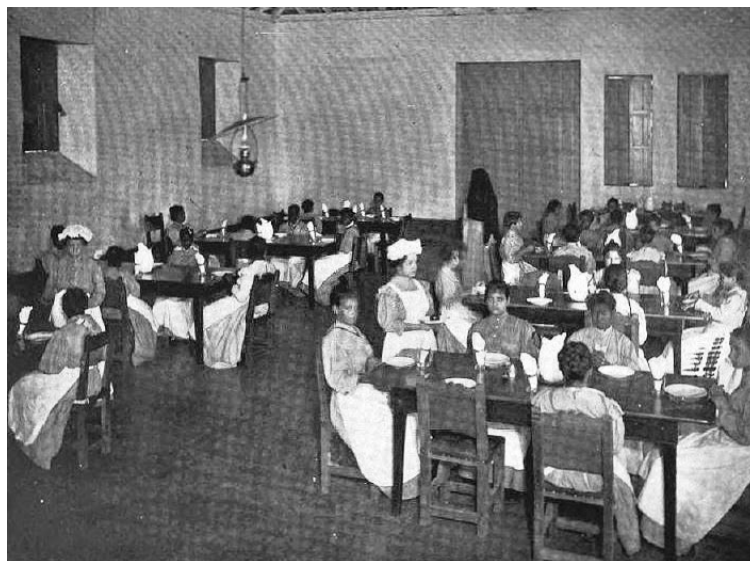




Fuente: Segunda Conferencia Nacional de Beneficencia de la Isla de Cuba (VALDÉS, 1904)

Figuras 15, 16 y 17 - Escuela para párvulas de Cuba 'Aldecoa'





Fuente: Hotel Telégrafo⁵⁶

3.3 EL ESCOLAR MENTALMENTE ANÓMALO

Si a inicios del siglo XX en Cuba, los discursos pedagógico y jurídico sobre la infancia desamparada y peligrosa eran predominantes, a ellos se les unió el discurso médico, propiciando que ‘el cuerpo del niño’ se convirtiera en uno de los objetos principales de intervención del higienismo en Cuba. Tanto el higienismo como la medicina social tenían en la llamada “cuestión social” un factor común, esto es, la “preocupación por las condiciones de existencia de las clases más necesitadas”, situándolos más allá de los problemas de salud comúnmente encontrados en los consultorios médicos (QUINTANAS, 2011, p. 274). Y entre las clases más necesitadas, los niños eran los más vulnerables.

⁵⁶ Disponible en: <<https://hoteltelegrafo.blogspot.com/2014/06/informe-sobre-la-escuela-correccional.html>>. Acceso en: 23 sep. 2022.

Es así como comenzaron a aparecer en Cuba una serie de espacios médico-higiénicos destinados a la población infantil. Entre los más conocidos estuvieron los asilos dispensarios para niños “La Caridad”, “La Casa del Pobre” y la “Granja Modelo”, este último para niños tuberculosos, fundados todos por el pediatra e higienista Manuel Delfín Zamora (MARQUES DE ARMAS, 2014, p. 128). En ese sentido, Núñez (2012), afirma que se trataba de “un discurso fundacional en el que debían establecerse las bases que legitimaran la actuación del Estado para impulsar la formación de una ciudadanía apta intelectual y físicamente” (NUÑEZ, 2012, p.98).

Allí, en el discurso médico higienista sobre la infancia, los psiquiatras cubanos encontraron un espacio acogedor de su discurso y oportuno para ampliar su radio de acción. Uno de los primeros alienistas entusiastas de ese movimiento fue Arístides Mestre, quien, además de médico se había formado como antropólogo. Después de un período en los Estados Unidos, donde se especializó en neuropsiquiatría, Mestre pasó una temporada en Francia junto a discípulos de Charcot. En París, además de ampliar su formación sobre las enfermedades mentales Mestre tuvo el privilegio participar en el acto de fundación de la *Société Française de Neurologie* en París, en 1899 (ECURED, 2021).

Como algunos de sus antecesores, a poco de haber vuelto a La Habana, Mestre se presentó como un gran conocedor de los misterios de las enfermedades mentales, saber que se juntaba con el de la antropología. En 1900 el psiquiatra cubano dictó un curso gratis titulado ‘Clínica de Patología Mental y enfermedades del Encéfalo’ y en 1903 comenzó a impartir conferencias en el Hospital Nro. 1 de La Habana⁵⁷, valiéndole el cargo de médico interino de la recién fundada Cátedra Enfermedades Nerviosas y Mentales de la Universidad de La Habana y situándolo poco tiempo después como uno de los principales referentes de la psiquiatría cubana republicana.

Pero Mestre, además de su labor como médico, ocupaba el cargo de Conservador del Museo de Zoología y el de profesor de la Escuela Normal de Verano de La Habana, siendo este último puesto el que le permitió establecer lazos estrechos con el campo de la pedagogía. En agosto de 1906, Mestre dictó una conferencia titulada ‘Las inteligencias anómalas y el problema de su educación’ (1906), dirigida a sus colegas profesores de la Escuela Normal. Es importante detenerse en el papel

⁵⁷ Actualmente Hospital Clínico Quirúrgico Docente Calixto García.

que jugaban las Escuelas Normales en la Cuba republicana y así poder comprender la relación estrecha entre el discurso médico-higienista, el de la psiquiatría y el de la pedagogía en aquel período.

Las Escuelas Normales fueron creadas en Cuba durante el período de intervención norteamericana a fin de formar maestros y suplir la falta de pedagogos en todo el país, respondiendo a una estrategia más amplia por parte del nuevo gobierno para desarrollar la educación y resolver el problema de la infancia desvalida. En aquella época un número importante de profesores cubanos realizaron excursiones científicas a la Universidad de Harvard, donde debían aprender sobre pedagogía y psicología, además de inglés, historia de América, historia natural y geografía, conocimientos que posteriormente adaptarían al contexto cubano (FERNÁNDEZ, 2020). Es así como, la existencia de un alienista dentro del claustro de pedagogos aportaba el elemento faltante a la gestión disciplinar de la infancia y su normalización: el saber psiquiátrico.

Mestre comenzó su conferencia ensalzando el desarrollo de la “instrucción primaria” en la recién estrenada república cubana, pero inmediatamente señaló como deficiencia el hecho de que la educación se hallase dirigida solamente a los “niños normales”, obviándose otro grupo, el de aquellos que “presentan en la edad escolar deficiencias más o menos profundas en su intelectualidad y modo de ser afectivo” (MESTRE, 1906, p. 124). Y es ahí, en el grupo de niños excluidos de la educación normalista donde el discurso de la psiquiatría encontró un espacio oportuno para intervenir sobre la infancia ‘desviada’.

Desde el inicio de su conferencia, Mestre reconoció que se alimentaba de la psiquiatría francesa. Sobre el tema de la infancia anómala, el alienista se apoyó sobre todo en los franceses Jean Phillippe y Georges Paul-Boncour. Al respecto afirma:

Cuando la instrucción no se imponía, esos refractarios o incapaces —como dicen con sobra de razón los profesores Philippe y Paul-Boncour en su bello opúsculo sobre las anomalías mentales de los escolares, fuente de donde frecuentemente hemos de tomar muchos datos importantes para nuestro estudio —pasaban a menudo desapercibidos; a los niños indisciplinados se les expulsaba de las escuelas, retirándose también a los atrasados; en cuanto a los niños vagabundos, ellos se ignoraban (MESTRE, 1906, p. 125).

Phillipe se había formado en Letras y era profesor del *Collège Arago* y jefe de Trabajos del *Laboratoire de Psychologie Physiologique* en *La Sorbonne* y Paul-Boncour era psiquiatra, médico-jefe de la Prefectura de *Seine-et-Oise*, presidente de la Sociedad de Antropología y director de la revista *L'éducation moderne*. Ambos habían

escrito en 1905 *Les anomalies mentales chez les écoliers. Étude Médico-Pédagogique* (PHILIPPE; PAUL-BONCOUR, 1905), el mismo texto al que se refiere Mestre en su conferencia.

El libro en cuestión tenía una importancia peculiar para el discurso médico-pedagógico francés sobre la debilidad mental ya que fue el trabajo inaugural de una serie de manuales técnicos dirigidos a “la clasificación y el tratamiento tanto de los deficientes como de los enfermos mentales” puestos a disposición de los maestros y utilizados en la categorización de escolares que podían presentar síntomas de interés de la psiquiatría (CALVO, 2009, p. 318).

Por otra parte, Mestre colocaba también como sus referentes a los belgas Ovidio Decroly y Jean Demoor. El primero, neurólogo, trabajaba como jefe del servicio de Neurología, jefe del Servicio de Niños, profesor del Instituto Superior de Pedagogía, profesor de Psicología del Niño en la Universidad de Bruselas y profesor de Higiene Educativa y médico pedagógica de la Facultad de Medicina de la capital belga (LONDOÑO, 2001). Sus trabajos lo habían inscrito tanto en el campo de la neurología infantil como en el de la pedagogía, debido a su dedicación a la formación de profesores de la llamada “enseñanza especial”, siendo uno de los responsables en la “construcción” del discurso médico-pedagógico sobre los niños abandonados y marginales en su país (YARZA; RODRÍGUEZ, 2005, p. 34).

El segundo, Jean Demoor, era profesor de la facultad de medicina y médico jefe de la Escuela de Anormales de Bruselas (BASAURI, 1997). Además, Demoor era reconocido por haber sido profesor de fisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Bruselas y médico jefe de la Escuela de Anormales de la misma ciudad, pero también por su trabajo como pedagogo, sobre todo por haber organizado las primeras escuelas de educación especial en Bélgica (BONÉ; BONITO, 2013), y por un texto fundamental titulado *Los Niños Anormales y su tratamiento educativo en la casa y en la escuela*, publicado originalmente en 1897 como *Les enfants anormaux: leur education* (DEMOOR, 1918).

Tanto Phillipe, Paul-Boncour, Decroly como Demoor se inscribían en un movimiento que cobró bastante fuerza en la Europa de principios del siglo XX, particularmente en Francia, Bélgica, Alemania y España, que buscaba establecer una relación estrecha entre la pedagogía y la medicina para la clasificación y la gestión de comportamientos de niños marginados socialmente, considerados portadores de deficiencias psíquicas y degenerados. Este movimiento, que se alimentaba de algunas

interpretaciones de la psicometría de Alfred Binet y Théodore Simon ⁵⁸ y de los estudios antropométricos, se amparaba también en tres líneas o demandas fundamentales: los estudios paidológicos, la protección de la infancia clasificada como vulnerable y una pedagogía de corte nacionalista (CALVO, 2009). Tal como afirma el mismo Mestre y como aparece a lo largo de su texto, estas fueron las fuentes primarias del discurso médico-pedagógico sobre la infancia anómala en Cuba.

Desde el inicio de su presentación, Mestre declaró abiertamente su intención. Él, como representante de la psiquiatría en el ámbito pedagógico, pretendía colocar bajo la mirada médico-psiquiátrica a un grupo de niños que habían quedado fuera del radio de acción de la pedagogía: los ‘indisciplinados’ expulsados de las escuelas, los ‘atrasados’ y los ‘vagabundos’, es decir, aquellos que ‘pasaban desapercibidos’ a las miradas higienistas.

La psiquiatría no solo comenzó a prestar atención a ese grupo, sino que su interés se amplió a otro que sí se encontraba dentro de las escuelas, pero que no había pasado de “ciertos límites en el orden de la patología mental”. Aquellos escolares, según Mestre, presentaban determinadas características que debían ser consideradas y que los hacía aún más difíciles de detectar porque sus manifestaciones comportamentales no eran tan alarmantes. No obstante, para el alienista, las características de esos niños no estaban acordes con las escuelas ordinarias, donde debían estudiar exclusivamente los “niños cuyo sistema nervioso funcione a satisfacción” (MESTRE, 1906, p. 125).

Es así como la escuela se presentaba como un espacio prometedor para la medicalización de la infancia. Afirma Conrad que la medicalización implica “un proceso mediante el cual problemas no médicos comienzan a ser definidos y tratados como problemas médicos, recurrentemente en términos de enfermedades y trastornos” (CONRAD, 2007, p. 4). Durante ese proceso de medicalización, los comportamientos que se han transformado en objeto de escrutinio y de intervención, comienzan a ser descritos con términos médicos y abordados con intervenciones médicas,

⁵⁸ Según apuntan Lewontin; Rose; y Kamin (2013) la intención de Binet y Simon al introducir las mediciones del Coeficiente de Inteligencia (CI) en los niños no era establecer “una medida fija de su habilidad”, pues esto podía colocarle una marca permanente y por tanto “contribuía a asegurar que él o ella permaneciera así”. Se trataba, más bien, de contar con un instrumento para identificar aquellos escolares que “no podían sacar provecho de la instrucción impartida en las escuelas públicas comunes de París”. A pesar de ello, la prueba de inteligencia de Binet y Simon fue reinterpretado e introducido en Inglaterra y en los Estados Unidos como un medidor de factores innatos y hijos, determinados por un componente hereditario (LEWONTIN; ROSE; KAMIN, 2013, p. 30).

otorgándoles así un sello permanente de patología, muchas veces sin remisión (CONRAD, 2007). Es justamente lo que se había propuesto el alienista cubano: no solo conquistar el escenario pedagógico, de por sí abonado con las ideas higienistas, sino también, enseñar a identificar y nombrar, con términos psicopatológicos, ciertas señales, patrones y conductas infantiles que hasta ese momento no eran abordados por la medicina y, en muchos casos tomados como normales la infancia.

Así, declaradas las fuentes principales y los objetivos de su trabajo, Mestre, aunque con un lenguaje exento de tecnicismos, les brindó a sus colegas pedagogos toda una explicación sobre las características del desarrollo psicológico de los escolares y su personalidad. Así, para él, la importancia de observar minuciosamente a los escolares radicaba en la posibilidad de detectar los desvíos de la norma. Desde su punto de vista, la personalidad podía desarrollarse hacia dos tendencias básicas: la normal y equilibrada y la defectuosa, que sería aquella que muestra los “defectos de organización mental y moral” (MESTRE, 1906, p. 125).

Dentro de este segundo grupo, es decir, el del “niño anormal”, que es el que le interesa explicar a sus colegas, Mestre asumió la clasificación propuesta por Decroly, que dividía a los niños anormales en 6 categorías:

- 1) Por deficiencia física (mancos, etc.);
- 2) Por deficiencia sensorial (ciegos, etc.);
- 3) Por deficiencia intelectual (idiotas, atrasados, etc.);
- 4) Por deficiencias de las facultades afectivas (locos morales, etc.);
- 5) Anormales convulsivos (epilépticos, etc.);
- 6) Deformados por el medio (MESTRE, 1906, p. 127).

Por otro lado, apoyándose en Phillipe y Paul-Boncour, Mestre afirmaba que solamente los de las categorías, 3, 4 y a veces la 5, o sea, los niños con deficiencias intelectuales, con deficiencias en las facultades afectivas y los anormales convulsivos, podían ser colocados en la categoría de escolares mentalmente anómalos. Estos eran precisamente de los que debía ocuparse más la psiquiatría y la pedagogía, por encontrarse frecuentemente en las escuelas y por ser “enfermos del sistema nervioso” (MESTRE, 1906).

Ahora bien, para explicar lo que era el “escolar mentalmente anómalo”, Mestre consideraba que antes debía profundizarse en otra categoría más general, la del “niño mentalmente anómalo”. Para él, el niño mentalmente anómalo tendría al “idiotismo”

como su mejor ejemplo⁵⁹: “El idiotismo altera — decíamos en un trabajo nuestro⁶⁰— más o menos hondamente, la vida física, intelectual y moral del niño, existiendo una serie de tipos muy distintos” (MESTRE, 1906, p. 128).

Lo que caracterizaba, según Mestre, al niño idiota era lo siguiente: “Revélase el mal en el cráneo, en la fisonomía, en el andar, en la palabra, en la atención, en las pasiones, en la moralidad. Las causas son múltiples, pero la herencia ocupa lugar preferente” (MESTRE, 1906, p. 128).

De esa forma, Mestre condensa en una sola frase sus principales preocupaciones como psiquiatra y como antropólogo, al referirse tanto a la estructura craneana y la fisonomía del niño idiota como a la cognición, al comportamiento y al factor hereditario. El interés de Mestre por los rasgos físicos de los idiotas no solo se debía al hecho ser antropólogo y formar parte del movimiento eugenista que comenzaba a surgir por aquella época en Cuba (GONZÁLEZ, 1999)⁶¹, sino también a su formación como psiquiatra, pues, los “vicios de conformación del cráneo” eran uno de los rasgos descritos por Pinel como característicos de aquellos que son “de origen”, es decir, donde la causa no ha sido exógena⁶² (PINEL, 2007, p. 182, traducción personal).

Además de la descripción física y comportamental del niño idiota, Mestre se dedicó a explicar a sus oyentes cada una de las subcategorías comprendidas dentro del grupo clínico de los idiotas. Así, tomando como referencia al alienista francés Desiré Magloire Bourneville, Mestre dividió a la idiocia en: 1º Idiotez absoluta; 2º Idiotez profunda; 3º Imbecilidad propiamente dicha; 4º Atraso intelectual (o imbecilidad ligera) y 5º Inestabilidad mental.

⁵⁹ El idiotismo (*l'idiotisme*), junto a la manía y la melancolía es una de las categorías psiquiátricas más antiguas, dentro de la clasificación de las ‘especies’ de alienación mental propuesta por Pinel. El alienista describía a los idiotas de la siguiente manera: “la mayor parte de ellos no habla o se limita a balbucear algunos sonidos desarticulados; su figura es inanimada, sus sentidos embrutecidos, sus movimientos automáticos; un estado habitual de estupor y una especie de inercia invencible forman su carácter” (PINEL, 2007, p. 182, traducción personal).

⁶⁰ Se refiere a su texto “Sobre la creación de un departamento para la educación médica de los niños defectuosos en sus facultades intelectuales y morales”, leído en la Primera Conferencia Nacional de beneficencia y Corrección de la Isla de Cuba, celebrada en La Habana en 1902. Este trabajo fue publicado posteriormente en el número 6 de la *Revista Cuba y América*, editada en Nueva York y con una tirada en Cuba bajo el nombre de *Revista Ilustrada* (MESTRE, 1902)

⁶¹ Ver: “En busca de la Raza Perfecta. Eugenesia e higiene en Cuba (1898-1858)”, de Armando García González y Raquel Álvarez Peláez (GONZÁLEZ; PELÁEZ, 1999).

⁶² Pinel afirmaba que el idiotismo “puede tener variadas causas, tales como el abuso de placeres enervantes, el uso de bebidas narcóticas, los golpes violentos recibidos en la cabeza, un vivo terror o un disgusto profundo y concentrado, estudios forzados y dirigidos sin principios, tumores en el interior del cráneo, uno o varios ataques de apoplejía, y el abuso de sangrías en el tratamiento de otras especies de manía” (PINEL, 2007, p. 182, traducción personal).

Aunque esta clasificación Mestre la toma de la psiquiatría francesa, en el caso de los idiotas, cita también a Martin W. Barr, un reconocido psiquiatra norteamericano, médico jefe del *Pennsylvania Training School for Feeble- Minded Children Elwyn*, quien propuso una clasificación similar a la de Bourneville. Esto muestra que, sin abandonar su referente teórico principal (la psiquiatría francesa), los alienistas cubanos no podían sustraerse al influjo de la psiquiatría norteamericana, pues los aires del norte llegaban de forma directa con la intervención política.

Sobre el tema de los niños idiotas en las escuelas, Mestre afirmaba que era necesario descartar a los niños idiotas de los dos primeros grupos (Idiotéz absoluta e Idiotéz profunda), sobre todo porque estos estarían “demasiado alterados en sus facultades intelectuales y morales”, presentando “vicios muy marcados en su funcionamiento cerebral” limitándolos de “asistir y encontrárseles en las escuelas ordinarias”, lo que no significaba, según él, que no debieran recibir una “educación especial” (MESTRE, 1906, p. 130). El tercer grupo, el de la Imbecilidad propiamente dicha, aunque de forma rara, también podía ser encontrado en las escuelas ordinarias.

Por tanto, quedaban las dos últimas categorías: Atraso intelectual (imbecilidad ligera) e Inestabilidad mental. Dentro de ellas, se hallaban aquellos escolares que más interesaban a este alienista, no solo porque estos niños no necesitaban de tutela permanente, sino porque, su condición ‘no tan radical’, sería mejorable y curable, permitiéndoles “la vida social en libertad”. Para curar a estos niños, habría que apoyarse en la educación física y moral, herramientas que podrían dirigirse a “compensar o paliar las defectuosidades, a restablecer un equilibrio comprometido, pero no imposible” (MESTRE, 1906, p. 131). Esa sería, según él, la tarea fundamental del tratamiento médico-pedagógico.

Siguiendo a Bourneville, Mestre criticaba la tendencia entre los educadores de la época a ocuparse solamente de cuestiones morales e intelectuales en los escolares y por otro lado a los médicos, quienes solo se ocupaban de las materias del sistema nervioso, predominando los puntos de vista neurológico y psiquiátricos en el diagnóstico de los escolares a su cargo. Por tanto, es justamente el escolar mentalmente anómalo, portador de una “intelectualidad alterada” (congénita o adquirida) (MESTRE, 1906, p. 133), el objeto que permitió entrelazar los discursos pedagógico y médico sobre la población infantil desviada de la norma. Pero, aún dentro del grupo del escolar mentalmente anómalo, existían algunas subcategorías de interés para el alienista cubano:

1) Los *Atrasados intelectualmente*: podían presentar manifestaciones tanto de atraso como de inestabilidad, aunque también una de las dos condiciones por separado. Estos niños tendrían dificultades en la atención, el pensamiento y la memoria lentificados, capacidad débil de previsión, aprendizaje selectivo y por períodos específicos. Podían ser, además, “irritables, violentos, morosos, desconfiados, turbulentos y apáticos” (MESTRE, 1906, p. 133).

2) Los *Instables*: con dificultades para fijar la atención, escuchar, comprender o responder. Incapaces de controlar sus reacciones, sentimientos exagerados, “nerviosidad exagerada”, lo que evidenciaba, según Mestre, una falta de “proporción entre sus actos y las causas objetivas que lo determinan”. En la escuela serían indisciplinados a causa de su “sobreactividad inexplicable” (MESTRE, 1906, p. 133).

3) Los *Asténicos*: los comportamientos dentro de esta categoría serían la apatía, la disminución de la actividad y la depresión. Además, eran considerados perezosos en las escuelas. En este caso Mestre llama a los maestros a distinguir al “perezoso patológico”, es decir, con “alteración funcional de sus centros cerebrales” y al perezoso voluntario. La causa de la astenia sería congénita, según Mestre, colocando así a los escolares asténicos como los “verdaderos anormales desde el punto de vista mental” (MESTRE, 1906, p. 135).

4) Los *Escolares mentalmente anómalos por diferentes neurosis (epilepsia, histeria)*: en el caso de la epilepsia, podía manifestarse a través de crisis paroxísticas breves que pasaban desapercibidas para quienes rodeaban al niño. En cambio, los histéricos podían ser irritables, con episodios de llanto o risa sin causa, ser violentos y coléricos. Mestre los describía, además, de la siguiente forma: “golpean con el pie y a veces se tiran en el piso cuando no se les satisface pronto”. En el caso de las niñas, el alienista describía una “coquetería extraordinaria para su corta edad” y en los varones, una “tendencia marcada al feminismo”, al preferir jugar con muñecas y no con juegos más “ruidosos” (MESTRE, 1906, p. 135).

5) Los *Subnormales (escolares intermediarios entre los precedentes anormales y los escolares ordinarios)*: en este grupo, Mestre colocaba aquellos escolares con los mismos síntomas de los anteriores, pero más atenuados. Así, por ejemplo, el alienista afirma que, en esta categoría debían ser incluidos “los escolares cuya inestabilidad o detención mental son ligeras, aunque indudables”; siendo así que, en ellos, “la epilepsia es apenas visible, la astenia es más bien superficial, etc.” (p.

136). Tal condición, afirma el médico, lo haría más “salvable” intelectual y moralmente que los de los otros grupos.

6) Los *Atrasados pedagógicos*: los niños atrasados pedagógicos eran aquellos que por diferentes razones no habían comenzado la escuela, ya fuera porque sufrieran de alguna enfermedad limitante, por cambios constantes de escuelas o por las condiciones del medio familiar, sobre todo negligencia por parte de los padres o tutores. Mestre, siguiendo la tradición psiquiátrica francesa colocaba aquí a los hijos de alcohólicos y de degenerados.

7) Los *Escolares atacados de anomalías morales*: en este último grupo, estaban los comúnmente considerados “viciosos o amorales”. Según el autor, este grupo era bastante numeroso y se componía de “pequeños vagabundos, mentirosos, cleptómanos, incendiarios y aun asesinos” (MESTRE, 1906, p. 139). A Mestre le interesaba destacar que en algunos casos podían presentarse manifestaciones morbosas bastante evidentes, pero en otros no. Es decir, podían ser encontrados niños atrasados morales y atrasados mentales al mismo tiempo, pero también encontrarse solamente niños con atraso en el orden moral. Lo mismo ocurría con la inestabilidad y otras “taras mentales” (MESTRE, 1906, p. 139).

Luego de este recorrido clasificatorio, el psiquiatra cubano condujo a sus oyentes al tema que más le interesaba, el de los escolares amorales, tanto los portadores de taras morbosas como los que representaban combinaciones de taras morbosas ligeras con “influencias sociales nocivas” (MESTRE, 1906, p. 139).

¿Por qué a Mestre le importaba tanto este aspecto? Es preciso recordar que, además de médico, Mestre era antropólogo y, le interesaban los posibles ‘signos físicos’ de la criminalidad. Por tanto, el niño escolar, caracterizado como amoral, combinando una herencia “degenerada” con un medio social que él llamaba nocivo y que apuntaba a la pobreza y la marginalidad, resultaba un objeto ideal de investigación sobre la “criminología infantil” (MESTRE, 1906, p. 139). Y la escuela, espacio privilegiado donde los niños pasan la mayor parte del tiempo, también era el lugar ideal para la detección de la infancia problemática, para la prevención de comportamientos considerados ‘inadecuados’ y para su corrección.

Un elemento esencial para diferenciar el escolar vicioso o amoral era, según Mestre, la mentira. Sobre la mentira en los niños, Philippe y Paul-Boncour ya habían teorizado, por lo que el alienista cubano nuevamente se apoyaba en sus referentes franceses. La mentira en los niños amorales tendría su origen en una “insuficiencia

mental o moral”, debiendo buscarse los indicios en la primera infancia. Además, los niños viciosos tendrían, al igual que los degenerados y los escolares histéricos, una facilidad para elaborar de forma hábil y sofisticada sus mentiras, frente a otras formas “sencillas e imperfectas” (MESTRE, 1906, p. 106). De esa forma, el alienista cubano les daba a sus oyentes un instrumento para diagnosticar a los escolares anómalos:

El análisis del fenómeno de la mentira de los escolares suministra la manera de conocer el estado de su espíritu, el grado de desarrollo intelectual y el modo de presentarse sus taras mentales: en sus mentiras se traducen sus concepciones, sus ideas asociadas, sus costumbres, toda su actividad psíquica (MESTRE, 1906, p. 106).

Hasta ese momento, Mestre había seguido fielmente las teorizaciones de Philippe y Paul-Boncour para clasificar a la infancia anómala escolar, pero llegando casi al final de su conferencia colocó otro elemento que, si bien no puede ser considerado enteramente de su ‘propia cosecha’, se puede decir que resulta un aporte del cubano a este cuadro clasificatorio. Reconociendo que se había inspirado para ello en Pierre Carrière⁶³, Mestre añade al conjunto de los escolares anómalos a los niños precoces.

Carrière, en su teoría sobre la precocidad escolar, afirma lo siguiente: “en el estudio de la precocidad intelectual, nos limitaremos a investigar cuatro grupos de precoces, los pintores, los músicos, los matemáticos y calculadores y los enciclopedistas” (CARRIÈRE, 1901, p. 75, traducción personal). Aunque no se detiene en explicar detalles, Mestre asociaba la precocidad de estos escolares a “sus antecedentes hereditarios”, pero también a las “anomalías” que la acompañan (MESTRE, 1906, p. 106). Sobre la precocidad en los escolares, aunque las referencias eran principalmente los franceses, como el médico fisiólogo Charles Richet, Mestre no dudó en tomar también las elaboraciones del psicólogo y etnomusicólogo alemán Carl Stumpf, reconocido por sus estudios sobre la precocidad musical ⁶⁴.

⁶³ Pierre Carrière había defendido su tesis de doctorado unos años antes, en 1901, titulada *De la précocité physique et intellectuelle chez l'homme*. El director de su tesis fue Brissaud, quien le había propuesto desarrollar ese tema. El objetivo de la tesis de Carrière era estudiar “las diversas formas de precocidad psíquica e intelectual en el hombre” desde la etapa embrionaria, específicamente sus causas, la influencia del medio y las influencias hereditarias que estarían en juego” (CARRIÈRE, 1901, p. 9, traducción personal). Carrière definió su objeto de estudio de la siguiente forma: “Llamaremos precoz, a cualquier órgano o función física o intelectual que aparezca en un niño antes de la edad ordinaria en un entorno determinado” (CARRIÈRE, 1901, p. 11, traducción personal).

⁶⁴ Charles Richet, en 1900, en el Congreso Internacional de Psicología de París había presentado el caso de un niño español de tres años, conocido como “Pepito Arriola”, el cual era considerado un prodigio musical comparado con Mozart (RICHET, 1901). Por otro lado, el alemán Carl Stumpf, tres

Es así como, el alienista cubano, enrolado en la misma aventura clasificatoria de sus colegas franceses, consideraba tanto a las diferentes formas de retardo mental, los comportamientos “amorales”, etc., como a la precocidad mental una especie de anomalía. Por tanto, propugnaba que el papel de los médicos y de los pedagogos debían ser igualmente importantes en la prevención y la normalización de la infancia anómala. En ese sentido, Mestre, afirmaba: “La profilaxia de los síntomas que vienen a veces con la precocidad, es asunto que también ha de preocupar sin duda alguna a médicos y educadores” (MESTRE, 1906, p. 141). A partir de esta afirmación, podemos entender que, lo que alarmaba a los alienistas no era tanto las habilidades que podían desarrollar los niños precoces, como las musicales, matemáticas y otras, sino los síntomas que a estas se les asociaba.

Aunque el autor no lo menciona, porque no era objetivo de su conferencia, podría inferirse que aquellos síntomas de los “precoces” que más preocupaban estarían asociados a cuestiones morales y sexuales, que los alejaba del universo ‘estéril’ que debía ser garantizado a la infancia. Es importante recordar que en el campo de la medicina mental y las prácticas psi en general, los inicios del siglo XX fueron un tanto convulsos, pues, un año antes, en 1905, el reconocido psicoanalista Sigmund Freud, quien también formaba parte del gremio médico europeo, había publicado *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie* (Tres Ensayos para una Teoría Sexual) (FREUD, 1926). Tal como afirma Santos (2021), Freud, en un contexto donde predominaba la moral victoriana, al presentar ese texto a la comunidad científica internacional donde teorizaba sobre la pulsión sexual en la infancia, había provocado una serie de respuestas contrarias, resistencias y escandalosas acusaciones de pansexualista.

Por fin, Mestre, después de ilustrar sobre el escolar anómalo a sus colegas pedagogos, presentó una propuesta de intervención médico-pedagógica para los niños anómalos, asegurando que estos podrían “volverse normales si se les educa convenientemente” (MESTRE, 1906, p. 141). A fin de dar un poco más de sustento a su propuesta y, sobre todo, para mostrar la eficacia de la estrategia médico-pedagógica sobre el niño anormal, Mestre utilizó como recurso narrativo la anécdota de ‘un niño salvaje’ tratado por la psiquiatría francesa. Se trata del caso conocido

años después de la presentación de Pepito Arriola, también realizó experimentos con “prodigio español” (STUMPF, 1909, traducción personal).

popularmente como *Le sauvage de l'Aveyron*, el que, según Mestre, “abrió en medicina mental la era de la educación de los idiotas” (MESTRE, 1906, p. 142).

El salvaje de Aveyron era un niño de unos once o doce años hallado en los bosques de *La Caune* en París por tres cazadores. El niño desandaba trepado en los árboles, completamente desnudo y supuestamente alimentándose de bellotas y raíces. Después de ser examinado por varios alienistas, entre ellos, Phillipe Pinel, las conclusiones sobre aquel niño eran desalentadores para la psiquiatría y la pedagogía. Hasta el propio Pinel lo había calificado como un caso de *idiotisme incurable* (GRANIER DE CASSAGNAC, 2009).

Sin embargo, en la misma época, el famoso salvaje había sido observado y tratado por el médico-pedagogo francés Jean-Marc-Gaspard Itard, quien, en un ambiente estrictamente controlado, le aplicó un ‘tratamiento educativo especial’. Según Itard, “el pequeño salvaje”, nombrado por él como “Víctor” había mostrado una mejoría significativa gracias al tratamiento dispensado. El tratamiento se basaba en la obligación de seguir una rutina estrictamente supervisada, por lo que el niño habría transitado rápidamente hacia un comportamiento civilizado básico (uso de ropas, expresión de emociones, reconocimiento de objetos, etc.) (ITARD, 1894).

Es así como, el ‘niño salvaje’, afirma De Lajonquière (2014), se transformó en un caso emblemático tanto para la pedagogía especializada como para la psiquiatría infantil francesa y mundial⁶⁵. Resulta comprensible entonces porqué Arístides Mestre utilizó este famoso caso como su mejor ejemplo para ilustrar la importante misión que debía llevar a cabo la medicina pedagógica y la educación infantil. Aunque solo superficialmente, Mestre también citó a Édouard Seguin⁶⁶ como su referente principal del campo de la ortofrenia (MESTRE, 1906). No obstante, el trabajo de Seguin se concentraba sobre todo en el tratamiento de ‘niños idiotas’ en establecimientos especiales y no en las escuelas (SEGUIN, 1846).

Por eso, tanto la labor de Itard como la de Seguin servían solamente a Mestre como una base teórica sobre la cual apoyarse, pero desde el punto de vista práctico, el alienista cubano pretendía ir un poco más allá, hacia el terreno poco explotado del

⁶⁵ También, el caso del niño salvaje fue recreado en el cine francés. En 1970, el reconocido director François Truffaut realizó la película *L'enfant sauvage*, mostrando los principales aspectos de la vida del niño “Víctor”, tratado por Itard.

⁶⁶ El trabajo de Seguin con los “niños idiotas” era realizado a partir de la creación de establecimientos educativos especiales y escuelas para niños con retraso mental, las que se multiplicaron a mediados del siglo XIX no solo en Europa, sino también en América del Norte (SEGUIN, 1846; MESTRE, 1906).

escolar anómalo, donde podían ser hallados aquellos niños más parecidos a los 'normales'. En fin, la medicina pedagógica propuesta por Mestre para los escolares anómalos debía organizarse según algunos "consejos generales" (MESTRE, 1906, p. 145):

1. Los escolares debían ser clasificados y agrupados de forma homogénea.
2. La enseñanza debía adaptarse al estado especial de las facultades del escolar.
3. En el caso de los niños "detenidos", el educador debía actuar en función de despertar su atención y, una vez conseguido despertarla, mantenerla.
4. En el caso de los niños inestables, el educador debía dedicarse por entero, a mantener fija su atención y, conservarla todo el tiempo necesario.
5. Para los niños irritables o los neuróticos, el educador debía garantizar y trabajar en función de crear "hábitos sociales de orden, de regularidad, de buena disciplina, de moralidad inteligente" (MESTRE, 1906, p. 145).

Para que estos consejos generales fueran realmente efectivos, aseguraba Mestre, era fundamental que tanto los médicos como los educadores conocieran la "psicología del escolar"⁶⁷, la que, junto a las características obtenidas por el examen biológico y el mental conformarían la principal herramienta diagnóstica del aparato médico-pedagógico.

Al final de su intervención, Mestre retoma el tema de los niños criminales. A pesar de haberse referido a este asunto de forma breve y superficial, su mención abre todo un innovador campo de estudios sobre la infancia 'desviada' en Cuba, donde podrían trabajar en colaboración estrecha la psiquiatría, la pedagogía y la criminología.

Según afirman Borges y Caponi (2018), el "niño anormal" como objeto de interés de la psiquiatría y la falta de rigor al establecer un límite entre lo normal y lo

⁶⁷ Mestre coloca al pedagogo cubano Manuel Valdés Rodríguez como uno de los autores fundamentales de la pedagogía cubana y sobre todo de la psicología experimental aplicada al ámbito escolar (MESTRE, 1906). Ver: VALDÉS RODRÍGUEZ, Manuel. Ensayos sobre Educación. Teoría, práctica y experimental, Imprenta El Fígaro, La Habana 1898.

psicopatológico permitió la consolidación de un discurso prevencionista, es decir, la búsqueda de “pequeños signos anunciadores de una patología grave por venir” y, por tanto, la necesidad de intervención temprana (BORGES; CAPONI, 2018, p. 1241, traducción personal). Si, como habíamos visto en el epígrafe anterior, el discurso jurídico cubano sobre la infancia peligrosa era eminentemente prevencionista, la misma visión la encontramos en el discurso de la psiquiatría infantil. Por eso, tal como afirman Borges y Caponi (2018) “la noción de riesgo como capacidad de anticipación de un peligro posible reaparece como noción articuladora de ese dispositivo de seguridad que transita tanto por el campo médico como por el jurídico” (BORGES; CAPONI, 2018, p. 1242, traducción personal).

Es así como, la tarea de la medicina pedagógica no debía ir solamente en función de la detección temprana y la educación de las anormalidades infantiles en el ámbito escolar, sino también hacia la prevención de la “criminalidad infantil” (MESTRE, 1906, p. 147).

El interés de Mestre por los “niños criminales”, venía no solo de su profesión como antropólogo, sino también de sus referentes de la psiquiatría francesa, como es el caso de Ernest Cabédé, citado por él y quien había publicado unos años antes el libro *De la responsabilité criminelle* (CABADÉ, 1893). Así, Mestre, siguiendo al médico francés, reafirmaba la importancia de descubrir a ese tipo de niños en el ambiente escolar, partiendo del principio de que existían en ellos taras físicas o mentales heredadas de padres degenerados, trayéndoles dificultades en cuanto a las leyes sociales o también haciéndoles débiles frente a “las provocaciones de un ambiente malsano”. Así, el “examen mental” en estos casos permitiría determinar si los “pequeños delincuentes” eran “viciosos o enfermos” (MESTRE, 1906, p. 147).

Con esto, Mestre no hacía un gran aporte a la psiquiatría, porque, como apunta Foucault, desde el siglo XIX la criminalidad ya era asunto de interés de la medicina mental, siendo un espacio de oportunidad para intervenir frente a los “peligros inherentes al cuerpo social” (FOUCAULT, 1996, p. 164). Tampoco era novedad la articulación entre psiquiatría y criminología en torno del niño anormal (BORGES; CAPONI, 2018). No obstante, la referencia de Mestre a los niños criminales en las escuelas sí puede ser considerado un aporte a los discursos psiquiátrico y criminológico cubanos, permitiéndoles ampliar su alcance hacia el espacio educativo.

Si se tiene en cuenta que, tal como afirma Foucault (1996), la psiquiatría, en el campo de la criminología comenzó a interesarse por aquellas manifestaciones repentinas de locura, sin indicios anteriores y que podían transformarse en crímenes futuros, sobre todo crímenes de amplia connotación, es posible entender el interés particular por la infancia considerada anormal. El esfuerzo del alienista Arístides Mestre se inscribía dentro de esa línea que intentaba descubrir las sutiles manifestaciones de una locura antes de que pudiera transformarse en crimen consumado, es decir, en la prevención de la delincuencia futura⁶⁸. Es justamente en esa línea que se colocaba a la infancia anómala como objeto de intervención. Claro que, la criminalidad era uno entre otros caminos considerados por los alienistas de la época para la infancia anómala.

Finalmente, Mestre encierra su intervención afirmando lo siguiente:

Sí, el tratamiento médico-pedagógico no sólo mejora y cura al escolar mentalmente anómalo, sino lo que encierra mayor trascendencia, constituye la verdadera profilaxia, pudiéramos decir, del crimen en un sinnúmero de circunstancias. ¡La herencia y propagación de esas anomalías es amenaza terrible, a no dudarlo, para la sociedad y la raza! (MESTRE, 1906, p. 147).

En esas palabras no solo queda expuesto que el objetivo de Mestre era establecer una colaboración estrecha de la pedagogía y la psiquiatría en la normalización de la infancia, sino también se demuestra cómo la psiquiatría cubana se ampliaba hacia la prevención de las conductas consideradas desviadas de la norma y, por tanto, susceptibles de peligrosidad social. Además, se mantiene la cuestión de la herencia y la supuesta transmisibilidad de las enfermedades mentales como núcleo duro del discurso psiquiátrico cubano y, por último, y estrechamente relacionado con el asunto de la herencia, la referencia a la raza.

La alusión de Mestre a la cuestión racial, aunque colocada al final de su conferencia y sin que profundizase mucho en ello, puede ser entendida como otro signo de esa ampliación de la psiquiatría cubana hacia otras fronteras como el higienismo y la eugenesia. En Cuba, tal como ocurría en otros países de América

⁶⁸ Es importante destacar, además, que, unos años atrás, específicamente en la Segunda Conferencia Nacional de Beneficencia y Corrección celebrada en La Habana en 1904, Arístides Mestre ya había tocado el tema de la criminalidad, alertando a sus colegas sobre la importancia de prestarle mayor atención a los locos criminales. En su conferencia, titulada "Crimen y Locura", Mestre llamaba la atención sobre el aumento en aquellos años, de "hechos delincuentes cometidos por enajenados" (MESTRE, 1904, p. 385), explicando a sus interlocutores desde la teoría lombrosiana la relación entre la llamada locura moral y el crimen, ambas "producto de una degeneración morbosa" y en otros casos, por causa del alcoholismo (MESTRE, 1904, p. 388).

como Argentina, Brasil, Colombia, Estados Unidos, México, Perú, Venezuela, entre otros, la preocupación por el 'mejoramiento' de la especie, así como el 'blanqueamiento' de las razas, cobró bastante fuerza en esta época. No solo los antropólogos y los abogados cubanos se interesaron en ese asunto, sino también varios médicos higienistas y algunos psiquiatras, como Arístides Mestre⁶⁹ se embarcaron en esa aventura.

La pedagogía y sobre todo el espacio escolar le dieron a la psiquiatría la posibilidad de centrar su atención también en la infancia. En un espacio donde los trastornos neurológicos de la infancia eran un asunto exclusivo de la medicina, la psiquiatría ampliaba su mirada hacia ciertos comportamientos asociados a una anomalía mental y moral. Diferentes de los trastornos neurológicos, sobre los cuales caía un manto de pesimismo en cuanto a su curación, los signos presentes en los comportamientos infantiles que llamaban la atención de la psiquiatría y que esta transformaba en síntomas, se presentaban con una cierta posibilidad de ser curados, mejorados y sobre todo prevenidos. Por ello, los psiquiatras irían a buscar los síntomas allí donde mejor se manifestaban y donde podía ser más difícil detectarlos: en la escuela. Así, la colaboración entre la pedagogía y la psiquiatría debía no solo ser fundada, sino establecida permanentemente.

En el campo de la infancia 'anormal' y 'problemática', que hasta el momento parecía dominado principalmente por instituciones jurídicas, benéficas y pedagógicas, con sus asilos, casas de corrección, escuelas de oficios, etc., la medicina mental sentaba las bases de la psiquiatría infantil en Cuba. No obstante, habrá que esperar casi dos décadas para que fuera efectivamente fundada como especialidad y que se destinase un espacio específico para los 'niños anormales' dentro del asilo para dementes. Eso no significa que hasta ese momento la infancia hubiese escapado de la práctica de la medicina mental, pues desde temprano circulaban por los pasillos del manicomio los niños anormales, sino que, como veremos enseguida, estos comenzarán a ser separados de los adultos y 'estudiados' como objetos diferentes.

⁶⁹ Los historiadores cubanos Armando García González y Raquel Álvarez Peláez, en el libro *En busca de la raza perfecta: eugenesia e higiene en Cuba (1898-1958)*, han abordado profundamente en el tema de la eugenesia en Cuba, así como la presencia de la psiquiatría en esos menesteres (GONZÁLEZ; PELÁEZ, 1999), por lo que no consideramos necesario entrar en esas cuestiones.

3.4 LA IMPORTACIÓN DEL HIGIENISMO MENTAL

Al tiempo que el movimiento caritativo se fortalecía en los Estados Unidos, el higienismo mental apareció como una tendencia divergente del psicoanálisis⁷⁰ y con una marca de reformismo social. Además de Estados Unidos, el movimiento de higiene mental tuvo como sede principal a Francia.

En los Estados Unidos, la higiene mental surge de una nueva concepción en el campo del alienismo, a partir de la cual, los tratamientos psiquiátricos debían practicarse más allá de las paredes del hospital. Uno de sus fundadores, Adolf Meyer (1918), definió tres líneas de trabajo para lograr los objetivos de este movimiento: 1) se debía ampliar la formación del médico, para que pudiera diagnosticar los trastornos mentales con antelación; 2) disponibilidad de recursos para la investigación y el tratamiento temprano de los pacientes; y 3) la implicación de la sociedad en la higiene pública y, por tanto, una actitud más empática hacia ella.

Según Thomas Szasz (1966), la premisa fundamental del movimiento de higiene mental en Estados Unidos era la colocación del sujeto con trastornos mentales como centro de atención, como alguien que necesita ayuda, fuera consciente de ello o no. Pero, el punto conflictivo destacado por el autor y lo que mejor caracteriza al higienismo mental, es el lugar donde se situaba al sujeto. En primer lugar, la higiene mental se basaba en un paradigma de las ciencias sociales que tenía al paciente mental como un objeto y no como un sujeto; en segundo lugar, el paciente mental no se consideraba tan importante en comparación con los grupos sociales, las comunidades, la sociedad, los países e incluso la humanidad en general; en tercer lugar, la influencia de las llamadas 'ciencias duras' y el paradigma cuantitativo en psiquiatría marcaron su esencia y por lo tanto el objetivo principal sería la predicción y el control de la conducta humana (SZASZ, 1966).

En este sentido, afirma Valencia (2016) que el movimiento de higiene mental buscó implementar nuevas formas de ejercer el control de la población y anticiparse a la aparición de enfermedades mentales, concentrándose sobre todo en toda la salud

⁷⁰ En el año 1909 Freud, acompañado por Carl. G. Jung y Sandor Ferenczi, llegan por primera vez a Estados Unidos para entregar una serie de conferencias sobre psicoanálisis, marcando un momento trascendental en la historia de la psicología, pues a partir de ahí comenzaría la práctica terapéutica psicodinámica en Norteamérica (CHINALLI, 2010).

como objeto y no en la enfermedad, en franca consonancia con el movimiento de higiene pública, pero también de la biopolítica.

Por otro lado, en Francia, el movimiento de higiene mental estuvo encabezado por el alienista Édouard Toulouse. Según Huertas (1989), Toulouse no sólo fue reconocido como pionero y teórico del ‘asilo abierto’ en Francia, sino también por sus investigaciones de laboratorio, sus concepciones sobre la profilaxis de la enfermedad mental y por ser uno de los fundadores en 1920 de la Liga de Higiene Mental en su país.

Uno de los elementos que caracterizaron el trabajo de Toulouse fueron los experimentos psicológicos, siendo reconocido, junto con Alfred Binet como fundador de la psicología experimental. Toulouse buscó descubrir, a través de pruebas de evaluación cognitiva, las bases biológicas de los trastornos mentales, pero también desarrollar investigaciones sobre higiene ocupacional y formas de mejorar el desarrollo de los niños (BLANCHARD, 2003).⁷¹

En el caso del ‘asilo abierto’, este constituyó una importante reforma dentro de la psiquiatría francesa, ya que marcó el comienzo de la transformación semántica del concepto de ‘asilo para alienados’ en ‘hospital psiquiátrico’, basado en la premisa de que los pacientes ingresados en asilos y no considerados socialmente peligrosos debían ser tratados fuera de establecimientos cerrados, algo que había estado sucediendo durante algún tiempo en otros países europeos, por ejemplo (HUERTAS, 1989).

Pero la apertura de asilos bajo el sistema “abierto” no significaba la liberación real de los pacientes o una transformación del poder psiquiátrico. Coincidiendo con estas reformas, se sugirió la creación de un *Service de Contrôle et de Surveillance*⁷² de los alienados, con un funcionamiento similar a los de los cuerpos de vigilancia policial. La misión de esta institución, administrada por médicos y empleados de los servicios sociales franceses, era evaluar el comportamiento de los pacientes mentales que regresaban a sus comunidades. Algunos alienados disfrutaron del régimen abierto y se les permitió vagar por las calles e interactuar con el resto de la población; pero al mismo tiempo eran evaluados periódicamente por el servicio de control, que buscaba

⁷¹Toulouse fue fundador en 1897 del *Laboratoire de psychologie expérimentale de L'Ecole des Hautes Etudes*, el cual se llamaría posteriormente *Institut de psychiatrie et de prophylaxie mentale* (LIGUE FRANÇAISE POUR LA SANTÉ MENTALE, 2020).

⁷² Servicio de control y vigilancia.

anticiparse a posibles actos delictivos o actitudes considerados socialmente peligrosos. El funcionamiento de estos servicios se basaba en una supuesta necesidad de proporcionar a los sujetos con “problemas mentales” una “atención temprana”, con el argumento de que de esta manera sus “actos peligrosos” podrían prevenirse de manera más efectiva (CLAUDE, 1933, p.170-171).

Finalmente, el sistema de puertas abiertas con su sistema de control y vigilancia ampliado correlacionado dio paso a la fundación de la *Ligue d'Hygiène et de Prophylaxie Mentale* francesa, de la que Toulouse fue fundador, como ya fue mencionado. Como apunta Claude Deutsch (2020), la liga de higiene mental formó parte de un movimiento más amplio liderado por higienistas franceses, entre los que estuvieron personalidades de la medicina y la psiquiatría, psicólogos, biólogos y fisiólogos, pero también magistrados, funcionarios y políticos, que intervinieron en diversos campos como la geología higiénica, la epidemiología, la policía sanitaria, la higiene internacional, la higiene personal (alimentos, la salud), la higiene pública (higiene rural y urbana), la higiene industrial, la demografía y las estadísticas, así como la lucha contra los llamados males sociales: alcoholismo, tuberculosis, enfermedades venéreas, delincuencia, mortalidad infantil.

La esencia de la Liga Francesa de Higiene Mental tenía sus raíces en la profilaxis de las enfermedades mentales. Para ello, intentó intervenir en diferentes planes: el plan comunitario, a través de la ampliación de plazas de atención fuera de los asilos; la escuela y el campo profesional, realizando evaluaciones neurobiológicas y de habilidades; el área forense, mediante el fortalecimiento del papel de la psiquiatría en relación con los criminales y los niños llamados “delincuentes”; y finalmente, la expansión de su campo investigativo, con la fundación en 1927 del Instituto de Profilaxis Mental, que incluyó cuatro laboratorios: biopsiquiatría, química biológica, fisiología y psicología (DEUTSCH, 2020).

El surgimiento del higienismo mental, tanto en Francia como en Estados Unidos y en los demás países en los que se desarrolló, bajo la bandera de la mejora de la población, fue parte de lo que Sandra Caponi llama “una nueva configuración epistemológica del conocimiento psiquiátrico”, que ya había comenzado en el siglo XIX (CAPONI, 2009, p. 530). Esta “psiquiatría expandida”, basada en la teoría de la degeneración de Morel, hizo desaparecer la división entre lo considerado normal y lo considerado patológico, permitiendo realizar intervenciones biopolíticas sobre la

cotidianidad de las personas y sus manifestaciones subjetivas, a veces consideradas como señales de trastornos futuros (CAPONI, 2014).

En el caso de Cuba, el higienismo mental también tuvo sus representantes, pero a pesar de la cercanía y de la influencia de Estados Unidos en este país, los psiquiatras higienistas cubanos se nutrieron principalmente de sus colegas franceses, lo que no significa que no mantuvieran un intercambio fluido con los del norte. Como ya fue colocado, desde finales del siglo XIX, muchos de los psiquiatras del país caribeño habían pasado largos períodos de formación en Francia, como discípulos de importantes figuras de la psiquiatría y neurología francesas, como Jules Baillarger, Armand Trousseau, Valentin Magnan, Jean-Martin Charcot, Fulgence Raymond, Henri Claude, Joseph Rogues de Fursac y Edouard Toulouse (MARQUÉS DE ARMAS, 2014). Por otro lado, como Cuba había sido colonia de España hasta casi principios del siglo XX, la tradición en la formación de sus médicos, incluidos los alienistas, se inclinó más hacia Europa.

Entre los médicos cubanos formados en Francia, estuvo Juan Portell y Vilá, uno de los más destacados en el establecimiento del movimiento de higiene mental en la Isla caribeña. Él, que también fue miembro del Instituto Neurobiológico de Alemania, había sido colaborador en París de Fursac y de Toulouse entre 1922 y 1923, pero probablemente, de sus maestros franceses, fue Toulouse quien tuvo la mayor influencia en su pensamiento como psiquiatra. Sin embargo, Portell y Vilá fue también seguidor del psicólogo y psiquiatra francés Henri Wallon, como será visto más adelante.

En noviembre de 1924, Portell y Vilá regresó a La Habana después de sus estudios en Europa. Formado entre los más grandes nombres del alienismo europeo, el joven médico se presentó en Cuba como un vasto conocedor de la técnica moderna del psicoanálisis, del higienismo mental francés -del que presenció su nacimiento- pero también de la neurología y la eugenesia. Portando esas insignias, el alienista se abrió paso rápidamente entre el gremio médico cubano, al punto de influir en las autoridades sanitarias y conseguir la fundación de *la Liga Cubana de Higiene Mental* unos años más tarde, en marzo de 1929 (MARQUÉS DE ARMAS, 2019).

En esa misma época, se crearon ligas, comités y sociedades de higiene mental en otros países de América Latina como Bolivia, Brasil, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Puerto Rico, República Dominicana, El Salvador, Uruguay y Venezuela (VIDAL; ALARCÓN, 1986).

Las condiciones para la Liga de higiene mental cubana venían siendo creadas algunos años atrás, gracias a la labor de Portell y Vilá, a través de las publicaciones de la época y de los frecuentes intercambios de higienistas cubanos con sus colegas franceses y estadounidenses. Así, por ejemplo, en 1925 apareció una nueva sección titulada *Archivos de Medicina Mental* en la Revista de Medicina Legal de Cuba. Esta sección estuvo dirigida por el propio Portell y Vilá y se dedicó exclusivamente a la difusión de las obras de los psiquiatras cubanos.

Uno de los artículos que apareció en esta publicación, titulado *La profilaxis mental como uno de los grandes factores de la medicina social*, es una muestra clara del pensamiento de Portell y Vilá y de la influencia directa que el degeneracionismo y el higienismo mental ejercieron sobre él. En ese texto, Portell y Vilá afirmó lo siguiente: “la lucha contra las causas que determinan la locura debe instituirse sobre la base de un diagnóstico precoz y una higiene bien dirigida” (PORTELL Y VILÁ, 1925, p. 311). De ese modo, para él, en la realización de la profilaxis mental, el higienista debía confiar completamente en las prácticas eugenésicas.

Más concretamente, su propuesta contenía una serie de medidas, entre las que se encontraba prevenir el embarazo en los casos en que existiera antecedentes hereditarios de trastornos mentales, sobre todo por ambas partes y también en casos de consanguinidad, buscando así evitar la degeneración de la especie; seguir observando por parte del género femenino los “aparentes defectos físicos”, es decir, los “estigmas de la degeneración” en los hombres, para continuar, “indirectamente, una gran campaña en favor del mejoramiento de la especie” (PORTELL Y VILÁ, 1925, p. 312).

Ahora bien, en los casos en que se comprobaba una predisposición a la degeneración, a veces oculta hasta el diagnóstico, se les debía brindar mayor atención. También, se debían evitar los matrimonios de sujetos jóvenes, porque según el autor, alrededor de los veinte años los síntomas de trastornos mentales aparecían y el matrimonio podría desencadenarlos. Finalmente, Portell y Vilá propuso desarrollar una intensa campaña dirigida al entorno familiar, que pudiera llegar a los espacios más íntimos y reservados de las familias “para obtener datos fidedignos sobre los ascendientes, para señalar en el árbol genealógico los elementos tarados y sacar prudentes conclusiones en cuanto a la probable aparición de taras neuropáticas en las nuevas generaciones” (PORTELL Y VILÁ, 1925, p. 312).

Por otro lado, el alienista proponía que, para obtener datos sobre la degeneración, los higienistas podían apoyarse en una especie de cuaderno escolar, dividido en tres partes, cada una destinada a colocar determinados datos. Así, la primera parte debía ser ocupada por datos sobre los miembros de la familia, señalando los antecedentes patológicos de los niños y las características de su rendimiento escolar; en la segunda división, los maestros debían escribir sus observaciones pedagógicas sobre el niño; y en el tercero, el médico higienista debía anotar los resultados de los psicodiagnósticos.

Del texto de Portell y Vilá se pueden extraer dos conclusiones fundamentales: el uso de la estadística como instrumento de control poblacional cobraba fuerza en el campo de la psiquiatría y la infancia como objeto de profilaxis mental se consolidaba. En este sentido, afirma Caponi (2014) que, la introducción de la estadística en el campo de la salud mental permitió “un nuevo dominio del conocimiento y la intervención política que se refiere exclusivamente al espacio de lo vital y sus fenómenos relacionados de nacimiento, reproducción y morbilidad y mortalidad” (CAPONI, 2014, p. 24). Fue precisamente la regulación del nacimiento y la reproducción de un determinado sector de la población lo que recomendó Portell y Vilá, pero también, a través de la recopilación y el análisis estadístico, la posibilidad de anticipar la aparición de trastornos mentales, todo eso a fines de evitar “la degeneración de la especie” (PORTELL Y VILÁ, 1925, p. 312).

En ese sentido afirma Valencia (2016) que, dentro de esta población objeto de profilaxis e higiene mental, el espacio reservado a los niños era fundamental, ya que para los higienistas la detección y corrección de trastornos a edades tempranas sería más eficaz y evitaría su aparición en el futuro. Por ello, desde la perspectiva de la higiene mental, se buscó “estudiar el desarrollo de hábitos, tendencias instintivas, temperamentos y comportamientos en la primera infancia con el propósito de preparar a este niño para una perfecta adaptabilidad a la edad adulta” (VALENCIA, 2016, p. 87). Estas ideas abonaron el terreno de la psiquiatría infantil en Cuba, de la cual, el alienista Portell y Vilá fue uno de sus pioneros.

3.5 LA PSIQUIATRÍA INFANTIL CUBANA. SUS ORÍGENES.

La década de 1920 fue un momento propicio para la consolidación del higienismo mental en Cuba, estableciéndose con fuerza no solo en el discurso médico,

sino también en el pedagógico. Afirma Núñez (2018) que el discurso pedagógico de la recién estrenada república encontró en el higienismo los elementos teóricos indispensables para desarrollar una práctica profiláctica de conductas 'inapropiadas' en el ámbito escolar.

En el espacio escolar, las áreas de intervención principales fueron la higiene corporal, la higiene de las casas escolares y la higiene del horario escolar (NUÑEZ, 2012). En ese sentido, el autor afirma que:

El ideal del 'niño romántico', del siglo XIX, muy ligado a la inocencia y la muerte, consustanciales a su propia naturaleza, dejaba de tener sentido para comenzar a hablarse de enfermedad y muerte evitables. Es decir, la mortalidad infantil comenzó a percibirse como problema nacional que potencialmente podía tener solución (NUÑEZ, 2018).

Como parte de una estrategia biopolítica sobre la infancia, los discursos médico, jurídico y pedagógico se entrelazaban, teniendo como objeto principal de intervención el cuerpo del niño, ya fuera pobre, marginal o anormal, a fin de transformarlos en "una ciudadanía apta intelectual y físicamente" (NUÑEZ, 2012, p. 98). Si, por el lado pedagógico el discurso higienista sobre la infancia tenía bien definidos sus áreas de intervención (higiene corporal, higiene de las casas escolares e higiene del horario escolar (NUÑEZ, 2012), por el lado de la psiquiatría, el discurso carecía del componente de sofisticación.

En un epígrafe anterior, quedó demostrado como la intervención del alienista Arístides Mestre fue fundamental para introducir en el campo de la pedagogía el componente de la higiene mental. A pesar de ello, la psiquiatría infantil como especialidad solo apareció varios años después. Cabe destacar que, hasta las dos primeras décadas de 1900, los niños diagnosticados con algún trastorno mental eran atendidos por los mismos psiquiatras de adultos e incluso en los casos de hospitalización, los menores eran encerrados en el asilo de Mazorra, donde convivían con la población adulta sin que hubiese muchos límites (LAMBE, 2017a).

Según apunta Lambe (2017a), a principios del siglo XX la situación de los pequeños pacientes en el asilo para dementes comenzó a ser denunciada con más frecuencia, sobre todo por algunos reformistas asociados al movimiento benéfico cubano, pero también por los propios médicos y administradores del asilo. Finalmente, estas quejas comenzaron a ser escuchadas en las conferencias de beneficencia celebradas en Cuba en aquella época y que reunían a reconocidos intelectuales,

médicos y pedagogos cubanos, pero también a los benefactores de niños pobres y abandonados.

En ese sentido, en la Primera Conferencia Nacional de Beneficencia, celebrada en 1902, Antonio Esperon, quien se desempeñaba como alienista en Mazorra presentó una queja formal sobre la situación de los niños hospitalizados allí. Según él, en 1900, de los 253 pacientes en el asilo de Mazorra, 7 eran menores de edad y, aunque se evitaba que se mezclaran con los “exaltados”, con los “agresivos” o con los “impulsivos”, la situación de los niños seguía siendo inadecuada⁷³. El alienista, denunciaba aquel lamentable escenario de la siguiente forma:

Pero ¡qué dolorosa impresión produce y como conturba el ánimo ver a 7 niños (de menos de 14 años el mayor y de 7 el más pequeño) hacer vida común con esta abigarrada población de hombres de todas las razas, en medio de todos los desvaríos, rodeados de todos los peligros y amenazados de todas las corrupciones; por falta de un pabelloncito aislado para la niñez desvalida e inocente que tiene perdida la razón! (ESPERON, 1904, p. 14).

Realmente lo que más incomodaba a los médicos del asilo no era la medida extrema de internar a los niños junto a los adultos en un manicomio. Tampoco los diagnósticos psicopatológicos a los niños eran objeto de cuestionamiento, sino que, lo más importante para los alienistas cubanos era el no tener un espacio exclusivo para los pequeños pacientes. En cualquier caso, las demandas de un ‘pabelloncito’ para los niños no se cumplieron hasta pocos años después, en 1927, cuando, como parte de una serie de reformas dentro del propio asilo se crearon otros servicios con sus respectivos espacios, incluyendo una sala para niños dementes (OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, 1929).

A pesar de que se defendía que la ampliación de los espacios en el asilo mejoraría la situación de los niños, como muestra de los esfuerzos humanitarios de sus administradores y sus médicos, este no era el único motivo. En realidad, la mencionada reforma buscaba otorgar un mayor nivel de especialización dentro a la psiquiatría cubana. Por otro lado, era muestra de la influencia del movimiento higienista en Cuba, que colocaba al niño como objeto de intervención privilegiada en la prevención de los riesgos, bajo la bandera de la beneficencia.

⁷³ En el momento en que se celebraba la Segunda Conferencia Nacional de Beneficencia, en 1903, el número de niños en el asilo había aumentado a 24 (ESPERON, 1904).

Es así como, el momento en que se crea un espacio exclusivo para niños en el asilo de Mazorra, marca el surgimiento de la psiquiatría infantil cubana. La nueva especialidad médica nació con dos objetivos fundamentales: la prevención y curación de la enfermedad mental y la corrección y reeducación de los niños (LAMBE, 2017a). Las nuevas generaciones de psiquiatras cubanos, fieles al paradigma higienista, pero también a las ideas eugenésicas, no pretendían limitar su práctica al espacio hospitalario de los dementes, sino que intentarían llegar a la población en general, para alcanzar así un supuesto ideal de mejoramiento social y de prevención de las enfermedades mentales. Para alcanzar ese objetivo, el trabajo profiláctico con los niños sería fundamental.

Según Marqués de Armas (2019), ejemplos del alcance de la estrategia de higiene mental serían la creación de aulas especiales para niños anormales y la realización de investigaciones antropológicas y pedagógicas sobre la psique infantil. Ya dentro del propio hospital de dementes, la medida más importante fue la creación del Pabellón para Niños Anormales, también conocido como Sala Dr. Antonio Mestre. La elección de ese nombre para la Sala de Niños se debió a que el Dr. Antonio Mestre, fallecido en 1887, había sido uno de los médicos más reconocidos de la medicina cubana en la época colonial.

Antonio Mestre, quien se había formado en París como tantos otros médicos cubanos de la época, fue profesor de medicina y Primer Médico de la Real Casa de Beneficencia y Maternidad de La Habana. Se le reconoce, además, como padre fundador de la pediatría en Cuba. Así, los médicos del asilo entendían que su nombre era el más adecuado para nominar el pabellón infantil, tanto por su historia en el campo de la beneficencia como en el de la pediatría. Pero también la elección puede haber sido porque Antonio Mestre era el padre del destacado alienista Arístides Mestre, quien ya por esos días era ampliamente reconocido en el país.

La Sala Antonio Mestre se dividió en dos departamentos, uno para hembras y el otro para varones, con 25 camas en cada uno. Ya en 1930, el departamento de varones albergaba un total de 27 niños con diferentes diagnósticos. De ellos, 2 con el diagnóstico de Psicosis de los degenerados; 14 con el de Imbecilidad; 5 con el de Idiocia; 2 con el de Psicopatías asociadas a enfermedades orgánicas; 1 con el de Psicosis epilépticas; 1 con el de Estados mentales ligados a la histeria y, por último, 2 sin diagnóstico. Aunque en el documento consultado no existen más datos que los

expuestos, llama la atención el hecho de que, si cada departamento tenía solo 25 camas, hubiese 27 niños internados allí.

A partir de ahí, surgen algunas preguntas sobre la situación de estos niños en aquel lugar. La primera de ellas es si esos dos niños que no habían recibido diagnóstico eran justamente los que excedían en número la capacidad del albergue y si fueron ubicados en alguna sala de adultos. La segunda pregunta es sobre qué manifestaciones comportamentales de estos niños llamaban la atención de los alienistas para tenerlos internados sin algún diagnóstico y si esta internación respondía a otras circunstancias, como, por ejemplo, una situación total de abandono familiar o cuestiones ligadas a la moralidad, etc.

Por otro lado, en el departamento de hembras, el total de casos era 19. Los diagnósticos colocados a las niñas eran los siguientes: 2 con el de Psicopatías asociadas a las intoxicaciones; 1 diagnosticada con Demencia precoz; 1 con el de Psicosis crónicas sistematizadas; 3 con el de Psicosis de los degenerados; 4 con el de Imbecilidad; 2 con el de Idiocia; 4 con el de Psicopatías asociadas a las enfermedades orgánicas; 1 niña con el de Psicosis epilépticas y; por último 1 con el de Estados mentales ligados a la histeria (REPÚBLICA DE CUBA, 1930, p. 9).

Es posible ver que el diagnóstico predominante tanto en varones como en hembras era el de imbecilidad. La categoría de imbécil fue colocada a 14 menores de un total de 46 internados en el asilo. Según lo apuntado por Bianchi (2015), finalizando el siglo XIX, tanto la noción de idiocia como la de imbecilidad formaban parte del marco teórico médico-psiquiátrico internacional. Afirma la autora que, en el caso específico de la imbecilidad, esta tenía una condición un tanto más leve que la idiocia; por lo que el diagnóstico se concentraba más en las manifestaciones conductuales de los niños que apuntaban a un funcionamiento desviado de las normas y del ambiente social (BIANCHI, 2015).

La imbecilidad se transformó rápidamente en un tipo clínico que permitía ampliar el diagnóstico y la intervención psiquiátrica sobre la infancia. Es importante destacar que fue el médico inglés George Frederic Still a principios del siglo XX quien se interesó particularmente por esta categoría diagnóstica, asociándola sobre todo a cuestiones morales. Esto permitió que las conductas infantiles se tornaran más susceptibles de clasificaciones subjetivas y de medicalización. Still plantea su propia definición de “control moral”, diferenciándola de la denominación habitual que lo asociaba con la sexualidad.

El control moral era para él una forma de comportamiento del sujeto (niño) adecuada con las normas del medio circundante. Para ello, el niño debía poseer una cierta capacidad “cognitiva” para entender el medio, capacidad nombrada por Still como “conciencia moral” (STILL, 2006, p. 126). Ahora bien, a pesar de que este control moral implicaba ciertas capacidades intelectuales del niño, a Still le interesaba destacar sobre todo el componente volitivo presente en el control moral. En otras palabras, la actividad conductual del niño, cuando socialmente inadecuada era el elemento determinante de la falta de control moral y, por tanto, de la existencia de imbecilidad (STILL, 2006). Es por eso por lo que las elaboraciones de este médico británico son consideradas las bases de lo que hoy se conoce como Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) (RAFALOVICH, 2001; BIANCHI, 2015).

Volviendo a los niños internados en el asilo cubano, es posible percatarse que, diferente de la “imbecilidad” el resto de los diagnósticos tenían más o menos las mismas cifras y no pasaban de siete. No obstante, el segundo diagnóstico más utilizado por los alienistas de Mazorra para los niños era el de idiocia. Ambos integraban el grupo clínico de la infancia anormal o de la deficiencia mental. Es posible afirmar así que la enorme cantidad de niños clasificados como imbéciles internados en el asilo respondía a una misma estrategia de ampliación del poder psiquiátrico y al control de la infancia considerada desviada o anormal.

La prevalencia del diagnóstico de deficiencia mental sobre otros asociados a la locura responde a lo que Foucault (2006) llama “la psiquiatrización del niño”. Para Foucault, la psiquiatrización del niño no comenzó por el “niño loco” sino “por el niño imbecil, el niño idiota, el que posteriormente será llamado de niño retardado”. Por lo tanto, “fue a través del niño no-loco que se realizó la psiquiatrización del niño, y a partir de ahí, fue que se produjo la generalización del poder psiquiátrico” (FOUCAULT, 2006, p. 257, traducción personal).

Y era precisamente la figura del niño ‘anormal’, específicamente el ‘imbécil’ el diagnóstico preferido de los alienistas cubanos en aquella época. Ese niño anormal será también encontrado en las escuelas especiales en el futuro y en los centros pedagógicos disciplinares que serán planificados por los higienistas cubanos. Según afirma Núñez (2012), entre la década de 1920 y la de 1930 se crearon una serie de instituciones higienistas dirigidas particularmente a la formación de médicos y pedagogos, los cuales tendrían a su vez, la misión de intervenir sobre la infancia

(NÚÑEZ, 2012). Entre ellas, el Instituto Carlos Juan Finlay, fundado en 1927 para la formación de nuevos higienistas⁷⁴.

En esta institución, que no se limitaba a la higiene de la infancia sino a la higiene de la población general y que reunía a lo más selecto de los higienistas cubanos, se impartían asignaturas ‘higiene pública’, ‘sanidad marítima’ e ‘inmigración, eugenesia y homicultura’ (CHAPLE, 2014)⁷⁵. Unos años después, en 1927 se creó el Patronato de Protección de la Infancia Escolar, transformado en 1934 en Patronato Nacional de Colonias Infantiles.

El Patronato de Colonias Infantiles estableció, en un periodo de 2 años seis colonias para niños desnutridos y sin amparo filial. Los niños permanecían allí alrededor de 3 meses, recibiendo atención médica e instrucción escolar. Al mismo tiempo, el Patronato tenía como funciones la inspección de las escuelas, buscando detectar y registrar a los ‘niños defectuosos’, así como el diseño de acciones concretas para la educación física, la higiene oral y la prevención de la tuberculosis en esos espacios. Además, los niños recibían educación alimentaria y los padres eran notificados toda vez que sus hijos necesitaban atención médica, siendo esta dispensada de forma gratuita en los casos en que no pudieran pagarla (SMITH, 1940).

Por último, fue creado el Negociado de Higiene Escolar en 1935, una institución adjunta al Ministerio de Educación con el objetivo de llevar a cabo acciones específicas relacionadas con la higiene en las escuelas y la higiene de los niños en esos espacios. Según lo apuntado por Herrera y Franchi de Alfaro (1942), director de Higiene Escolar del Ministerio de Educación en Cuba, el Negociado de Higiene Escolar venía a suplir una falta en el ámbito escolar, pues hasta ese momento solo se ocupaba de los asuntos de higiene el Ministerio de Salubridad. De esa forma, la existencia de un departamento de higiene en el Ministerio de Educación permitía establecer una colaboración estrecha entre los discursos médico y pedagógico sobre la niñez, teniendo ambos una misma finalidad: la medicalización de la infancia.

⁷⁴ La figura del médico Carlos Juan Finlay ha sido desde aquella época un referente fundamental para la medicina cubana. Finlay no solo fue el descubridor del mosquito *Aedes Aegypti* como agente transmisor de la fiebre amarilla sino también la figura principal de la Escuela Cubana de Higienistas y organizador del sistema sanitario de ese país a inicios del siglo XX (DELGADO-GARCÍA, 2010).

⁷⁵ La Homicultura fue una variación cubana de la Puericultura de Adolphe Pinard. Si para el eugenista francés la Puericultura era el “arte de cuidar o cultivar al niño en los primeros años de su vida” (PINARD, 1907, p. 2), para los eugenistas cubanos la Homicultura implicaba algo más: el “cultivo de la especie Homo”. En otras palabras, a Homicultura no se limitaba al estudio y mejoramiento de la especie humana desde la etapa intrauterina hasta la de madurez sexual, sino que pretendía abarcar todas las etapas del desarrollo (HERNÁNDEZ, 2009, p. 4).

A ese respecto, el propio Herrera y Franchi de Alfaro afirmaba:

de acuerdo con las exigencias de la moderna pedagogía, situar al Maestro y al Médico en recíproca colaboración como elementos indispensables en la educación integral del niño y manteniendo en el Reglamento aprobado al efecto, las relaciones de funciones necesarias o indispensables, que ese Departamento debía de mantener con el Ministerio de Salubridad Pública, en especial en lo referente al control de enfermedades infecto-contagiosas, y quedando bajo su jurisdicción la atención física del niño en todos sus otros múltiples aspectos patológicos tan frecuentes en esa época de vida (HERRERA Y FRANCHI DE ALFARO, 1942, p. 766).

3.6 EL NIÑO INESTABLE COMO OBJETO DE LA INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA

Como ya fue apuntado anteriormente, el higienismo mental fue importado a Cuba de la mano del alienista Juan Portell y Vilá, quien en la década de 1920 se había ganado un lugar de prestigio entre sus colegas médicos por sus estudios sobre salud mental infantil, pedagogía y profilaxia de las enfermedades mentales. En esa época, Portell y Vilá venía realizando diferentes publicaciones en revistas de impacto y participando en eventos internacionales sobre higienismo.

Portell y Vilá, en 1926, iniciaba una nueva etapa con dos publicaciones en la revista *Crónica Médico Quirúrgica de La Habana*. La primera titulada *La proximidad morbosa, la constitución asténica y la constitución erótica* y la segunda *Algunas interrogantes sobre el problema de los retrasados escolares*. En 1927, Portell y Vilá fue designado director del Pabellón para Niños Anormales del Hospital de Dementes de Mazorra, por lo que su producción escrita sobre higiene mental infantil aumentó considerablemente, así como su participación en eventos relacionados con ese tema.

Ese mismo año el alienista publicó en la misma revista *Crónica Médico Quirúrgica de La Habana* los artículos *Ventajas que nos ofrecería el dispensario médico escolar* y *El sistema pedagógico de Winnetke*; además, en la *Revista de Medicina Legal* los artículos *Algunos postulados clínico-pedagógicos relacionados con la educación de los niños epilépticos*, *El niño perverso como delincuente patológico* y *La casa de párvulos del Instituto Rousseau de Ginebra*. Más tarde, en 1931 publicó en la citada revista *Crónica Médico Quirúrgica de La Habana* los artículos *Nuevos métodos para la enseñanza de los niños subnormales e Higiene Mental durante la edad escolar*. Al mismo tiempo, dictó una serie de conferencias en la Universidad de La Habana invitado por el famoso pedagogo e higienista cubano Alfredo Miguel Aguayo (MARQUÉS DE ARMAS, 2019).

Un año después, en 1928, Portell y Vilá presentó dos comunicaciones tituladas *El psico-análisis. Su aplicación al estudio del niño* y *La instrucción sexual en los niños como fundamento de la profilaxis de las enfermedades venéreas y de la neuropatología sexual*, en dos mesas distintas dentro del V Congreso Panamericano del Niño, celebrado en la ciudad de La Habana. A finales de ese año, presentó también *El niño inestable y su tratamiento*, en los marcos del Primer Congreso Nacional del Niño celebrado en la capital cubana. Esta última comunicación tuvo tanto éxito que fue reproducida al año siguiente en publicaciones académicas del país, como la *Crónica Médica Quirúrgica* y la *Revista Bimestre Cubana*, pero también en el *Monitor de la Educación Común*, una revista del Consejo Nacional de Educación de Argentina, además de un breve resumen en la revista *La Escuela Moderna* de Madrid (MARQUÉS DE ARMAS, 2019). Ahora bien, ¿a qué se debía el éxito de ese texto del alienista cubano?

Como ya se sabe, la infancia constituía uno de los objetivos primordiales de la estrategia de higiene mental y Portell y Vilá, junto al resto de los higienistas cubanos necesitaba ser consecuente con ello. No obstante, en la estrategia de higiene mental para la infancia estaría faltando una visión biologicista y la teoría localizacionista podría completarla. Tal como destaca Canguilhem (2006), la teoría localizacionista influyó decisivamente a la psicopatología, permitiéndole a la psiquiatría ganar un sustento filosófico con aires de cientificidad a su práctica. Precisamente el reconocido artículo de Portell y Vilá *El niño inestable y su tratamiento* es un ejemplo de cómo la psiquiatría intentaba otorgar una explicación biológica a las conductas consideradas patológicas en los niños. No obstante, lo más significativo del texto del alienista cubano fue su contribución a la categoría de 'niño inestable'.

La categoría de inestabilidad psíquica ha acompañado la historia de la psiquiatría infantil europea desde el siglo XIX hasta nuestros días. Autores como los ya mencionados Desiré Bourneville, de la escuela francesa, George Frederic Still, de la escuela inglesa y Jean Demoor, de la escuela alemana, trabajaron sobre este concepto desde aquella época. Al igual que ocurría con el término clínico de 'imbecilidad', la inestabilidad psíquica, junto a otros dos ejes sintomáticos (agitación motora y dificultad para ralentizar la satisfacción), sirvieron como base para la posterior creación del síndrome de hiperactividad (HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, 2015). Así es como, Portell y Vilá, siguiendo los preceptos de la psiquiatría francesa y de la alemana, definía a la inestabilidad infantil como aquel

estado particular de labilidad psíquica y motriz en el niño, que se caracteriza principalmente por ser casi siempre de origen congénito, por su actividad física desordenada y por una gran falta de atención espontánea, pero cuyas cualidades son lo bastante modificables para que intentemos la aplicación sistemática y científica de todos los recursos que nos ofrece la psicopediatría moderna (PORTELL Y VILÁ, 1929, p. 3).

Entre los clínicos franceses de aquel momento había consenso sobre considerar al grupo de la debilidad mental como caracterizado por su inteligencia insuficiente, su inestabilidad emocional y por la naturaleza congénita del déficit mental. En este grupo también se distinguieron los débiles armónicos, los débiles intelectuales desarmoniosos, los débiles excitados y los débiles apáticos (HEUYER, 1949). Sin embargo, la propuesta de Portell y Vilá fue ampliar el concepto de inestabilidad infantil e incluir dentro de la categoría de debilidad mental, otro tipo de niño que no presentaba una inteligencia insuficiente. En esta nueva categoría se incluyeron aquellos niños con “inestabilidad psicomotriz durante largos periodos de su vida”, pero sin malformaciones visibles del cráneo u otras partes del cuerpo ni otros sufrimientos somáticos (PORTELL Y VILÁ, 1929, p. 3).

Este punto resulta fundamental porque confirma la inclusión en el ámbito de la ‘anormalidad’ a las conductas infantiles no consideradas patológicas hasta aquel momento, dándole más fuerza a la concepción prevencionista de los trastornos psíquicos. En este sentido, Sandra Caponi asegura que la creciente inexactitud entre lo considerado normal y lo patológico ha permitido al campo de actuación del higienismo mental y la psiquiatría extenderse de forma considerable y, por tanto, que “un conjunto de conductas propias de la infancia ingresase en la lógica psiquiátrica del riesgo” (CAPONI, 2016, p. 33, traducción personal).

Sin embargo, la inclusión de la nueva clasificación de niños inestables no significó que Portell y Vilá había abandonado la explicación biologicista detrás del diagnóstico. Para él, se debía considerar también “la alcalinidad o acidez del sudor del cuerpo y de los orines que nos indican en qué condiciones se encuentra el medio humoral”, toda vez que, según informes de su propia práctica, “los orines fuertemente ácidos acompañan casi siempre a los niños inestables” (PORTELL Y VILÁ, 1929, p. 4). En la misma dirección, debía considerarse el problema del flujo sanguíneo, sobre todo aquel asociado a las células nerviosas, a la médula y al mesencéfalo, pero también a los procesos de floculación del plasma sanguíneo. Las alteraciones del flujo sanguíneo servían como hipótesis causal de las fluctuaciones en el carácter en los

niños inestables. Otra explicación que aparece en el artículo de Portell y Vilá es que la morfología de “órganos viscerales como el hígado, estómago, etc.”, en los casos en que presentasen un tamaño reducido podrían influir notablemente en el comportamiento inestable del niño, sucediendo lo mismo en el caso de infecciones recurrentes del tracto gastrointestinal.

Por otro lado, Portell y Vilá tampoco abandonaba los fundamentos degeneracionistas que sustentaban su clasificación. De acuerdo con Caponi (2009), la herencia era la causa más importante de la degeneración según la teoría del alienista francés Auguste Morel. De la misma forma, para el psiquiatra cubano, el fenómeno de la herencia era otra de las causas de la predisposición a la inestabilidad en los niños, los cuales tenían casi siempre un padre de temperamento esquizoide y la madre padeciendo de ciclotimia.

También, el niño inestable presentaba, según Portell y Vilá, varias características psicológicas: tendencias al llanto frecuente, una mímica muy expresiva, exuberancia en la actividad infantil, deseo de tocar cualquier objeto lejos de su alcance, reacciones precipitadas ante las órdenes de los adultos, preferencia por los deportes violentos y capacidad para la formulación de preguntas impertinentes. Aunque fueran niños afectuosos, también eran descritos como extremadamente susceptibles y desafiantes frente a los adultos, lo cual provocaba constantes conflictos y malestares en las familias, terminando, con frecuencia con la internación del menor en algún colegio, a modo de castigo.

Al final de su texto el psiquiatra propuso una estrategia de tratamiento psicopedagógico para esos niños inestables. La normalización como un efecto más inmediato y la eliminación del malestar familiar y social como efecto más general y a largo plazo fueron los objetivos de este tratamiento. Portell y Vilá no descartaba tampoco la idea de la internación del niño inestable, muy por el contrario, esta constituyó el eje principal de su estrategia. El niño inestable, cumplidos los 10 años y una vez internado en algún colegio privado o público, podría contar con “los consejos y las enseñanzas de un maestro consciente de sus deberes” (PORTELL Y VILÁ, 1929, p. 5).

Ya dentro de la institución, la estructura de tratamiento debía seguir las orientaciones siguientes: en primer lugar, debía realizarse una distribución minuciosa y calculada del tiempo, con horarios para el estudio, la gimnástica, la decoración, el dibujo, la pintura, la música, la lectura en voz alta y el ocio. Obviamente la figura del

maestro era fundamental en este proceso, según apuntaba el alienista cubano. El maestro, además de mostrar una postura impositiva, debía dar las clases en voz alta, pues así conseguiría imponer una mayor autoridad. En segundo lugar, el maestro debía cuidar del proceso atencional del niño inestable, toda vez que este se encontraba normalmente disminuido.

La estimulación de la atención se transformó en una herramienta esencial. Para ello el alienista cubano propuso que se usase el método 'por sorpresa', una especie de juego inspirado en las escuelas maternas francesas. El Método por sorpresa consistía en hacer aparecer determinados objetos o personas llamativas sin que los niños lo supiesen de antemano. De esa forma, se intentaba controlar la concentración del niño, dirigiendo su atención hacia el estímulo seleccionado por el maestro (KERGOMARD, 1886). El niño inestable, durante esos ejercicios de estimulación debía, además, responder ciertas preguntas asociadas al objeto presentado y, si las respondía correctamente, podía recibir un premio.

El tercer elemento de la mencionada estrategia correctiva se basaba en la prescripción de baños de sol y una dieta equilibrada, abundante en frutas y ensaladas, para asegurar el consumo de vitaminas A y D. Finalmente, y como cuarto elemento debía aplicarse una terapia hormonal, que consistía en la administración de pequeñas dosis de "extractos glandulares", sobre todo extraídos de las paratiroides y de los ovarios, dependiendo de la constitución anatómica del niño tratado y de su sexo. Así, Portell y Vilá sostenía que el niño inestable "en muy pocos meses logrará disminuir el estado inquietante de su actividad psicomotriz" (PORTELL Y VILÁ, 1929, p. 6).

Es posible encontrar en este artículo de Portell y Vilá, de forma resumida, los fundamentos epistemológicos de la incipiente psiquiatría infantil cubana, la cual, desde el higienismo, buscaba establecer la profilaxia mental de la infancia como su principal derrotero dirigido al 'saneamiento social' de la nación. Unido a ello, la utilización de categorías biológicas demostraba como la psiquiatría buscaba el apoyo y la simpatía de la población, utilizando explicaciones más o menos simples sobre las supuestas causas de las patologías mentales. En ese sentido, afirma Robert Castel que las etiquetas médicas, escondiendo la verdadera naturaleza disciplinar de la psiquiatría, le ha permitido a esa práctica médica ostentar "una cierta credibilidad científica" (CASTEL, 1978, p. 118, traducción personal).

Por otro lado, la propuesta terapéutica de Portell y Vilá se sustentaba en una combinación de tratamiento fisiológico (terapias hormonales y dieta) y tratamiento

moral (entrenamiento a través de la gimnasia y las rutinas de ocio y estudio estrictamente reglamentadas), que no eran otra cosa sino una forma de disciplinar los cuerpos de los niños, con el fin de la corrección comportamental y su normalización.

Es importante recordar en este caso lo que Foucault apunta sobre el poder disciplinar en su curso *El poder psiquiátrico*. Para el autor francés, el poder disciplinar es aquel que implica “una apropiación exhaustiva del cuerpo, de los gestos, del tiempo, del comportamiento del individuo. Es una apropiación del cuerpo y no del producto; es una apropiación del tiempo en su totalidad, y no del servicio” (FOUCAULT, 2006, p. 58, traducción personal). Pero no es solamente eso, sino que “el poder disciplinar mira para el futuro, para el momento en que la cosa funcionará sola y en que la vigilancia podrá no ser más que virtual, en que la disciplina, por consiguiente, se tornará un hábito” (FOUCAULT, 2006, p. 59, traducción personal). De esa manera, la psicopedagogía disciplinar que proponía el alienista cubano encajaba perfectamente en el anhelo del higienismo mental, el de controlar y prevenir la aparición de los trastornos psiquiátricos, interviniendo tempranamente sobre la población infantil.

3.7 UN NIÑO TURBULENTO TRATADO CON BULBOCAPNINA

Si el principal objetivo de los alienistas cubanos era la expansión de la estrategia de higiene mental sobre la infancia hacia otros espacios, en la práctica, esta quedó mayormente limitada a los muros del manicomio. Según afirma Jennifer Lambe (2017a), el perfil de los psiquiatras cubanos era todavía muy débil como para alcanzar alguna influencia notable en la sociedad republicana. Por eso, los alienistas debían conformarse con practicar su saber dentro del asilo.

Fieles a la tradición higienista en la profilaxis de las enfermedades mentales, los psiquiatras concentraron sus esfuerzos en los pequeños pacientes del asilo. Ese objetivo reunió a dos de los más reconocidos psiquiatras de aquel momento: Juan Portell y Vilá y Arístides Mestre. Ambos habían concentrado parte de sus esfuerzos en el estudio de la psiquis infantil y sus posibles trastornos. Portell y Vilá se desempeñaba como director del Pabellón para Niños Anormales ‘Antonio Mestre’ en aquel momento, como fue mencionado, mientras que Arístides Mestre, además de ser

el hijo del médico al que este pabellón le debía su nombre⁷⁶, también era ampliamente reconocido por sus conocimientos sobre psicopedagogía.

Juntos, Portell y Vilá y Mestre consagraron el Pabellón para Niños Anormales como santuario de experimentación neuropsiquiátrica. Allí, no solamente buscaban la cura de las enfermedades psiquiátricas de los niños, sino también colocar en práctica la reeducación infantil y la prevención de las patologías mentales (LAMBE, 2017a). Entre otros, uno de los experimentos que más llama la atención y que sirve como ejemplo de la estrategia higienista de los psiquiatras cubanos fue la aplicación en 1931, de un tratamiento farmacológico empírico a dos niños internados en el manicomio. El medicamento en cuestión fue la Bulbocapnina, comercializada en aquel momento por la empresa farmacéutica *Merck & Co.*

La Bulbocapnina es un tipo de alcaloide que posee efectos psicoactivos e inhibitorios de las actividades reflejas y motoras del músculo estriado, siendo utilizada históricamente en el tratamiento de temblores musculares y del nistagmo vestibular. No obstante, se han reportado efectos neurotóxicos como agitación, convulsiones y hasta muerte en animales que han consumido la planta de la cual se deriva esa sustancia (ALBERT *et al.*, 2012).

Existen publicaciones al respecto que muestran como efectos de la Bulbocapnina la inhibición de la biosíntesis del neurotransmisor dopamina (SHIN; KIM; LEE, 1998). Posteriormente, la inhibición de la función central de la dopamina sería utilizada como una propiedad básica común a muchos fármacos antipsicóticos (YERAGANI *et al.*, 2010). La inhibición de la dopamina ha sido un recurso bastante usado desde la “teoría del desequilibrio químico en los disturbios afectivos” (WHITAKER, 2017). Unido a ello, la explicación dopaminérgica ha sido usada en el tratamiento posterior de la enfermedad de Parkinson y específicamente en los trastornos de movimiento (VARGAS-BARAHONA, 2007; GARCÍA VICENTE *et al.*, 2004).

A pesar de sus efectos dañinos comprobados en animales, la neurología y después la psiquiatría comenzaron a usar la Bulbocapnina como tratamiento para los síntomas asociados a la motricidad. En el caso de la neurología, por ejemplo, a finales de la década de 1920 empezó a utilizarse para tratar la discinesia en pacientes con

⁷⁶ Antonio Mestre fue un destacado pediatra cubano, miembro de la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana, secretario y director fundador de los Anales de la Academia, principal publicación científica del país desde el período colonial.

Parkinson. En 1928, la revista estadounidense *Archives of Neurology & Psychiatry* publicó el artículo *Bulbocapnine in diseases manifesting dyskinesia*, que describía el tratamiento experimental con este fármaco en diecinueve pacientes con síntomas de discinesia. Un primer grupo con ocho casos de síndrome parkinsoniano (4 de tipo idiopático y 4 de encefalitis epidémica); el segundo grupo con siete casos de esclerosis múltiple, un caso de Corea de Huntington y dos casos de distonía muscular deformante. En todos ellos, los autores demostraron la existencia de efectos acinéticos prometedores tras la aplicación de Bulbocapnina (LEINER y KAUFMAN, 1928).

Hasta aquí, es posible decir que esta es una lógica de uso común en medicina, a partir de la cual se parte de la enfermedad para tratarla y no de un problema. Pero, como destaca Caponi (2019a), la lógica utilizada en psiquiatría funciona a la inversa, es decir, se parte de “un problema, y este problema parece ser el manejo de la locura: mantener las habitaciones de los hospitales psiquiátricos tranquilos y silenciosos, y permitir que algunos pacientes liberen las habitaciones de los hospitales psiquiátricos y puedan volver a sus hogares, no curados, pero tranquilos” (CAPONI, 2019a, p. 55, traducción personal).

Es así como los psiquiatras fueron un poco más allá de sus colegas neurólogos, aplicando la Bulbocapnina buscando eliminar los ‘trastornos’ del comportamiento en los niños, precisamente en aquellos asociados a la hiperkinética. En 1929, la reconocida revista médica británica *The Lancet*, publicó un artículo titulado *Juvenile Behavior Disorders in Epidemic Encephalitis. Their treatment by Bulcocapnine*- Dicho artículo tenía como objetivo demostrar los efectos de este fármaco en niños que sobrevivieron a la epidemia de encefalitis letárgica que se produjo entre 1917 y 1928. Su autor, el Dr. TR Hill, médico de *The Metropolitan Asylums Board* afirmaba que aquellos niños que sufrieron las consecuencias de la encefalitis habían sido un grave problema tanto para los padres como para las autoridades de salud pública, especialmente por las formas violentas, atroces y peligrosas que tomaban sus acciones. Al mismo tiempo, el médico británico llamaba la atención sobre el hecho de que, al estar tan bien conservada su inteligencia, estos niños resultaban en un tipo de pacientes inapropiados el tipo de institución destinada a los “locos”, a los discapacitados mentales y los portadores de enfermedades infecciosas (HILL, 1929a).

Dentro del cuadro clínico de los pequeños pacientes, lo que más molestaba a familiares y médicos era la falta de inhibición de las emociones, las reacciones motoras muy exageradas, similares a las de la enfermedad de Parkinson, pero también la impulsividad, la inquietud, la falta de autocontrol, la falta de concentración, la desobediencia y el desafío. Pero como, según el autor británico, las causas eran puramente orgánicas, el tratamiento psicoterapéutico resultaría inútil, siendo la opción farmacológica la más eficaz, concretamente la Bulbocapnina. Finalmente, Hill presentó una serie de resultados positivos en varios casos de niños tratados con este fármaco, entre ellos la reducción de la hiperafectividad, de la impulsividad y de la inquietud. Asimismo, cada vez que se les medicaba, los niños dejaban de ser ruidosos y desafiantes, y los arrebatos de ira, peleas y disturbios hacia sus compañeros eran menos severos y frecuentes según el médico (HILL, 1929a). Esto demuestra que el interés principal en el tratamiento psiquiátrico no era tanto la cura de una enfermedad como la modificación de los comportamientos perturbadores del niño, es decir, la resolución de un problema, tal como apunta Caponi (2019^a).

A finales de ese mismo año, y en la propia revista *The Lancet*, en la sección de Psiquiatría, apareció una breve reseña de una reunión de miembros de la Sección de Estudio de Enfermedades en la Infancia y de la Sociedad de Orientación Infantil británicas. En esta reunión, el propio Dr. Hill habló con orgullo de la efectividad de su tratamiento con Bulbocapnina ante el “comportamiento aberrante” de los niños, afirmando que “los pacientes estaban tranquilos y normales diez minutos después de una inyección forzada del alcaloide [Bulbocapnine]” (HILL, 1929b, pág. 1262, traducción personal). Posteriormente, continuaron apareciendo nuevas publicaciones sobre el mismo tema en la misma revista y en otros países europeos como España y Francia, donde los psiquiatras intentaban mostrar resultados alentadores de experimentos con Bulbocapnina.

En ese sentido, los españoles Rodríguez-Arias y Capó, describieron, en 1931, el caso de un niño de 14 años, con síntomas de espasmos y torsiones de cabeza, tronco y brazos y algunos movimientos estomacales involuntarios. Curiosamente, a pesar del descarte de causas orgánicas, y específicamente de la postencefalitis en este caso, los médicos afirmaron que la aplicación de Bulbocapnina tuvo un resultado efectivo en el control psicomotor del niño (RODRÍGUEZ-ARIAS y CAPO, 1931). Por otro lado, los franceses Baruk (1933), Henry (1932) y Fernandes y Ferreira (1933)

también publicaron sus estudios sobre la catatonia provocada en animales por la Bulbocapnina y sus efectos análogos en el ser humano.

De estas publicaciones se puede extraer lo siguiente: que la determinación orgánica de los síntomas que viene acaparando el discurso de la psiquiatría ocupa un lugar secundario, siendo lo más importante el efecto sedante que se puede lograr con la farmacoterapia. Al mismo tiempo, la provocación de un estado catatónico mediante la aplicación de un alcaloide como la Bulbocapnina permitía a los psiquiatras profundizar en una explicación de las enfermedades mentales desde un enfoque bioquímico y localizacionista, viniendo a ser el 'santo grial' de la psiquiatría biológica. Por último y lo más importante, por sus efectos catalépticos, la Bulbocapnina se presentó a los psiquiatras infantiles como un fármaco esperanzador, que les permitiría en un futuro próximo controlar a los niños hiperactivos y, por tanto, conseguir su normalización.

Ante esto, se puede afirmar que no fue casualidad el entusiasmo del higienista cubano Portell y Vilá en la experimentación con Bulbocapnina en niños. Obviamente, el cubano no estaba desactualizado con los últimos hallazgos de sus colegas europeos, ni perdería la oportunidad de probar un tratamiento que prometía curar el 'trastorno' del comportamiento de los niños de una vez y provocar el tan deseado efecto de docilidad en los pacientes (CAPONI, 2019^a). Entonces, poniendo manos a la obra, Portell y Vilá comenzó la administración de Bulbocapnina en dos niños 'cobayas' internados en el manicomio. Pero primero, antes de explicar el caso de forma detallada, es importante dar un último giro a fin de comprender mejor la aventura pseudocientífica de este alienista. Los niños que seleccionó para su experimento tenían un diagnóstico específico, el de niños turbulentos.

El nombre de esta categoría clínica se debe al médico y psicólogo francés Henri Wallon. En su tesis doctoral de 1925, titulada *L'Enfant turbulent* Wallon desarrolló una teoría a partir de la observación de los comportamientos de los niños categorizados como anormales, en los que, mucho más allá de las sub-especificaciones clínicas, aparecieron una serie de manifestaciones comunes, entre las que destacan la agitación frenética o estereotipada, la propensión a las crisis, la actividad intelectual inestable, la atención inconsistente, la sugestionabilidad, la impulsividad y el mimetismo emocional exagerado (WALLON, 2007). Esta sintomatología respondía a cambios profundos en el sistema nervioso, discapacidades motoras severas y cambios intelectuales graves en niños anormales,

según lo afirmado por Wallon (LE GUILLANT, 2006). No obstante, la explicación del síntoma 'turbulencia' como alteración motora se inclinaba más a la psicología que a la neurología (DE AJURIAGUERRA, 2012).

La turbulencia, en la actualidad diagnosticada como hiperactividad, agitación, excitación, inestabilidad o problemas de atención (VOYAZOPOULOS, 2001) compartía un elemento en común con enfermedades como el Parkinson y la Encefalitis Letárgica. Este elemento es la imposibilidad de controlar voluntariamente los movimientos. Por tanto, la Bulbocapnina, de moda en la época por sus efectos inhibidores de la motricidad apareció como un recurso para contener el comportamiento 'turbulento' de los niños. Precisamente esos efectos inhibidores de la Bulbocapnina era lo que intentaba aprovechar Portell y Vilá para controlar los niños a su cargo en el manicomio. Para apoyar su necesidad de introducir un recurso farmacológico experimental como este, el psiquiatra cubano argumentaba que el niño turbulento tenía "todas las características inquietantes de los pequeños psicópatas, pero sin enraizar en ellas el peligro instintivo de los niños perversos y epilépticos" (LAMBE, 2017a, p. 5).

Ahora bien, no es casualidad que en el discurso de este médico haya aparecido una referencia directa al niño psicopático y su supuesta peligrosidad. En el momento en que Portell y Vilá se formaba en Francia con importantes higienistas, el concepto de psicopatía infantil estaba en plena discusión entre los psiquiatras de los hospitales parisinos, demasiado preocupados por la situación de la infancia vulnerable de la posguerra, pero también por prevenir el riesgo de verlos convertidos en adultos delincuentes en el futuro. Como destaca Coffin (2016), la categoría de niño psicopático era una especie de llave maestra que parecía resolver problemas de diagnóstico, cubrir el desconocimiento sobre conductas inusuales, pero también autorizar la detección e intervención temprana sobre la infancia.

El artículo en el que Portell y Vilá describe al niño turbulento y los supuestos efectos de Bulbocapnina apareció en el número 3 de la *Revista de Neurología y Psiquiatría* cubana, bajo el título *Informaciones Clínico-Prácticas. Un niño turbulento atendido por la Bulbocapnina* (LAMBE, 2017a, p. 7). Resulta curioso que, si se utilizaron dos niños en ese experimento, el autor describió solo uno de los casos, el de un niño de 12 años. Pero este no es el único dato significativo de este artículo, pues, curiosamente, los efectos de Bulbocapnina que describe el alienista no fueron a nivel neurológico y sí a nivel psicológico y moral, como será visto más adelante.

La aplicación de Bulbocapnina en el niño en cuestión se inició con una dosis de 0,05 gramos el primer día, el segundo aumentó a 0,1 gramos y el tercero a 0,2; siendo esta última cantidad la misma utilizada en un grupo de adultos con discinesia tratados unos años en un hospital de Nueva York (LEINER; KAUFMAN, 1928). Al tercer día de tratamiento, unos treinta minutos después de la aplicación del químico, el niño comenzó con un cuadro agudo de vómitos, sudoración y alteraciones en las pupilas, síntomas que desaparecieron una hora después. Aparentemente sin secuelas luego de la aplicación del fármaco, el niño habría desarrollado normalmente sus actividades habituales, pero Portell y Vila anotó en su cuaderno clínico que había notado un ligero aumento de “vivacidad infantil” en su pequeño paciente. Tal vivacidad se tradujo en un acto singular: sin que el control motor ni la sedación esperados aconteciese, el niño saltó una alambrada que separaba el pabellón infantil de una casa cercana y robó un recipiente con una planta, que luego colocó dentro del consultorio del médico, como una especie de regalo para él, diciéndole además que esa planta serviría para “embellecer” el salón (LAMBE, 2017a, p. 8).

El higienista, en lugar de sentirse frustrado por no conseguir atenuar la turbulencia del niño, interpretó ese acto como un efecto terapéutico positivo de la Bulbocapnina, la cual parecía haber transformado el comportamiento “cleptómano” del niño en un comportamiento “altruista” (LAMBE, 2017^a, p. 8). Es decir, Portell y Vilá entendió que su medicina podía, como por arte de magia, cambiar un acto considerado inmoral por uno socialmente aceptado como la filantropía. Esta forzada interpretación del médico también demuestra la improvisación comúnmente presente en los tratamientos psiquiátricos, donde el resultado real se pone en un segundo plano y la función de la medicación se ajusta en dependencia de las consecuencias.

El higienista esperaba obtener algún resultado relevante sobre la modificación del comportamiento ‘turbulento’ del niño. Si para él el problema se resolvía de esta manera, la realidad mostraba de forma contundente que la teoría en la que se basaba su práctica era sumamente precaria. Quizás tuvo la ilusión de que con esto podría mostrar a la sociedad la efectividad de la terapia neuroquímica en la infancia ‘problemática’ y convencer a su audiencia de la firmeza de la psiquiatría y del higienismo mental, pero tuvo que contentarse con improvisar una conclusión bastante ordinaria.

Es decir, estamos ante uno de los tantos casos que demuestran la fragilidad del régimen de verdad en psiquiatría, como afirma Foucault. El concepto de régimen

de verdad, según el filósofo francés sirve para designar un conjunto de procedimientos e instituciones que comprometen y obligan a los individuos a realizar, bajo ciertas condiciones y con ciertos efectos, actos de verdad bien definidos.

Es así como, en el caso de la psiquiatría, muchas veces es necesario forzar la creencia en sus beneficios terapéuticos, porque de lo contrario, estos beneficios por sí mismos no podrían demostrarse como verdaderos (FOUCAULT, 2014). Varios años después, en la década de 1950, el descubrimiento de la clorpromazina y la llamada 'revolución farmacológica' fueron un claro ejemplo de cómo funcionan los regímenes de verdad en psiquiatría (CAPONI, 2019).

Si bien el descubrimiento de la clorpromazina y la multiplicación del conocimiento farmacológico tuvo lugar varios años después de los primeros experimentos psiquiátricos con Bulbocapnina y luego de que fuera utilizada en niños por el higienista Portell y Vilá en Cuba, los dos eventos respondieron a una misma estrategia biopolítica, con el propósito de controlar y normalizar la población diagnosticada con trastornos mentales.

El doctor Portell y Vilá continuó su práctica como psiquiatra en el Hospital de Mazorra, al tiempo que siguió publicando artículos sobre trastornos mentales y participando en eventos internacionales sobre el tema. Varios años después, en 1950, Portell y Vilá se presentaba a un concurso de profesor de la Cátedra de Patología y Clínica de las Enfermedades Nerviosas y Mentales de la Universidad de La Habana, pero acabó siendo rechazado incluso antes de iniciar el proceso, debido a la falta de algunos documentos imprescindibles (DELGADO-GARCIA, 1998).

Por otro lado, aun cuando la medicina cubana continuó desarrollándose, la psiquiatría infantil continuó limitada al espacio del asilo, frustrando así el sueño de expandir el higienismo mental al espacio pedagógico y correccional. Tampoco la sala para niños anormales en el hospital de Mazorra aumentó el número de camas, lo que no significó que no se continuara con la estrategia de normalización de la niñez problemática (LAMBE, 2017a). En el caso de la Bulbocapnina, en la actualidad todavía se utiliza en varios estudios neurofisiológicos.

3.8 NUEVOS AIRES DE REFORMA

Entre las décadas del 1930 y 1950 el Hospital de Mazorra continuó siendo el epicentro del discurso y la práctica de la psiquiatría cubana, sin que lograrse

expandirse más allá de los muros del manicomio, a pesar de los intentos de algunos de sus médicos. Entre los esfuerzos más significativos para ampliar el radio de acción de la psiquiatría cabe mencionar la creación de la *Cátedra de Patología y Clínica de las Enfermedades Nerviosas y Mentales* de la Universidad de La Habana. Fundada por el médico José A. Valdés Anciano, la *Cátedra* adquirió rápidamente una orientación más neurológica, debido a la posición de profesor titular de neurología que ostentaba este médico. No obstante, afirma García (2013), desde la muerte del Dr. Valdés Anciano en 1923, la *Cátedra* se orientó más hacia la psiquiatría propiamente dicha, lo que no significa que ambas especialidades no se complementasen y sus representantes no colaborasen estrechamente. Por el contrario, volvieron a ser encontradas en comunión en 1925 con la fundación de la Sociedad Cubana de Neurología y Psiquiatría.

Fundada por el Dr. José A. Malberty, la Sociedad Cubana de Neurología y Psiquiatría prometía un despertar del alienismo cubano y hasta llegó a tener su propia publicación, los *Archivos de Neurología y Psiquiatría*, pero para decepción de sus miembros la actividad de la organización duró pocos años, entrando en un periodo de silencio hasta la década de 1940, en que resurge (GARCÍA, 2013). El fundador de esta Sociedad, el Dr. Malberty ya había sido mencionado aquí a raíz de un famoso informe presentado en 1902 al gobernador general de Cuba, en el que se denunciaba la situación de miseria del hospital de Mazorra. Malberty, que al momento de aquellas denuncias se desempeñaba como presidente de la Junta Administrativa de Mazorra, también mantenía una importante actividad teórica sobre las enfermedades mentales y sus posibles tratamientos.

Este médico, también miembro de la Cámara de Representantes de Cuba y su presidente por un período legislativo, había concluido sus estudios de doctorado en la Escuela Nacional de Medicina de México en 1896, defendiendo su tesis bajo el tema *Tratamiento sugestivo de la locura* (MESTRE, 1907). El tema de la hipnosis ocupaba hacía tiempo a Malberty, pues ya había presentado seis años antes, en el Primer Congreso Médico de la Isla de Cuba un trabajo titulado *El hipnotismo y sus aplicaciones a la terapéutica de las afecciones mentales* (MALBERTY, 1890).

Malberty estaba consciente de que muchos de sus colegas médicos ya habían oído hablar de la hipnosis, la que, como él mismo afirmaba era una práctica “en boga” por aquellos años (MALBERTY, 1890, p. 546). No obstante, su principal objetivo no era presentar la hipnosis a los médicos cubanos, sino conseguir la atención y la

motivación suficientes para que los otros psiquiatras allí presentes (y hasta los ausentes) comenzaran adoptar esa práctica con sus pacientes. Pero ¿cómo convencerlos? Y, sobre todo: ¿Qué ventaja les traería la hipnosis para el tratamiento de los locos de Mazorra? Es preciso recordar que, en aquellos años, había una fuerte discusión entre los representantes de dos vertientes de la hipnosis a nivel mundial: la Escuela de Nancy y la Escuela de *La Salpêtrière*. Mientras que los de la Escuela de Nancy, con Bernheim a la cabeza, defendían que la hipnosis era aplicable a cualquier sujeto, debido a la capacidad sugestiva de los seres humanos, los de *La Salpêtrière*, con Charcot al frente, consideraban que solo era posible la hipnosis en los casos de histeria (BERNHEIM, 1880; QUITIÁN, 2012).

De esa forma, si los alienistas cubanos se decantaban por Charcot, no sería posible aplicar la hipnosis en los pacientes internados en el manicomio de aquel país. Es importante remarcar que la mayoría de los pacientes allí internados habían sido diagnosticados con patologías mentales graves y no con histeria, por lo que la hipnosis parecía un tratamiento anacrónico. Y aunque no lo declaró abiertamente en aquel evento, el deseo de experimentar con los pacientes de Mazorra es muestra de la simpatía que Malberty tenía hacia la propuesta de la Escuela de Nancy. Tal vez insistir en la aplicación de la hipnosis a los locos de Mazorra era un deseo demasiado atrevido para este médico o quizás no dominaba lo suficientemente bien ese arte terapéutico como para defenderlo a toda costa.

Por fin, Malberty acabó presentando relatos clínicos. En un ambiente lleno de médicos, nadie iba a resistirse a escuchar relatos de casos pues, como es sabido, la casuística es un pilar fundamental de la medicina. Los comentarios de casos no solo era una estrategia más efectiva para conseguir la atención del público, sino también, debido a la limitación de tiempo, le permitía ir directo al punto. Malberty presentó así algunos casos de pacientes tratados por él a través de la hipnosis, todos ellos con diagnóstico de “enajenados” (delirio maniaco, manía general, alucinaciones, hipocondría y melancolía) (MALBERTY, 1890, p. 548).

A pesar de las posibilidades de la hipnosis, Malberty tuvo que reconocer que de los varios casos de enajenación mental tratados con hipnosis solo en cuatro de ellos consiguió óptimos. Así, afirma:

Teniendo en cuenta que este fracaso, y muchos más que considero inútil relatar, eran debidos a que la mayor parte de nuestros enfermos, por ser este Asilo un establecimiento general para la reclusión definitiva, revestían como formas más comunes las demencias y los delirios crónicos, cuyos estados

denotan evidentemente alteración nutritiva de la sustancia cerebral (MALBERTY, 1890, p. 548).

El entusiasmo inicial del alienista acabó desvaneciéndose finalmente después que sus colegas le preguntaran directamente sobre la aplicación real y efectiva de la hipnosis en los pacientes del asilo. “¿Puede llegarse hasta el sonambulismo provocado, con un fin terapéutico en los locos; debiendo recurrirse, en caso de resistencia, al cloroformo o cloral, ¿para facilitar la intervención?” y, “¿Cree que el hipnotismo llegará a utilizarse como medio diagnóstico en las locuras, y que su empleo es beneficioso en algunas formas de enajenación?”, fueron las preguntas lanzadas por el público. Pero la respuesta de Malberty fue cautelosa y bien corta, alegando que su trabajo era incompleto debido a las condiciones de observación de Mazorra, que al parecer le resultaban inadecuadas. En aquel congreso no volvió a hablarse de la hipnosis para tratar la locura.

Mientras esos pequeños esfuerzos hacían pensar en algún tipo de revitalización de los tratamientos psiquiátricos, lo cierto es que la ampliación del radio de acción de la psiquiatría se frustraba y la humanización del tratamiento continuó sin concretarse. En el periodo republicano, el Asilo de Mazorra, tantas veces mencionado aquí, la gestión de los pacientes seguía siendo la misma de años atrás, caracterizada por el abandono, la falta de médicos y recursos, pero también por sucesivos escándalos de corrupción y politiquería, reflejo de lo que ocurría a nivel de gobierno⁷⁷ (LAMBE, 2018).

Entre destituciones y sustituciones de directores del hospital, promesas incumplidas de mejoramiento de las condiciones y el uso del lugar como internado de personas con diagnósticos falsos de enfermedad mental, transcurría la vida de los pacientes y los médicos de Mazorra. Destaca Lambe (2018) que entre los escándalos que implicaban al hospital, uno de los más mediáticos fue el descubrimiento por la prensa de la época de “numerosos casos de individuos enviados a Mazorra por parte de sus familiares con la intención de despojarlos de sus riquezas y sus propiedades” (LAMBE, 2018, p. 112, traducción personal). Tal escándalo no solo hacía temblar los cimientos ‘científicos’ de la psiquiatría cubana como especialidad médica, sino que ponía al descubierto un entramado complejo de corrupción de la que varios sectores

⁷⁷ Afirma Jennifer Lambe que la dirección del hospital estuvo fuertemente implicada en la corrupción de la Cuba posterior a 1933, particularmente durante los gobiernos del presidente Ramón Grau San Martín (1944–48) y el de Carlos Prío Socarrás (1948–52) (LAMBE, 2018).

de la sociedad eran víctimas. Al mismo tiempo, el sustrato teórico de la psiquiatría cubana no se desarrollaba sino de forma aletargada, a pesar de la importación de nuevas técnicas y formas de tratamiento.

En 1945, por ejemplo, a pocos meses de asumir la presidencia el médico izquierdista Ramón Grau San Martín, se llevaron a cabo importantes reformas en el tratamiento de los pacientes de Mazorra. La primera medida fue aumentar el personal médico, alcanzando un total de 96, siendo de ellos 25 psiquiatras. Nuevos aires de reforma comenzaban a soplar en el asilo y un matiz caritativo volvía a aparecer en la gestión de la locura, sobre todo porque muchos de los nuevos médicos trabajaban por algunos meses sin percibir sus salarios (LAMBE, 2018).

Con los nuevos médicos llegaron nuevos tratamientos, uno de ellos el de la Terapia Ocupacional, con una fuerte influencia norteamericana. Tal como afirma Berenice Francisco (1988), en la década de 1940 surgió un modelo médico sustentado en los principios de la bioquímica y de la biofísica, impactando al campo de la terapia ocupacional, de conjunto con una visión psicoanalítica en la psiquiatría, sobre todo la aportada por el psicoanalista y psiquiatra norteamericano William C. Menninger⁷⁸. Si en el campo de la medicina en general, la terapia ocupacional tenía como objetivo el poder restituir una función física y la recuperación de determinado movimiento mediante la actividad, en el campo de la psiquiatría, el propio concepto de actividad comenzaba a ser usado para la restauración de alguna región cerebral que se considerase dañada (SPACKMAN, 1978). Esa visión de la actividad física como restauradora del daño cerebral se alimentaba del enfoque biologicista de la enfermedad mental que ya se había transformado en un modelo explicativo importante (CAPONI; MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2013).

La terapia ocupacional en la psiquiatría cubana se vio sobre todo aplicada dentro del asilo de Mazorra. Desde la concepción de que el paciente debía permanecer en actividad, comenzaron a construirse espacios como un pequeño estadio de beisbol y canchas para otros deportes, pero también salas de teatro y de gimnasia, así como lugares destinados a la música y a la pintura (LAMBE, 2018). Como se verá en el siguiente capítulo, algunos años después, el enfoque de la terapia ocupacional va a ser muy utilizado como herramienta publicitaria por parte de la

⁷⁸ William Menninger (1899-1966) fue el fundador y principal defensor de una corriente dentro del psicoanálisis norteamericano que pretendía no solo asimilarlo a la psiquiatría, sino también “americanizar, medicalizar y popularizar la profesión” (PLANT, 2005, p. 183, traducción personal).

‘psiquiatría revolucionaria’ y las manifestaciones deportivas y artísticas de los pacientes como estandarte de los logros de la psiquiatría socialista. Pero no solo la terapia ocupacional había llegado para quedarse en la psiquiatría cubana, sino también el electroshock y la psicofarmacología.

A finales de la década de 1930 un neuropsiquiatra cubano de nombre Moisés Galigarcía había viajado a los Estados Unidos para estudiar la técnica del electroshock y pocos años después acabó siendo importado a Cuba un modelo de la máquina usada para estos fines. Según afirma Lambe (2018), la máquina fue instalada en la Clínica Galigarcía de la Habana en 1942⁷⁹, pero no fue hasta que otro médico, el Dr. Larragoiti empezó a usarla tanto en esa clínica como en el Hospital Calixto García que el uso del aparato ganó cierta popularidad entre los psiquiatras cubanos.

En agosto de 1953, apareció en la popular revista cubana *Bohemia* un trabajo dedicado al trabajo de los psiquiatras. El artículo en cuestión fue titulado *Cómo se aplica el electroshock. Electrocutados que vuelven a la vida* y fue escrito por el periodista Lisandro Otero González. El autor, valiéndose del recurso de la anécdota y acompañando su reportaje con varias fotografías, compara el uso de la electricidad para dos fines distintos: la aplicación de la pena de muerte en los Estados Unidos y la terapia electroconvulsiva a los pacientes psiquiátricos. En el primer caso justificaba su uso afirmando que se buscaba “eliminar a los individuos que son perjudiciales a la buena marcha de la sociedad”, pero en el segundo caso, afirmaba que se trataba de una forma en que “la sociedad moderna devuelve a la vida a miles de enfermos mentales” (GONZÁLEZ, 1953, p. 38).

Así, el mensaje para los lectores quedaba bastante claro: la poderosa electricidad serviría tanto para quitar como para devolver la vida. Por tanto, desde esa lógica, si se hacía un uso de la electricidad en beneficio de la medicina, la terapia electroconvulsiva les devolvería la vida a los pacientes mentales. En sus propias palabras “un shock” les podría “devolver la razón”. Para el periodista la efectividad radicaba precisamente en el “shock”, el cual tendría un sentido bastante amplio, significando cualquier forma de impacto que podría sufrir la persona. Así, apoyándose

⁷⁹ La Clínica Galigarcía, también conocida como Sanatorio Galigarcía fue una institución privada fundada por tres hermanos neuropsiquiatras, Moisés, Manuel y José y nacionalizada en la década de 1960. De los tres hermanos, es José Galigarcía el más conocido en la historia de la psiquiatría cubana, siendo uno de los médicos con una posición económica privilegiada que apoyaron al nuevo gobierno. En la actualidad, el espacio perteneciente a la Clínica Galigarcía es una Sala de Psiquiatría situada en Hospital Nacional y Facultad de Medicina “Enrique Cabrera”, en Ciudad de La Habana.

en varios ejemplos de sujetos internados en manicomios que se habrían sufrido “shocks”, González (1953), intentaba demostrar la efectividad de ese tipo de impacto físico y psicológico. Entre los casos citados por él estaba el de un individuo que se había golpeado la cabeza al caer y otro que había tocado unos cables de alta tensión. Por otro lado, el artículo mencionaba además el impacto que sufrían los pacientes con los baños de agua helada, las sillas giratorias o el shock insulínico de Sakel, eventos estos que serían la causa directa de “la razón” recuperada (GONZÁLEZ, 1953, p. 38).

Figura 18 – Médicos y auxiliares sujetan al paciente que recibe electroshock



Fuente: Revista Bohemia / Foto: Cándido González⁸⁰

Más adelante, el periodista González realizó un recuento sobre la historia del coma insulínico y de los primeros experimentos realizados en Italia por Ugo Cerletti⁸¹, relatando de forma amplia la aplicación del procedimiento al tiempo que buscaba tranquilizar a los lectores sobre la seguridad de su aplicación. Aun así, su reportaje se sustentaba en la palabra de los propios médicos, presentados como verdaderos héroes de la psiquiatría moderna. Los doctores José Antonio Mendoza y David Rubinstein, ambos directores de la Clínica de Psiquiatría del Hospital de Mazorra

⁸⁰ Disponible en: <<https://dloc.com/UF00029010/02528/pdf>>. Acceso en: 23 sep. 2022.

⁸¹ Ugo Cerletti (1877-1963) se había formado en psiquiatría y neurología en los principales centros europeos antes de convertirse en director del Instituto de Neuropsiquiatría de Roma en 1935. A Cerletti le interesaban los efectos que podía provocar la electricidad sobre el sistema nervioso, lo cual no era novedad, pues ya venía usándose varios años atrás. Poco después de construida la máquina de electroshock por su colega Lucio Bini, la TEC (Terapia Electroconvulsiva) se transformó rápidamente en una herramienta fundamental para los psiquiatras en el tratamiento de la esquizofrenia (KAPLAN, 2021).

habían encontrado una excelente oportunidad para publicitar la nueva técnica. Así, al decir de los alienistas: “Los resultados son asombrosos. El porcentaje de pacientes curados es elevadísimo. El electroshock es una verdadera revolución en el campo de la curación de las enfermedades de la mente” (GONZÁLEZ, 1953, p. 38).

Figura 19 - José Antonio Mendoza y David Rubinstein, directores de la Clínica de Psiquiatría del Hospital de Mazorra



Fuente: Revista Bohemia / Foto: Cándido González⁸²

Pero su labor no se limitaba a la aplicación de sesiones de electroshock en pacientes esquizofrénicos o melancólicos, sino que el entusiasmo los llevó un poco más allá. Los alienistas habían comenzado a probar “un nuevo método”, según ellos utilizado en otras clínicas psiquiátricas del mundo, llamado “regresión”. Podríamos suponer que era algún tipo de técnica hipnótica o del psicoanálisis, pero en realidad se trataba de una forma particular de aplicar la electricidad en el cerebro. La regresión, aunque nombraba al método usado, se refería más bien a un estado psicológico que el paciente debía alcanzar a través del electroshock. Pero dejemos que los propios psiquiatras Mendoza y Rubinstein expliquen por sí mismos su experimento:

Este nuevo sistema, llamado de la regresión consiste en la aplicación de cuatro o cinco electroshocks diarios durante una semana, al cabo de la cual se logra desorganizar al paciente de forma tal que este efectúa una regresión a un niño de dos o tres meses. En este estado el paciente se orina en la cama, llora cuando quiere que lo alimenten, no camina, ha olvidado incluso cómo masticar (tiene que ser alimentado con biberón).

Se inicia entonces la fase de regresión al estado adulto que demora dos o tres semanas. Durante este tiempo el psiquiatra trabaja activamente reeducando al paciente mientras éste pasa vertiginosamente por todas las etapas del crecimiento. Por este medio se logra impresionar el cerebro de una manera distinta. Al final el individuo posee una nueva personalidad absolutamente normal. Las ideas obsesivas o trastornos de otra índole que

⁸² Disponible en: <<https://dloc.com/UF00029010/02528/pdf>>. Acceso en: 23 sep. 2022.

haya tenido en un inicio no lo molestan, si acaso los recuerda alguna vez sin que lo hieran (GONZÁLEZ, 1953, p. 38).

Ese tipo de práctica, donde se aplicaban múltiples dosis diarias de electroshocks en los pacientes de los asilos psiquiátricos no había nacido de la iniciativa de los psiquiatras cubanos. Tal como afirma Scull (2022), ya en 1941, en el Hospital St. James en la ciudad británica de Porstmouth, el superintendente Thomas Beaton y su asistente Liddell Milligan, llevaron a cabo una serie de sesiones intensivas de electroshock (alrededor de 4 diarias) en pacientes diagnosticados como psiconeuróticos. Para los médicos ingleses, la aplicación de varias sesiones diarias permitiría que “los pacientes fuesen reducidos a un nivel [mental] infantil, donde se encontrarían completamente indefensos y doblemente incontinentes”, lo que les provocaría además un estado de “confusión, amnesia y una completa desorientación” (SCULL, 2022, p. 124, traducción personal). Estos psiquiatras, según apunta Scull (2022), nunca llegaron a publicar los resultados de esos experimentos que habían aplicado en cientos de pacientes.

Figura 20 –Paciente recibiendo electroshock en el Hospital de Mazorra



Fuente: Revista Bohemia / Foto: Cándido González⁸³

⁸³ Disponible en: <<https://dloc.com/UF00029010/02528/pdf>>. Acceso en: 23 sep. 2022.

Algunos años después, en 1944, el psiquiatra italiano Lucio Bini aplicaba el mismo método intensivo, nombrándolo “*metodo dell'annichilimento*”. Bini conocía muy bien el asunto de la electricidad como terapia, pues había sido él mismo el responsable de construir la primera máquina de electroshock para humanos, permitiéndole, junto a su idealizador, Ugo Cerletti, hacer famoso la TEC⁸⁴ (SHORTER, 2007). A pesar del entusiasmo que despertaba el electroshock, incluso en su versión “intensiva”, Bini aclaraba que esta forma solo debía ser aplicada en casos muy específicos. Así, para el italiano, en casos muy severos de depresión distímica, la dosis habitual de TEC produciría resultados menos satisfactorios que la TEC concentrada. Bini entendía que la TEC concentrada era recomendable solamente en sujetos con depresión melancólica muy severa y profunda y también en casos de despersonalización, pues facilitaría “el tratamiento a largo plazo del paciente aterrado, que tiende a resistir el tratamiento incluso cuando se modifica” (DAVIES, 1964, p. 266, traducción personal).

El propio Cerletti, padre del electroshock, poco tiempo después de su “descubrimiento”, calificaba a su propia terapia como un “método agresivo y violento” y esperaba que alguna vez fuese descubierto un tratamiento más humano que aquel (PASSIONE, 2006, p. 47). No obstante, el “tratamiento intensivo” se propagaba rápidamente fuera de Europa, sobre todo en los Estados Unidos. Por ejemplo, en la *Northwestern University* de Chicago, el psiquiatra y profesor Clarence A. Neymann afirmaba que la TEC debía llevarse al extremo de causar desorientación al paciente, reducir su estado psíquico o mental a un nivel meramente vegetativo, sin importar cuán grande fuera la excitación. La excitación, según él, por necesidad desaparecería con la terapia continua de descargas eléctricas (SCULL, 2022).

Es así como los psiquiatras cubanos adoptaron la bandera del tratamiento intensivo con electroshock, defendiendo que se le hiciese amplia divulgación, prometiéndolo como una “verdadera revolución de la Psiquiatría”, al tiempo que lo presentaban como un procedimiento tan simple como tomar un medicamento para desórdenes estomacales. Al respecto, el doctor Mendoza afirmaba:

El día que se logre que el hombre promedio del pueblo necesitado de este tipo de ayuda psiquiátrica, se aplique un electroshock con la misma despreocupación con que se toma un purgante se habrá dado un gran paso de avance en la historia de la humanidad (GONZÁLEZ, 1953, p. 96).

⁸⁴ Terapia Electroconvulsiva

Desconozco si los resultados del experimento de “tratamiento intensivo” con electroshock fueron publicados por los médicos cubanos. Al respecto no encontré ninguna publicación o mención en las fuentes consultadas. Tal vez se trate de una situación similar a la de los psiquiatras británicos Thomas Beaton y Liddell Milligan, que nunca llegaron a hacer público lo que ocurrió después de su aventura médica.

Con el mismo entusiasmo pocos años después llegó la revolución farmacológica a Cuba. Según Lambe (2018), tal movimiento crecía no sin algunas reservas. Afirma la autora que, a pesar del entusiasmo popular con los nuevos medicamentos, algunos sectores dentro de la propia medicina mental, prefirieron combinarlos con la psicoterapia. No obstante, el nuevo descubrimiento volvía a aparecer en la famosa revista Bohemia, un vehículo de comunicación muy efectivo para alcanzar la mayor parte del pueblo cubano. En el número 5, en febrero de 1957, en la sección titulada *La actualidad científica en Cuba*, destinada a temas afines a la ciencia, fue publicado el artículo *¿Resuelven las drogas tranquilizadoras el problema de las enfermedades mentales? (Balance crítico de los psiquiatras cubanos)*.

El material, firmado por el Departamento Científico de Bohemia y redactado como una crónica periodística sobre el Hospital de Mazorra, tenía como principal objetivo presentar al público cubano una nueva modalidad de tratamiento psiquiátrico: los psicofármacos. En el estilo característico del amarillismo periodístico y acompañada de varias fotografías, la crónica comenzaba presentando el caso de un paciente diagnosticado como esquizofrénico, quien detrás de una apariencia de “normalidad”, parecía esconder una “terrible historia”. El sujeto supuestamente habría atentado contra la vida de su amante y la suya propia y se encontraba internado en el manicomio bajo los cuidados de los psiquiatras.

El redactor de la crónica se preguntaba a qué se debía tal apariencia de normalidad que mostraba el paciente:

¿Se hallaba uno realmente ante un esquizofrénico homicida que sólo quince días antes golpeaba y mordía a cuantos se hallaban a su alcance? ¿Qué había ocurrido a aquel enfermo? ¿Había curado espontáneamente? No; el ‘milagro’ operado en él tenía que ver con el nuevo y apasionante capítulo que las llamadas ‘drogas tranquilizadoras’ o ‘ataráxicas’ han abierto en Medicina y Psiquiatría (BOHEMIA, 1957, p. 24).

Así presentaba la revista Bohemia el nuevo tratamiento farmacológico, como una promesa milagrosa para la cura de las enfermedades mentales. Tan milagrosa como ya habían presentado al electroshock unos años antes.

Figura 21 – paciente atacando y mordiendo a un enfermero



Fuente: Revista Bohemia / Foto: Fernando González Abete⁸⁵

Un joven psiquiatra que años después se transformaría en una figura de gran importancia para esa especialidad médica en el país y pionero de la ‘terapia de reversión de la homosexualidad’, el doctor Edmundo Gutiérrez Agramonte prometía presentar resultados alentadores a partir de la experimentación con Azacyclonol, también conocido como *Frenquel*. Agramonte habría aplicado el tranquilizante en dieciocho pacientes de Mazorra, calificados como “dementes graves”. Entre ellos se encontraba el paciente que ahora se mostraba “normal” frente al periodista y su camarógrafo. El problema de este paciente, así como de los otros tratados con frenquel, era su agresividad y frente a esta, los tratamientos habituales como el electroshock, el coma insulínico o la lobotomía no habrían funcionado, según informaba la crónica. “¡Pero el frenquel lo había calmado como por obra de magia!” (BOHEMIA, 1957, p. 24), reza el artículo.

Gutiérrez Agramonte era el responsable por la introducción de ese psicofármaco en Cuba y sus experimentos, según apuntaba la crónica, estaba sustentada por una gran cantidad de literatura médica producida en otros países. Ciertamente el Azacyclonol comenzaba a ser objeto de varios estudios. Producido por

⁸⁵ Disponible en: <https://ufdcimages.uflib.ufl.edu/UF/00/02/90/10/02706/5_febrero_1957_5.pdf>. Acceso en: 23 sep. 2022.

el laboratorio norteamericano Marion Merrell Dow y comercializado como *Frenquel*, el Azacyclonol comenzó a ser usado luego de que fuese descubierto un efecto antagónico a drogas alucinógenas.

El fármaco prometía acabar con las alucinaciones de los esquizofrénicos, pero su aplicación no arrojó los resultados esperados por lo que empezaron a combinarlo con pequeñas dosis de reserpina y clorpromazina⁸⁶. De cualquier forma, tampoco resultó efectivo, por lo que al final fue sustituido por altas dosis de clorpromazina (BARSA & KLINE, 1956). A pesar de ello, continuó intentándose su uso como un bloqueador de las alucinaciones, de esta vez en el alcoholismo crónico y según lo apuntado por Travis (1958), se habrían obtenido mejores resultados que en la esquizofrenia.

En Cuba, el doctor Agramonte insistía en el Frenquel, aunque ya se usaba ampliamente la reserpina y la clorpromazina en las salas de psiquiatría frente a los casos de pacientes ‘excitados’, sustituyendo en ocasiones al electroshock. Varios psiquiatras reconocidos ya en aquella época comenzaban a utilizar los psicofármacos y se interesaban por sus efectos. Así, por ejemplo, Diego González Martín⁸⁷ experimentaba con la clorpromazina en pacientes tuberculosos diagnosticados con “trastornos mentales”; Rodolfo Guiral, profesor titular de la Cátedra de Enfermedades Nerviosas y Mentales de la Universidad de La Habana había participado en el Coloquio Internacional sobre Drogas Neurolépticas celebrado en París en 1955; José Galigarcía; José Ángel Bustamante y Rafael Larragoiti ampliaban la aplicación de la clorpromazina y la reserpina en sus pacientes, aunque sin informar todavía los resultados hasta aquel momento (BOHEMIA, 1957).

Figura 22 – Paciente medicado con Clorpromazina y Reserpina

⁸⁶ Para profundizar en los estudios sobre la clorpromazina y la revolución farmacológica en la década de 1950 como estrategia de dominación de la psiquiatría biológica ver: *Uma sala tranquila. Neurolépticos para uma biopolítica da indiferença* (CAPONI, 2019a).

⁸⁷ Como veremos posteriormente, Diego González Martín se transformaría en un personaje clave en la introducción de la psiquiatría soviética en Cuba.



Fuente: Revista Bohemia / Foto: Fernando González Abete⁸⁸

“La agitación de los maniacos se mejora o suprime con la administración de clorpromazina o de reserpina, en dosis adecuadas” (BOHEMIA, 1957, p. 113), aseguraban con entusiasmo los entrevistados, en sintonía con la “revolución farmacológica” que ocurría en aquellos momentos a escala global. En este sentido, Caponi (2019), refiriéndose al descubrimiento de la clorpromazina en la década de 1950 demuestra que lo que es llamado por algunos “revolución farmacológica”, en realidad no fue otra cosa que el establecimiento, dentro del campo de la psiquiatría, de un nuevo régimen de verdad.

La autora afirma que, entender la llamada revolución farmacéutica como un nuevo régimen de verdad “nos permite analizar el sistema de reglas e instituciones que ayudaron a naturalizar la idea de que es posible multiplicar los psicofármacos para el malestar psicológico o los cambios de conducta considerados como enfermedades mentales sin causas definidas” (CAPONI, 2019a, p. 35, traducción personal).

Afirma Caponi (2019) que los psiquiatras, al presentar a la clorpromazina como el “Santo Grial” de la medicina mental finalmente encontrado, mostraban su deseo de hallar “legitimidad epistemológica y prestigio” dentro del campo médico (CAPONI, 2019a, p. 67, traducción personal). Pero en realidad, apunta la autora, la clorpromazina, así como otros neurolépticos, no son más que “un recurso utilizado para imponer la calma en las salas de los hospitales psiquiátricos, para transformar esos espacios tenebrosos, que antes eran vistos como locales de exclusión, en algo semejante a una institución médica” (CAPONI, 2019a, p. 72, traducción personal).

⁸⁸ Disponible en: <https://ufdcimages.uflib.ufl.edu/UF/00/02/90/10/02706/5_febrero_1957_5.pdf>. Acceso en: 23 sep. 2022.

A pesar de que por parte de los psiquiatras cubanos de aquella época había una cierta exaltación con la “revolución farmacológica” -quizás con menor intensidad que en otros lugares del mundo-, y que se reconocían los efectos tranquilizantes de los nuevos medicamentos, la mayoría de ellos se mostraron cautelosos y no veían como una opción viable el abandono de las terapéuticas clásicas, dígase sobre todo el electroshock y el coma insulínico para los casos de psicosis y la psicoterapia para las neurosis. Había entre ellos un cierto consenso de que los psicofármacos podían sí, significar un “tratamiento sintomático”, pero como una especie de alivio temporal o un paso intermediario para los tratamientos psiquiátricos clásicos (BOHEMIA, 1957, p. 115).

Figura 23 – Paciente después de la medicación con Frenquel



Fuente: Revista Bohemia / Foto: Fernando González Abete⁸⁹

Agramonte, por ejemplo, se mostraba escéptico sobre la cura de la psicosis a través del Frenquel, aunque entendía que su uso disminuía o hacía desaparecer las alucinaciones, las ideas delirantes y los estados de excitación y agresividad. Por otro lado, González Martín comentaba que había percibido un aumento en la receptividad a la clorpromazina y a la reserpina en los pacientes con los que experimentaba en el dispensario de tuberculosis. A pesar de ello, reconocía que había que cuidar muy bien de la dosificación individual. Larragoiti, por su parte, llamaba a evitar el uso combinado del electroshock y la reserpina pues esta podría generar o acentuar “los síntomas depresivos (tristeza, llanto, ideas deprimentes, etc.”, por lo que debía evitarse en los cuadros depresivos (BOHEMIA, 1957, p. 115).

⁸⁹ Disponible en: <https://ufdcimages.uflib.ufl.edu/UF/00/02/90/10/02706/5_febrero_1957_5.pdf>. Acceso en: 23 sep. 2022.

Tanto Larragoiti como Guiral, siguiendo los estándares de Estados Unidos y Europa, aplicaron altas dosis de clorpromazina para tratar los síntomas de las psicosis, pero para su sorpresa, los resultados obtenidos no eran tan alentadores, difiriendo de los publicados en la literatura médica internacional. Larragoiti lamentaba que “las mejorías no se constataban inmediatamente sino algún tiempo después del tratamiento” (BOHEMIA, 1957, p. 115). El problema parecía radicar en la urgencia de controlar al paciente y en el deseo de obtener resultados rápidos que los fármacos no traían y sí la lobotomía o el electroshock. Es decir, la preocupación de los psiquiatras cubanos no eran los efectos secundarios negativos de los medicamentos, sino que el efecto ‘tranquilizador’, el estado vegetativo esperado se obtenía mucho más rápido al aplicar corriente en el cerebro o seccionándole una parte.

Al tiempo que ocurrían tales debates entre los psiquiatras y sus experimentaciones los mantenían entretenidos, el único hospital psiquiátrico del país continuaba funcionando cual vulgar manicomio. El 9 de febrero de 1958 entre otras noticias, los cubanos leyeron en su popular semanario *Bohemia* sobre la muerte de 82 pacientes en Mazorra, debido a una ola de frío y a la negligencia de médicos y administradores del lugar. El artículo se tituló *Zafra de muertes en Mazorra* y destacaba los sucesos de la siguiente manera:

El periódico “El crisol” lo destacó en primera plana, el mismo día que levantaron la censura: “82 locos murieron en Mazorra en unos pocos días, a consecuencia del frío. Fuera de aquella noticia (y de un comentario posterior de Ernesto Montaner) nadie ha escrito nada más sobre esto, que constituye a todas luces un monstruoso caso de indolencia criminal con seres enfermos. ¿Quién es el responsable de estas muertes? ¿El director del hospital? ¿Los médicos de Guardia? ¿El ministro de Salubridad? Sea el que fuere, lo cierto es que la opinión pública exige una aclaración. La piden igualmente los familiares de esos desdichados que por falta de recursos tuvieron que caer allí. Mazorra era hace algunos años una palabra que provoca espanto. Lejos de ser un sanatorio de enajenados era una cárcel inhumana regida por carceleros sin escrúpulos que golpeaban a los enfermos como si fueran bestias. Desde hace poco más de una década la mala fama de Mazorra había empezado a decrecer. ¿Significarán estas muertes que el tenebroso hospital ha vuelto a retroceder a aquellas etapas? Esperamos que no. Y mientras tanto, confiemos en que las autoridades responsables -si es que lo son- expliquen por qué se dejó a la intemperie, sin ropa y sin alimentación, a esos 82 infelices que acaba de aniquilar este riguroso invierno (BOHEMIA, 1958).

Al mismo tiempo, nada parecía cambiar en el panorama de corrupción y desidia que reinaba en el Hospital de Dementes. Los médicos, y más los pacientes estaban lejos de sospechar que en muy poco tiempo los cambios radicales en el

terreno político también sacudirían los cimientos de la psiquiatría cubana, no solo en el aspecto administrativo, sino también en el teórico (LAMBE, 2018).

4 LA PSIQUIATRÍA EN REVOLUCIÓN

A finales de la década del 50 Cuba atravesaba por una crisis política que desestabilizaba el orden social. A pesar de su desarrollo económico, que la situaba como uno de los mejores países de América Latina en cuanto a calidad de vida, en Cuba persistía la desigualdad social. Al mismo tiempo la gestión política del presidente Batista, que había dado un golpe de estado en 1952, se caracterizaba por el autoritarismo y la violencia⁹⁰.

El destacado economista cubano Carmelo Mesa-Lago caracteriza la economía cubana en aquel período de la siguiente forma:

En vísperas de la Revolución, Cuba se colocaba entre los primeros países de América Latina en varios indicadores económicos y sociales, tales como Producto Interno Bruto (PIB) por habitante, control de la inflación, estabilidad fiscal, inversión relativa al PIB, alfabetización, mortalidad infantil, esperanza de vida y cobertura de pensiones. Pero también confrontaba problemas graves: una tasa de crecimiento económico reducida que beneficiaba especialmente al capital y la fuerza laboral empleada y sindicalizada; un sector azucarero básicamente estancado y un sector no-azucarero creciente pero insuficiente para generar crecimiento económico vigoroso; alto desempleo que se agudizaba después de la cosecha azucarera; notable brecha en los indicadores socioeconómicos entre las zonas urbanas y rurales; y fuerte dependencia en la exportación del azúcar, así como en la relación económico-comercial con los Estados Unidos (CARMELO, MESA-LAGO, 2009).

Al mismo tiempo, en el sector político, la crisis desatada después del golpe de estado de 1952 se había agudizado, desatando una guerra irregular contra el gobierno. La oposición armada contra la dictadura de Batista concentró su poder de acción en el espacio urbano fundamentalmente, aunque pocos años después se amplió hacia la zona rural del oriente del país, en un macizo montañoso conocido como la Sierra Maestra. Después del asesinato por parte de las fuerzas policiales a los principales jefes de la oposición a Batista, Fidel Castro se estableció como el único líder sobreviviente y promotor de cambios profundos en la nación.

Con la asunción del poder por parte de Castro en 1959, comenzó el período conocido como 'Revolución' en la historiografía cubana. La revolución cubana marcó el inicio de varias revoluciones dentro del país caribeño. El nuevo gobierno inició, casi

⁹⁰ Fulgencio Batista Zaldívar, que ya había sido presidente en un período anterior, acabó dando un golpe de estado en 1952, perdiendo su mandato nuevamente en diciembre de 1958 luego de abandonar definitivamente el país. Las fuerzas policiales y militares bajo su mando se caracterizaron por el uso excesivo de la violencia, el empleo de la tortura y en varios casos las ejecuciones extrajudiciales.

de inmediato, una política de rechazo al capitalismo, provocando un deterioro acelerado de los vínculos con los países capitalistas y de manera más significativa con los Estados Unidos, poderoso vecino y principal socio comercial desde la fundación de la república en 1902.

Al tiempo que se ‘arrancaba de raíz’ el capitalismo se iniciaba la formación de un estado socialista, estableciéndose un vínculo cada vez más estrecho con la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). Ese vínculo entre los dos estados socialistas se transformó de inmediato en una relación de dependencia. Es así como, en la década de 1960 la sociedad cubana cambió radicalmente, sobre la base, entre otras cosas, de la instauración de un partido político único y del control estatal absoluto sobre la vida cotidiana de las personas. Las distintas inclinaciones políticas e ideológicas que existían en el país antes de 1959 desaparecieron forzosamente, siendo sustituidas por las ideas de Fidel Castro, a las que, poco después, se unieron oficialmente la filosofía marxista-leninista.

La implementación del sistema socialista no fue consecuencia de la eliminación del capitalismo en el país, sino todo lo contrario: eliminar cualquier vestigio del capitalismo era *conditio sine qua non* para comenzar la construcción del socialismo y sobre todo el de tipo soviético. Convertido el mercado y la propiedad privada en los nuevos enemigos de la Revolución y teniendo a los Estados Unidos como símbolo más importante de la sociedad capitalista, el nuevo gobierno cubano puso en marcha el modelo económico soviético.

En ese sentido, Mesa-Lago (2012), apunta que la evolución económica-social de Cuba, desde 1959 hasta la actualidad ha atravesado por ocho ciclos⁹¹. Los primeros cuatro ciclos estuvieron marcados por las relaciones con la antigua Unión Soviética, terminando justo con la desaparición del campo socialista en Europa del Este en la década de 1990. La influencia soviética en Cuba atravesó todos los ámbitos de la sociedad, siendo el sistema de salud uno de los más moldeados, como se verá posteriormente. Unido a ello, según afirma Montaner (1999), la radicalización política del nuevo gobierno cubano, así como la estatización de la economía fueron vistos

91 1) 1959-1966 “Ciclo idealista” subdividido en tres: “Erosión del Mercado”, “Modelo Ortodoxo Soviético de Planificación Centralizada” y “Debate Socialista entre dos Alternativas” (idealista y pragmática); (2) 1966-1970 “Ciclo idealista más fuerte”: “Adopción y Radicalización por Fidel Castro del Modelo Guevarista”; (3) 1971-1985 “Modelo Soviético de Reforma Económica Tímida”; 4) 1986-1990 “Proceso de Rectificación de Errores”; 5) 1991-1995 “Crisis y Reformas de Mercado”; 6) 1997-2003 “Desaceleración y Paralización de la Reforma”; 7) 2003-2006 “Revisión de la Reforma”; 8) 2007-“Reformas estructurales de Raúl Castro” (Mesa-Lago, 2012, p. 25).

como factores de riesgo por las administraciones norteamericanas y por algunos sectores privilegiados dentro del país.

A partir de entonces se puso en marcha un programa político y social que pretendía resolver una serie de dificultades en el país y aumentar los estándares de vida de la población cubana. La plataforma programática había sido diseñada por Fidel Castro unos años antes, nombrada Programa del Moncada y recogida en el libro *La historia me absolverá* (1953)⁹². En el Programa del Moncada, Fidel Castro aseguraba que, tomando el poder, su gobierno resolvería “el problema de la tierra, el problema de la industrialización, el problema de la vivienda, el problema del desempleo, el problema de la educación y el problema de la salud del pueblo” (CASTRO, 2007, p. 37).

La originalidad de aquel proyecto revolucionario que prometía Fidel Castro en su famoso alegato se vio opacada rápidamente por el manto de la poderosa Unión Soviética. Hubo ciertamente una revolución radical en muchos sentidos, pero acuñada con el logotipo de la hoz y el martillo. El cooperativismo en el modo de producción campesina, la aniquilación de la propiedad privada y el control estatal extremo, se asemejaban a lo que ya venía sucediendo mucho antes en la Unión Soviética (PÉREZ, 2009). Aunque el Partido Comunista cubano no había participado directamente de la lucha armada contra el gobierno de Batista, desde la década de 1920 ya formaba parte del espectro político de la nación caribeña.

Algunos autores van incluso más lejos en el razonamiento de que la revolución cubana no fue tan original como la historiografía oficial intenta demostrar. Así, existe otra visión desde la que se afirma que las ideas marxistas-leninistas ya estaban en el programa político de Castro antes de 1959 formando parte de su estrategia de gobierno caso llegara al poder algún día (DORTICÓS, 1961 apud ROJAS, 2015; PÉREZ, 2009; AGUILERA, 2018). No obstante, aún en los primeros años de la Revolución coexistían diferentes corrientes del pensamiento marxista, como el Gramsciano y el Lukaciano (ALONSO, 1995), pero el paradigma Leninista fue impuesto rápidamente como la matriz filosófica e ideológica del gobierno, condenando las otras al ostracismo (ACANDA, 2006).

⁹² El Programa del Moncada forma parte del alegato presentado por Fidel Castro al momento de su juicio por haber dirigido un ataque al Cuartel “Guillermo Moncada”, segunda fortaleza en importancia durante el gobierno de Fulgencio Batista, situada en Santiago de Cuba. Del nombre del cuartel viene el título del programa presentado por Castro.

Con todo, la declaración oficial del carácter socialista de la Revolución cubana no ocurrió sino dos años después, el día 16 de abril de 1961, en un momento de extrema tensión ante la inminencia de un conflicto bélico con los Estados Unidos y en la antesala de la invasión a Bahía de Cochinos. En esos días fueron atacados tres objetivos estratégicos de la nación (dos aeropuertos y una base aérea), usando aviones piloteados por opositores cubanos exiliados apoyados por la CIA.

El entierro de las víctimas de esos ataques aéreos se convirtió en un gran acto político, ocasión aprovechada por Fidel Castro para radicalizar su discurso contra los norteamericanos, e informar al pueblo de la implantación del Socialismo en Cuba. Esa declaración fue un hito importante en la historia de la nación, pues las palabras del mandatario se transformaron inmediatamente en imperativo, y a partir de ahí, no fue permitida ninguna otra alternativa ideológica en el país.

Es importante destacar también la posición asumida por una buena parte de la población respecto de la decisión tomada por su líder. La retórica belicista de Castro, junto a la existencia de riesgos reales de una guerra, las pérdidas de vidas humanas y recursos materiales por acciones terroristas, apoyadas muchas veces por el gobierno norteamericano, facilitó en gran medida que el giro hacia el Socialismo fuera aceptado de forma casi unánime. En opinión de Salém (2016), la sobrevivencia de la Revolución estaría garantizada con el apoyo militar y económico de los países socialistas, por lo que era una oportunidad única aliarse a los soviéticos. Además, los dirigentes cubanos y los soviéticos compartían un pensamiento antiestadounidense y anticapitalista y lo más importante, el Marxismo-leninismo como ideología.

De igual modo, hay que aclarar que la asunción del enemigo no fue solamente del lado de Cuba, pues como ya se había colocado anteriormente, la figura del 'comandante rebelde' que discursaba abiertamente contra el poderoso Estados Unidos y la declarada amistad con los países comunistas, fueron motivos para que el gobierno norteamericano desarrollase una política hostil hacia la Revolución. A partir de entonces, el Marxismo-leninismo se estableció como el único referente político e ideológico del gobierno y la sociedad cubana, dejando marcas profundas que subsisten en la vida nacional hasta la actualidad. De ese modo, la influencia soviética en Cuba se tornaría cada vez mayor, dando comienzo a una larga historia de relaciones de interdependencia entre la isla caribeña y los países del campo socialista hasta principios de la década de 1990.

4.1 LA MEDICINA CUBANA Y EL MODELO DE SALUD PÚBLICA SOVIÉTICO

Una de las promesas realizadas por Fidel Castro en el Programa del Moncada fue la de realizar importantes reformas en la salud pública. A pesar de que en la década de 1950 habían aumentado considerablemente en número y calidad las instituciones de salud en Cuba, la atención se concentraba principalmente en los centros urbanos, descuidándose los espacios rurales y las zonas marginales, provocando que muchas veces sus habitantes tuvieran que conformarse con prácticas médicas sin fundamentos científicos, arriesgando sus vidas en manos de los llamados 'curanderos' (LINARES TOVAR; LÓPEZ PALMERO; ABREUS PONVERT, 2015).

En aquella época, la mayoría de los hospitales especializados (en cardiología, cáncer, poliomielitis, oftalmología, ortopedia, tuberculosis, pediatría, enfermedades contagiosas, lepra y enfermedades mentales) se localizaban en La Habana, capital del país, aunque existían los llamados 'dispensarios', que eran pequeñas clínicas situadas en las otras provincias y que cumplían funciones básicas de diagnóstico, tratamiento médico y farmacológico (HERNÁNDEZ, 1969).

En la década de 1950 la asistencia médica cubana se dividía entre servicios privados, servicios públicos e instituciones caritativas. Los servicios públicos, sobre todo hospitales, clínicas mutualistas, casas de socorro y otras instituciones benéficas eran los más buscados por las personas de bajos ingresos, por la clase obrera y por los beneficiarios de seguros sociales. En 1958, Cuba era el país latinoamericano con la tasa más alta de atención médica poblacional, provista fundamentalmente por instituciones sin fines de lucro, financiadas por grupos de benefactores y administradas por organizaciones religiosas, sobre todo católicas. En cambio, las clases media y alta eran atendidas en los servicios privados, aunque por los mismos médicos que ejercían en los servicios públicos (HERNÁNDEZ, 1969).

A solo un año del triunfo de la revolución, en enero de 1960, el nuevo gobierno implementó diversas medidas dirigidas a transformar el sistema de salud. De esa forma, a través de la Ley Nro. 717 desapareció el Ministerio de Salubridad y Asistencia Hospitalaria, para dar paso al Ministerio de Salud Pública, como se conoce hasta la actualidad (CUBA, 1960). En la nueva organización quedó disuelta la Junta Nacional de Sanidad y Beneficencia, lo que en la práctica significó un paso importante

hacia la centralización de la atención médica y específicamente hacia la eliminación de las actividades privadas y las instituciones benéficas.

La Junta de Sanidad y Beneficencia había desempeñado un papel fundamental en la organización de los servicios de salud en la Isla caribeña hasta ese momento. Surgida de la necesidad de aunar los esfuerzos en pro del combate a las frecuentes epidemias y de la intervención a nivel global en las diferentes enfermedades, la Junta había sido el órgano asesor del gobierno republicano en materia de salud pública, realizando su labor en dos direcciones: la sanidad y la beneficencia, como indica su nombre (DELGADO-GARCÍA, 1998).

No obstante, es preciso señalar que la eliminación de la Junta Nacional de Sanidad y Beneficencia en 1960 no respondió a un mal funcionamiento de sus dependencias, sino a una estrategia del nuevo gobierno, amparada en el cambio de sistema político, económico y social que, aunque aún no había sido declarado oficialmente socialista, avanzaba en esa dirección. No se trataba de dejar desamparada a la población más carente, usuaria principal de la beneficencia, sino de centralizar la atención sanitaria y eliminar a la competencia, sobre todo si venía del sector privado, de la caridad religiosa o de la filantropía burguesa.

Otra de las medidas tomadas para transformar el sistema de salud fue la elaboración de la Ley Nro. 723 de 1960, que establecía el Servicio Médico Social Rural (SMSR) para los médicos recién graduados, quienes a partir de ese momento estaban obligados a prestar sus servicios en las zonas de más difícil acceso del país. Al mismo tiempo, se construían nuevos hospitales y centros de salud en aquellas zonas rurales. Según Rojas Ochoa (2005), la medicina rural fue la primera medida de gran impacto en el campo de la salud cubana, la cual no solo benefició a la población campesina marginada por las políticas elitistas, sino que le otorgó al gobierno revolucionario una mayor capacidad de influencia sobre las capas sociales menos favorecidas. Por otra parte, hay que tener en cuenta que, como menciona Chonchol (1963), tanto la enorme campaña de alfabetización en las zonas rurales, como las leyes de reforma agraria, constituyeron propuestas atractivas para el sector campesino, lo que permitió su rápida movilización a favor de la revolución.

La implementación de un nuevo sistema de salud en Cuba respondía al sistema político socialista y el modelo de gestión de la salud pública se transformó en una reproducción casi exacta del que se aplicaba entonces en la Unión Soviética. El sistema de salud soviético se amparaba en los siguientes principios: gratuidad de los

servicios médicos, propiedad exclusiva y control de estos servicios por parte del Estado, salarios del personal de salud como responsabilidad del gobierno, estructura organizativa sólida y rigurosamente planificada, y, por último, prevención y promoción de salud como prioridades (U.S DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE, 1965).

Por otro lado, por ser un sistema estrictamente centralizado y planificado, había muy poco espacio para la creatividad o la experimentación por fuera de los protocolos establecidos por el estado y el partido comunista soviéticos. Unido a ello, a pesar de que se destinaron importantes recursos al campo de la salud, la prioridad de aquel gobierno en cuanto a la investigación estaba más del lado del desarrollo de la industria y de las ciencias naturales (U.S DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE, 1965).

En Cuba, sin embargo, la medicina privada se continuó permitiendo en esos primeros años de revolución, aunque, por ejemplo, en 1960 el sector farmacéutico, directamente asociado a la práctica médica, fue uno de los primeros objetos de nacionalización (DE VOS, 2005). No obstante, la tolerancia a la medicina privada no duró mucho tiempo, pues fue oficialmente nacionalizada en cualquiera de sus formas en 1963 (VALDÉS, 1971).

Según Goldberg (2000), aquellos mismos principios de la medicina socialista soviética: la salud gratuita y exclusivamente pública, la centralización y planificación de los servicios, así como la orientación hacia la prevención y promoción comunitaria comenzaron a ser aplicados y adaptados al contexto cubano desde el inicio de la revolución. Pero a la par que se copiaba aquel modelo y se instauraba un sistema de salud igualitario, el gobierno cubano definió una postura de intolerancia frente a la oposición de cualquier matiz y, tal como ocurría en los países del extinto campo socialista, la solución aplicada era la eliminación total del adversario, a veces de forma simbólica, otras veces de forma física⁹³.

Hay que decir que esa política de intolerancia y eliminación del adversario no se circunscribía al sector de la salud, sino que abarcó la totalidad de la sociedad

⁹³ Desde los primeros meses de 1959 se instauraron los llamados “Tribunales revolucionarios” en Cuba, encargados de enjuiciar no solo a militares y colaboradores de la dictadura derrocada que habían cometido delitos graves, sino también a los opositores del nuevo gobierno. En muchas ocasiones, luego de juicios “sumarísimos”, los prisioneros eran sentenciados a muerte y fusilados en nombre de la revolución. Muchos de estos fusilamientos se transmitieron por televisión y las imágenes fueron publicadas en los principales medios de prensa, como el diario *Revolución* o la revista *Bohemia* (CASTRO, 2007; MACHOVER, 2010; PRADO, 2016).

cubana, de manera casi idéntica a lo que sucedía en la Unión Soviética. Es decir que, como destaca Foucault (2018a), también en el socialismo el biopoder se instaló, interviniendo en la vida de la población, tanto para organizarla, potenciarla, eliminarla o descalificarla, como ocurrió con la oposición política.

Dentro del gremio médico cubano hubo diferentes posturas ideológicas, algunas abiertamente contrarias a la revolución, lo cual puso al gobierno frente al dilema de mantener la cantidad necesaria de médicos en ejercicio, aun bajo discrepancias políticas, o quedarse solo con aquellos que le demostraran fidelidad absoluta. Tal situación generó una crisis importante en ese campo, que se manifestó sobre todo en el abandono del país por parte de un grupo más o menos numeroso de profesionales de la salud. Existen investigadores cubanos dentro de la medicina, entre ellos Comas y González (2014), que han analizado de forma más crítica la historia de esa profesión en Cuba. Estos afirman que, dentro del éxodo masivo de profesionales de todas las ramas, ocurrido después del triunfo de la revolución, tres mil eran médicos, siendo esta cifra la mitad de los disponibles en aquel momento. Por tanto, ese suceso daría cuenta del déficit significativo de recursos humanos que caracterizó ese periodo en el país.

Sin embargo, otros autores, también médicos y defensores de la postura oficial del gobierno, niegan que el número haya sido tan alto, aunque reconocen que en los primeros nueve años de revolución (1959-1968), abandonaron el país un número no despreciable de estos profesionales (BERNAL y GAVALDÁ, 2015; OCHOA, 2005). Según un estudio sobre la atención primaria en Cuba titulado *La atención primaria y de salud en Cuba, 1959-1984*, los años más significativos del éxodo fueron 1960 y 1961 (OCHOA, 2005). En el primer lapso, emigraron 582 médicos de un total de 5946 en existencia en el país; para 1961, la cifra de expatriados aumentó a 778 profesionales de la salud⁹⁴. Tanto los investigadores críticos del gobierno cubano como sus defensores coinciden en que durante los primeros años del proceso revolucionario hubo un clima de tensión significativo dentro del gremio médico, lo que motivó la aparición de conflictos entre los que apoyaban y los que disentían de las nuevas medidas gubernamentales (COMAS Y GONZÁLEZ, 2014; BERNAL y GAVALDÁ, 2015; OCHOA, 2005).

⁹⁴ En 1960 se graduaron 728 médicos en Cuba. En 1961 el número decreció a 335 (OCHOA, 2005).

Obviamente el éxodo de médicos y la ampliación de los servicios de salud pública demandó la formación acelerada de nuevos especialistas. Según Valdés (1971), el gobierno introdujo un 'programa de choque' para la formación de galenos, que se tradujo en el acortamiento de los planes de estudio y la reducción de las exigencias en las cualificaciones, teniendo como resultado el incremento de las graduaciones aproximadamente en un 350 por ciento en diez años (de 2,645 en 1959, a 7500 en 1969). Al mismo tiempo, el enfoque de la enseñanza cambió hacia un tipo de medicina preventiva, enfocada en la atención primaria, introduciéndose también la formación político-ideológica obligatoria en el currículo. Los nuevos estudiantes de medicina, además de las asignaturas comunes a su especialidad, comenzaron a recibir clases de economía política, materialismo histórico y marxismo-leninismo (VALDÉS, 1971).

En ese contexto, la convivencia de posturas divergentes y la diversidad de ideologías no tenía cabida en los planes del nuevo gobierno, por lo que muchos de los que no simpatizaban con la revolución escogieron el camino de la emigración. La intolerancia al pensamiento divergente se dio de muchas maneras y no solo en el ámbito médico, sino que trascendió a todos los sectores de la sociedad. El discurso político también desempeñó un papel esencial en la exacerbación de los ánimos y en el aumento de la intolerancia hacia el pensamiento disidente, de los cuales los médicos fueron uno de los principales objetos. Para tener una idea más ilustrativa de tal situación, podemos tomar como referencia los discursos del líder Fidel Castro, no solo porque de todos los dirigentes cubanos fue el que más acostumbraba a comunicarse con las masas a través de largas arengas, sino porque su influencia en las posturas políticas e ideológicas de la mayor parte de población cubana son indiscutibles.

El gobernante cubano en varias de sus intervenciones entre 1960 y 1962, al referirse a los 'enemigos de la revolución', mencionaba a los galenos expatriados que no apoyaban la ideología propuesta por su gobierno con calificativos como: criminales, miserables, cobardes, mercenarios, contrarrevolucionarios y traidores (CASTRO, 1960; 1961a; 1961b; 1961c). Los médicos emigrados no solo fueron estigmatizados como enemigos, sino que quedaron desterrados por mandato del

propio Fidel Castro. El propio líder lo dejaba claro en un discurso para estudiantes y profesores de medicina en 1962⁹⁵:

Independientemente de que a muchos médicos de los que sedujeron para ir a Estados Unidos los pusieron a fregar platos y los pusieron a manejar elevadores y a vender leche —me dicen por allí y por algo lo dicen—, independientemente de eso, no cabe duda de que la actitud de los médicos que se fueron fue una actitud muy inmoral. Y yo particularmente lo he dicho siempre: soy contrario de que nosotros nunca más dejemos regresar a uno solo de esos médicos (APLAUSOS), porque entiendo realmente que ese es un tipo de crimen, ese es un tipo de crimen que no puede tener perdón nunca. Porque ese es un crimen contra el pueblo, contra el enfermo, contra el infeliz, contra el que sufre; y ese crimen no debe tener jamás perdón (APLAUSOS)⁹⁶ (CASTRO, 2013, p. 2720).

El año 1961 con respecto a 1960 y 1962, fue probablemente el más tenso en relación con los médicos considerados enemigos, no solo por la cantidad de discursos de Fidel Castro en que fueron atacados (al menos tres)⁹⁷ (CASTRO, 2013), sino también por la cifra de médicos que emigraron ese año (778) (OCHOA, 2005). Comprensiblemente, la situación para los que no apoyaban la ideología establecida comenzó a tornarse cada vez más difícil, hecho que demuestra la actuación de ambos lados del biopoder: al tiempo que se ampliaban los servicios de salud, ofreciéndolos de forma gratuita a la población, se descalificaba y segregaba a los médicos que no compartían el proyecto político de la revolución o que simplemente decidían vivir en otro país.

⁹⁵ Discurso pronunciado en la apertura del Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas “Victoria de Girón”, en Marianao, el 17 de octubre de 1962.

⁹⁶ Hasta hoy existe la llamada “Ley de los ocho años”, punición aplicada a los médicos que rompen el contrato mediante el cual prestaban sus servicios en otro país como misión oficial del gobierno. Esta consiste en la prohibición de entrada a Cuba por un periodo de ocho años; aunque no existe una ley que la ampare oficialmente, el Ministerio de Salud Pública, de conjunto con el Ministerio del Interior se han encargado de aplicar tal sanción. Lo más cercano que se ha podido observar al respecto, se halla en el artículo 135 del Código Penal cubano, donde se define el delito de “Abandono de funciones”, estableciendo una pena de cárcel entre de 3 y 8 años para el funcionario que abandone su misión o se niegue a retornar al país después de concluida (MINJUS, 1989).

⁹⁷ Discurso pronunciado en el acto de graduación de los Maestros Voluntarios, efectuado en el Teatro de la CTC Revolucionaria, el 23 de enero de 1961; Discurso pronunciado en el acto de clausura de la Convención Nacional de Consejos Técnicos Asesores, celebrado en el Círculo Social Obrero “Charles Chaplin”, el 11 de febrero de 1961; y Discurso pronunciado en el acto para la Constitución del Comité de Defensa de la Revolución de los Trabajadores de la Construcción, en el Distrito Metropolitano de Obras Públicas, el 6 de abril de 1961 (CASTRO, 2013).

4.2 UNA PSIQUIATRÍA “DEPURADA” Y REVOLUCIONARIA

Una de las formas más significativas de intolerancia en el contexto de los primeros años de revolución fue el fenómeno conocido como ‘depuración’. Al remitirse a las definiciones de la Real Academia Española, pueden encontrarse cuatro acepciones del término:

depurar. (Del lat. *depurare*). 1. tr. Limpiar, purificar. U. t. c. prnl. 2. tr. Rehabilitar en el ejercicio de su cargo a quien por causas políticas estaba separado o en suspenso. 3. tr. Someter a un funcionario a expediente para sancionar su conducta política. 4. tr. Eliminar de un cuerpo, organización, partido político, etc., a los miembros considerados disidentes. (REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, 1992, p. 2718).

La primera acepción es la más comúnmente empleada como sinónimo de limpieza y purificación, pero las restantes son las que ilustran mejor la intención ideológica de la depuración en el periodo revolucionario cubano, aunque no abandonen el sentido de ‘limpieza’. Es decir, el proceso de ‘depuración’ a partir de 1959 en Cuba, tuvo como objetivo la exclusión de la vida pública de todos aquellos ciudadanos que no aceptaran, no apoyaran o se manifestaran de cualquier forma en contra del proyecto sociopolítico y económico denominado Revolución, o de la misma forma, que fueran simplemente identificados como perjudiciales para este. Debe destacarse también que los simpatizantes del gobierno anterior, aun sin imputárseles delitos en ocasiones, también fueron objeto de depuraciones.

El espacio público al que hacemos referencia y en los cuales comenzó la ‘depuración’ de la sociedad cubana, abarca una gran variedad de escenarios, entre ellos el político, el económico, el jurídico, el cultural, el académico, el científico y el educativo (COMBATE, 1959; ARENAS, 1992; VEGA, 2013). El proceso de depuración de la sociedad socialista no fue una iniciativa del gobierno cubano, sino que este ya se aplicaba en la URSS desde bastante tiempo atrás. Por ejemplo, la década de 1930, durante el mandato de Stalin fue una de las épocas más críticas de represión política e intolerancia ideológica en el estado soviético.

Al respecto, el expresidente de la URSS Nikita Krushev en una intervención ante el Partido Comunista de la Unión Soviética (PCUS) en 1956, conocida como ‘el discurso secreto’ denunció la política represiva de su predecesor:

Fue precisamente durante este período [1935-1937-1938] que se inició la práctica de llevar a cabo persecuciones en masa a través de los mecanismos del Gobierno, primero contra los enemigos del leninismo (...). Stalin inventó el concepto de 'enemigo del pueblo'. Este término hizo automáticamente innecesario que los errores ideológicos de los hombres expresados en una controversia se comprobasen; este término hizo posible que se usaran los más crueles métodos de represión, violándose así todas las normas de la legalidad revolucionaria, cada vez que alguien estaba en desacuerdo con Stalin o que se sospechara en él una intención hostil o debido simplemente a que tenía una mala reputación. Este concepto de 'enemigo del pueblo', finalmente, eliminó todas las posibilidades de que se desarrollaran luchas ideológicas o de que alguien pudiese dar a conocer su punto de vista respecto a cualquier problema, aunque ellos fuesen meramente de carácter práctico. (KRUSCHEV, 1956, p. 17).

Las 'purgas estalinistas' de la sociedad, dirigidas a eliminar la disidencia política y el pensamiento divergente del marxismo-leninismo, así como también la categoría 'enemigo del pueblo' tienen sus versiones tropicales en Cuba: las 'depuraciones' y los 'enemigos de la patria', igualmente llamados 'contrarrevolucionarios' o 'gusanos'. Ambas forman parte de una estrategia de construcción de una sociedad y un estado utópico, donde no habría diferencias ideológicas entre sus ciudadanos, siendo dirigidos por una única superestructura política: el partido comunista.

Tanto en la Unión Soviética como en Cuba, la prensa oficialista ha tenido un papel fundamental desde el punto de vista propagandístico. En los inicios de la revolución cubana coexistían diferentes medios de prensa con diferentes posturas políticas, pero poco tiempo después los periódicos y revistas que no alababan a la revolución o que osaran deslizar alguna crítica, fueron ilegalizados y eliminados del panorama social cubano.

Entre los periódicos incondicionales al nuevo gobierno estaban *Revolución*, *Hoy*, *La Calle*, *Alma Mater* y *Combate*, los cuales habían sido censurados en la década de 1950 por su política editorial de corte comunista y contrario a la dictadura de Batista (PADRÓN, 2015). También es importante mencionar a la revista *Bohemia*, fundada en 1908 y una de las más populares en el periodo republicano. Ya en los últimos años de la década de 1950, algunos de sus artículos mostraban inclinación a favor del movimiento insurreccional liderado por Fidel Castro, hasta su

nacionalización en 1960, donde se estableció su corte editorial oficialista (GONZÁLEZ, 2014).

Estos medios de prensa solían reproducir en los años posteriores al triunfo revolucionario noticias sobre los procesos de depuración que ocurrían constantemente en los diferentes espacios de la sociedad, como las organizaciones políticas, la Universidad de La Habana, el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Obras Públicas, el Ministerio de Educación, la Cruz Roja cubana, el Hospital de Dementes, los sindicatos, la policía, el ejército, entre otros (BOHEMIA, 1959a, COMBATE, 1959, HARNECKER, 1976; MACHOVER, 2010).

Dentro del campo de la medicina también fueron realizadas depuraciones. Inicialmente se dieron en el ámbito docente, es decir, en las facultades de medicina como parte de la depuración general de la universidad, pero enseguida fueron aplicadas al área asistencial. El 15 de febrero de 1959, a solo un mes y pocos días de la llegada al poder del Ejército rebelde, la revista *Bohemia* publicó un extenso reportaje titulado *Conflicto en el Alma Mater: Depuración y reforma universitaria*. En este se relataban los conflictos entre estudiantes y profesores en torno de un “urgente adecentamiento de la Colina”⁹⁸, que respondería a los “anhelos moralizadores” de un grupo de estudiantes. Según el texto, el “adecentamiento” no fue otra cosa que la destitución de la dirección de la universidad, la toma del poder por un grupo de alumnos y la designación de “decanos revolucionarios” (BOHEMIA, 1959b, p. 70).

Pero en esa primera depuración de la educación superior no solo participaron estudiantes, sino también militares y representantes del nuevo gobierno. Uno de los militares, junto al nuevo presidente designado de la Federación de Estudiantes Universitarios (FEU)⁹⁹, presentó alegaciones en defensa de una posición más dura hacia el profesorado calificado como contrarrevolucionario, proponiendo medidas como el congelamiento de sus sueldos. En el caso específico de la facultad de medicina, la cantidad de profesores “depurados” en esa etapa inicial (doce) fue un poco mayor en relación con las facultades de ciencias sociales (tres), pedagogía (uno)

⁹⁸ “Alma mater”, “Colina universitaria” o “Escalinata”, son términos usados frecuentemente como sinónimos de la Universidad de La Habana. El Alma mater es una estatua situada en la entrada principal de ese local, específicamente en la cima de una escalinata que sirve como acceso principal al mismo. La Universidad de La Habana es la más antigua (fundada en 1728) y la más importante institución de educación superior del país. Varias personalidades de las ciencias, la cultura y la política cubanas fueron profesores o estudiantes en esta universidad. En la década de 1950 fue uno de los principales espacios de oposición al gobierno del presidente Fulgencio Batista.

⁹⁹ Principal organización estudiantil universitaria en aquella época y única autorizada en la actualidad.

y arquitectura (uno). El decano de la facultad de medicina también fue depuesto forzosamente por parte de un grupo de estudiantes comandado por un militar, antiguo estudiante de ciencias médicas y presidente de la Asociación de Estudiantes de Medicina. Al mismo tiempo, el espíritu depurador alcanzó al céntrico Hospital docente Calixto García, situado en las proximidades de la universidad, en el que sus 24 profesores fueron puestos frente a la encrucijada de decidir su postura política sobre amenaza de ser expulsados (BOHEMIA, 1959b).

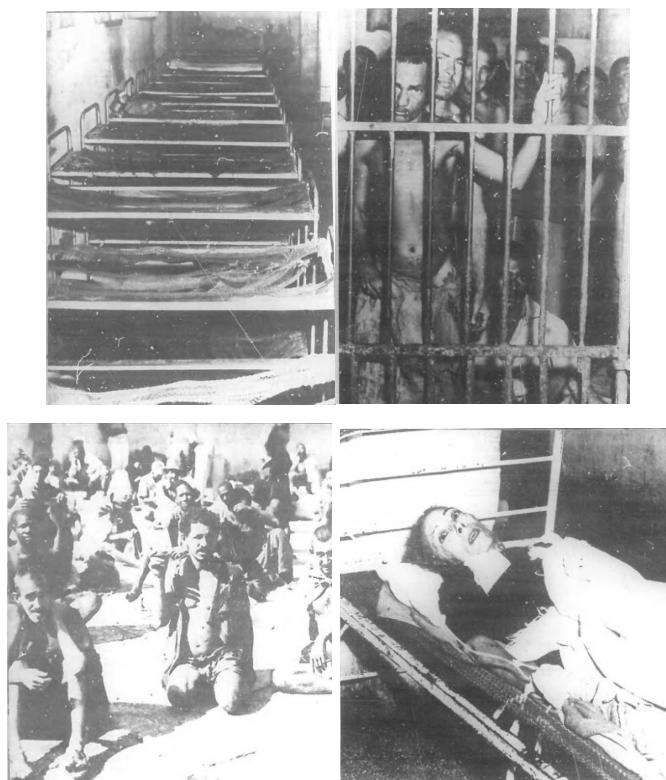
Según se relata en el reportaje de *Bohemia* (1959b), la consigna que comandaba las depuraciones en la facultad de medicina y en la universidad de forma general, era la de integrar un claustro de profesores revolucionarios con un alumnado revolucionario, lo que en la práctica se traducía como una política oficial de no tolerancia a posiciones política e ideológicas divergentes del nuevo gobierno. Unido a ello, la presencia de militares armados y funcionarios gubernamentales introdujo un elemento de presión en un proceso de reforma que solo competía a los estudiantes, otorgándole a los alumnos identificados con la política afín al nuevo gobierno mayores posibilidades para ejercer el poder.

La participación del gobierno y la presión política en las depuraciones dentro del ámbito de la educación superior cubana quedó también reflejada en otro artículo periodístico publicado en el diario *Revolución*, el 6 de febrero de 1959. Este periódico en particular fue el órgano de divulgación oficial del gobierno, así como del Movimiento 26 de julio, principal organización política y militar encargada de la democión del régimen anterior. En el artículo, titulado *Salvemos la universidad*, se reconoce y se demanda la “rápida depuración política” de los profesores disidentes por parte del gobierno (REVOLUCIÓN, 1959, p. 31). De tal manera, comenzaba un proceso de desmontaje de la autonomía universitaria en función de los intereses políticos del nuevo gobierno.

En el caso de la psiquiatría, las depuraciones tuvieron un componente ideológico más marcado. Esto ocurrió por varias razones. La primera es la mala reputación que tenía el Hospital de Dementes de La Habana ‘Mazorra’, el cual se encontraba en una situación lamentable, con poca disponibilidad de recursos, abandonado por el gobierno y funcionando como un depósito de locos. Convencer a la opinión pública de que Mazorra se convertiría en un lugar higiénico y una referencia del tratamiento humanitario de la revolución hacia los desvalidos, fue una de las

prioridades del gobierno en los primeros meses de 1959 en lo tocante a la salud (LAMBE, 2017a).

Figuras 24, 25, 26 y 27 – Imágenes del interior del Hospital de Dementes “Mazorra”



Fuente: Revista Bohemia / Foto: Miralles

El impacto negativo de este hospital era tan grande que en algunas ocasiones el líder Fidel Castro se refirió a él, denunciando su situación de abandono. En 1964, en un discurso en la Universidad de La Habana, Castro comparó a Mazorra con el “infierno” (CASTRO, 2013, p. 3160). No solo se responsabilizaba al gobierno anterior por la miseria de aquel lugar, sino también a la existencia de psiquiatras que practicaban la medicina privada fuera. En ese sentido, el recién nombrado ministro de

Salud Pública, José Ramón Machado Ventura¹⁰⁰, médico y combatiente del movimiento 26 de julio, que estaba presente junto a Fidel Castro en aquel acto, cuando fue provocado por su jefe para hablar de la situación de Mazorra afirmó:

Puede suceder, porque es un manicomio que está atendido todavía por médicos privados y no existen condiciones adecuadas. Nosotros sabemos que existen esos manicomios, y que no están teniendo unas condiciones adecuadas, y estamos estudiando cómo abordar para terminar con esa situación (APLAUSOS) (CASTRO, 2013, p. 3160).

La medicina privada ya era fuertemente atacada y la psiquiatría de consultorio privado responsabilizada por el abandono del hospital de dementes. Para los fines políticos y para la propaganda oficial, resultaba mucho más impactante la situación de los enfermos mentales que la de otros pacientes del aparato público de salud, que no sufrían tanto por el estado deplorable de Mazorra.

Si la medicina en Cuba desde la década de 1950 era una de las más renombradas en Latinoamérica, el Hospital de Dementes aparecía como un espacio anacrónico. La enfermedad mental, asociada a la cronicidad, al abandono de hábitos higiénicos y al desvalimiento podían ser usados como símbolo de la decadencia del capitalismo y de una psiquiatría mercantilista. Por tanto, transformar ese hospital en un símbolo del tratamiento humanizado respondía al paradigma de sociedad que se prometía construir, pudiendo, además, ser presentada al mundo como uno de los logros de la revolución.

La transformación del hospital psiquiátrico y el tránsito de la psiquiatría capitalista a la socialista debía comenzar por la depuración política de los médicos y el resto del personal asociado. Si tomamos un fragmento de una crónica publicada en una revista *Bohemia* de marzo de 1959, donde se trataban las reformas al hospital de dementes, se observa que al mismo tiempo de realizarse un balance económico del presupuesto para el mantenimiento de pacientes, de la disponibilidad de camas y recursos humanos y de la remodelación del aspecto físico de la institución, también se depuraba al personal: “En el capítulo de remedios del nuevo director, ‘Bernabelito’ Ordaz¹⁰¹, contemplaba elevar el per cápita a tres pesos diarios por enfermo; uniformar

¹⁰⁰ Hasta 2013 Machado Ventura ocupó uno de los más altos cargos dentro del gobierno cubano (Primer vicepresidente de los Consejos de Estado y de ministros) y hasta 2021 dentro del Partido Comunista de Cuba (segundo secretario). Se considera uno de los políticos más poderosos en la actualidad después de Raúl Castro.

¹⁰¹ Diminutivo utilizado para referirse a Eduardo Bernabé Ordaz, director designado de esa institución desde 1959 hasta 2006, año en que fallece.

a todos los asilados; depurar la Escuela de Enfermeras y arreglar las calles y los edificios” (BOHEMIA, 1959c, p. 80).

Figura 28 – A la derecha, de gorra y con barba, el médico militar Eduardo Bernabé Ordaz, nuevo director del Hospital de Dementes “Mazorra”



Fuente: Revista Bohemia / Foto: Miralles

De forma paralela a la depuración del Hospital de Dementes, la Cátedra Patología y Clínica de las Enfermedades Nerviosas y Mentales, institución encargada de la formación de los psiquiatras en la Universidad de La Habana, fue también tomada por ese proceso. Las primeras medidas fueron la destitución del doctor Rodolfo Guiral González, profesor titular de la cátedra, psiquiatra y psicoanalista; la destitución del doctor Luis Viamonte Cuervo, profesor auxiliar también de la cátedra y la destitución del doctor Esteban Valdés Castillo Moreira, profesor de psiquiatría forense. El profesor Rodolfo Guiral era además vicedecano de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Habana en el momento de su destitución (MARQUÉS DE ARMAS, 2014).

El principal motivo por el que estos psiquiatras fueron separados de sus cargos y suspendidos sus salarios fue el no concordar con el proceso de depuración política, ni con la imposición de nuevos titulares -más confiables ideológicamente-, para los cargos administrativos, tanto de la universidad como de la cátedra a la que

pertenecían (DELGADO-GARCÍA, 1998). La oposición a las reformas arbitrarias y a la lucha ideológica que crecía cada vez más en los diferentes sectores de la sociedad y en específico, en el ámbito de la educación superior, les valió a estos profesores el calificativo de ‘contrarrevolucionarios’ (DELGADO-GARCÍA, 1996). Despejado el camino, fue designado como titular de la cátedra el psiquiatra de orientación marxista José Galigarcía Hernández. Un año después, en 1960, Galigarcía fue nombrado presidente de la Sociedad Cubana de Neurología y Psiquiatría.

En la junta directiva de la mencionada sociedad, último sector a ser depurado dentro de este campo, fueron colocados junto a Galigarcía, otros psiquiatras que por su apoyo incondicional a la revolución eran los más confiables para el gobierno. Tal es el caso de José Argañ Ros, Leopoldo Araujo y Armando de Córdova. Ya para 1961, la Escuela de Psicología de la Universidad de La Habana comenzó a ser dirigida por un personaje que resultó clave en la implementación de la psiquiatría marxista-leninista en Cuba, el destacado psiquiatra reflexólogo Diego González Martín, quien además fue nombrado poco tiempo después Coordinador Nacional de Psiquiatría (MARQUÉS DE ARMAS, 2014).

El psiquiatra Rolando recuerda que, en la década de 1970, Armando de Córdova fue sustituido “por el psiquiatra joven, graduado con la revolución, el Dr. Guillermo Barrientos” (ROLANDO, información verbal, 2019). Barrientos, de quien volveremos a hablar más adelante, formaba parte de una generación de psiquiatras cubanos graduados después de 1959 y, por tanto, orientados por la nueva política psiquiátrica revolucionaria. Este grupo de graduados fue conocido como los “11 mesinos” porque se habían graduado de forma acelerada (en solo once meses) debido al éxodo masivo de médicos en los primeros años de la revolución (ROLANDO, información verbal, 2019)¹⁰². Rolando recuerda también que otro psiquiatra y profesor, el Dr. Rafael Larragoiti, tutor de su tesis de grado “fue excluido por mantener su consulta privada cuando se pidió que dejaran de hacerla ‘voluntariamente’ (entre comillas) y ubicado a trabajar en condiciones paupérrimas en la Clínica Canarias, hospital de crónicos no docente en ese entonces” (ROLANDO, información verbal, 2019).

Otra de las razones que demuestran el carácter político e ideológico de las depuraciones en la psiquiatría es la propia área de actuación de esta especialidad

¹⁰² “11 mesinos” es un juego de palabras que alude al nacimiento prematuro y que popularmente se conoce como “sietemesino”.

médica. Dentro de la medicina, la psiquiatría es la encargada del tratamiento de las enfermedades mentales y, por tanto, asociada comúnmente al control de manifestaciones de orden psicológico, pero también, en algunos contextos, a ciertas manifestaciones políticas e ideológicas. En ese sentido, se pueden citar numerosos casos, tanto en países socialistas como capitalistas, en los que la psiquiatría se ha visto envuelta en actividades de represión a grupos considerados de riesgo, bajo el pretexto de tratar una enfermedad mental.

Entre los casos más mediáticos está el de la psiquiatría soviética y su uso en la represión de opositores, pero también, quizás con menos difusión, las terapias de reversión de la homosexualidad en Estados Unidos, el uso de psicofármacos en mujeres que rompían con el modelo patriarcal y el diagnóstico de esquizofrenia en jóvenes negros norteamericanos que luchaban por sus derechos civiles (BOUKOVSKY, 1976; BAYER, 1987; METZL, 2003; 2009).

De manera más específica, conviene recordar que en la antigua Unión Soviética, la psiquiatría, la psicología y la sociología construyeron sus propios modelos teóricos sustentados en la filosofía marxista-leninista, que pretendieron responder a los fenómenos psicológicos, sociales y culturales del estado socialista en construcción. Las prácticas 'psi' soviéticas no solo se armaron desde el modelo marxista-leninista, sino que, desde ese lugar se estigmatizó, se excluyó y se sancionó a las otras prácticas que no compartían dicho modelo.

Al respecto, Calviño y De la Torre (1997) caracterizan el contexto particular donde se impuso la psicología marxista-leninista, tanto en la URSS como en Cuba. En relación con esta etapa denominada "periodo de instauración", afirman:

se da la espalda a lo que pasa con el resto del mundo, todo lo que se hace fuera del marxismo, o desde una lectura de Marx que no sea la soviética es malo por definición. (...) El paradigma político dominante estipula que no hay más ciencias sociales que el materialismo histórico, y no hay más filosofía que el materialismo dialéctico. (...) en realidad se sentaron las bases para la equiparación de conceptos marxistas y leninistas (sobre todo leninistas) con nociones psicológicas. (CALVIÑO y DE LA TORRE, 1997, p. 228).

De estos hechos, se deduce que uno de los fenómenos que más preocupaba a los políticos soviéticos era hacer corresponder el ideal de sociedad superior con el de ciudadano modelo. Y es ahí donde las prácticas psi, como la

psicología y la psiquiatría, pero también la sociología y la pedagogía, fueron convocadas para responder y actuar como instrumento político. En otras palabras, no solo debían explicar los fenómenos psicológicos y culturales y educar desde la matriz del marxismo-leninismo, sino también intervenir sobre las subjetividades para normalizarlas y transformar la sociedad.

4.3 PÁVLOV EN EL CARIBE O LA SOVIETIZACIÓN DE LA PSIQUIATRÍA CUBANA

Los primeros años de la década de 1960 fueron particularmente fértiles para la psiquiatría cubana, sobre todo en lo tocante al cambio de paradigma teórico. Si bien en el primer año de revolución la política de la psiquiatría cubana fue pensada para mejorar las condiciones físicas del hospital psiquiátrico y ampliar los espacios de atención a sus pacientes, las transformaciones abarcaron enseguida el campo político, pero también el teórico. Los psiquiatras de orientación marxista soviética, de mutuo acuerdo con el gobierno, no solo asumieron el control de la estrategia de salud mental en Cuba, sino también, al quedarse solos en ese campo -porque fueron silenciadas las demás posturas divergentes-, tuvieron todas las prerrogativas para diseñar la nueva política psiquiátrica.

En consonancia con lo que ocurría a nivel político, económico y el resto de las esferas de la sociedad, en la psiquiatría cubana se impuso el modelo soviético. Este modelo, orientado más hacia la investigación y la experimentación laboratorial, tuvo como fundamentos filosóficos el materialismo dialéctico, el marxismo-leninismo y la teoría de los reflejos condicionados. Según afirma Wortis (1950), el modelo psiquiátrico soviético lo sustentaban tres elementos fundamentales: 1) Una concepción socialista dentro de un amplio marco de servicios públicos de salud; 2) La sintonía con los principios básicos del Materialismo-dialéctico y; 3) Las teorías del neurofisiólogo ruso Iván P. Pávlov (1849-1936).

La concepción socialista de la atención médica se basa en la centralización y planificación detallada del sistema de salud, la prevención de las enfermedades y la creación de policlínicos de pequeños formatos como formas de garantizar el acceso total de la población a los cuidados médicos (ALDEREGUÍA, 1995). Esa concepción permite colocar en diferentes zonas una mayor cantidad de estructuras para la atención primaria de salud, las cuales resultarían menos costosas a largo plazo. Unido

a ello, se parte de una concepción prevencionista de la medicina, paradigma que se mantiene en Cuba actualmente.

En el caso de los principios del Materialismo dialéctico, este constituía la única orientación epistemológica permitida en la investigación científica soviética, por tanto, cualquier vestigio de idealismo, espiritualidad o interpretación subjetiva de fenómenos de interés científico eran rechazados y prohibidos. Unido a ello cualquier profesión debía desempeñarse dentro de los límites impuestos por el Marxismo-leninismo y las orientaciones del Partido comunista. El Materialismo dialéctico sostiene como una verdad irrefutable la existencia de un mundo material y “objetivo”, independiente de los procesos psicológicos. Así, la materia determina las leyes del comportamiento de los diferentes fenómenos naturales, sociales y psicológicos, siendo estos susceptibles de comprobación solamente por la experiencia.

Ese principio le serviría a la Psiquiatría soviética para justificar su fuerte inclinación hacia la neurofisiología experimental, que ya existía en Rusia antes del establecimiento del Socialismo (WORTIS, 1950). Por tanto, los comportamientos individuales y los trastornos mentales eran concebidos como reflejos puros de la materia biológica, es decir, de la actividad cerebral. Con esto la experimentación neurofisiológica de Pávlov le servían como un espacio cómodo a la psiquiatría soviética de corte biologicista.

La teoría de los reflejos condicionados de Pávlov es una “interpretación fisiológica” de la actividad cerebral. A Pávlov le interesaba diferenciar sus estudios experimentales sobre la actividad cerebral de los realizados por psicólogos conductistas norteamericanos, siendo los de él “puramente fisiológicos” (PÁVLOV, 1997, p. 7).

Para el fisiólogo ruso, los estímulos internos y externos provocan obligatoriamente un tipo de respuesta específica que se origina en el cerebro, siguiendo leyes definidas. Estas respuestas son los llamados reflejos y serían, por tanto, responsables de una adaptación o de un equilibrio constante entre el organismo y el mundo externo (PÁVLOV, 1997). Ahora bien, para Pávlov, habría dos tipos fundamentales de reflejos, los incondicionados o innatos y los condicionados. Los reflejos incondicionados o innatos “tienen lugar en el sistema nervioso y son la reacción inevitable por estímulos perfectamente definidos” (PÁVLOV, 1997, p. 9). En cambio, los reflejos condicionados serían respuestas aprendidas (condicionadas) y por tanto repetitivas ante determinados estímulos (PÁVLOV, 1997).

Esta teoría le permitió establecer analogías entre los comportamientos anormales de los animales y los trastornos psiquiátricos en los seres humanos, en función de la excitación o inhibición de ciertas zonas cerebrales. Según afirman Casa Rivas; Ruiz Ortiz; y Sánchez González (1997), la noción pavloviana de la psicopatología “se caracterizará por considerar fundamental la ruptura del equilibrio entre los procesos excitatorios e inhibitorios que tienen lugar en el sistema nervioso” (CASA RIVAS; RUIZ ORTIZ; SÁNCHEZ GONZÁLEZ, 1997, p.91). Las ideas de Pávlov abrieron así un nuevo campo de investigación en la Psiquiatría soviética, facilitando la creación de nuevas hipótesis diagnósticas y desarrollando formas terapéuticas inspiradas en el condicionamiento comportamental (WORTIS, 1950).

Para el historiador Yaroshevski (1983), aunque las ideas de los principales fisiólogos rusos se localizan antes de 1917, es solo después de la Revolución de Octubre que se fortalece la búsqueda de los orígenes biológicos del comportamiento humano, usando sobre todo explicaciones obtenidas en experimentos de laboratorio. Esto permite comprender el interés marcado de los psiquiatras soviéticos por la experimentación y los reflejos condicionados, que más allá de la tradición fisiológica rusa, dentro del sistema socialista funcionaba como el fundamento materialista-dialéctico de ciertos fenómenos psicológicos y sociales.

En ese sentido Roudinesco (1993), plantea que la idea de condicionar conductas encajaba perfectamente en el ideal de sociedad que preconizaba el Socialismo. Es importante recordar que el objetivo principal del antiguo Estado soviético era el establecimiento de un orden social diferente al Capitalismo, basado en las ideas marxistas-leninistas, por lo tanto, era fundamental la creación de un sujeto ideal que habitara ese tipo de sociedad, un modelo de ciudadano llamado Hombre Nuevo. Así, la Psiquiatría y la Psicología serían herramientas esenciales para modificar comportamientos con fines ideológicos y para construir el Socialismo.

A la par de ello, en el contexto internacional el conductismo ganaba mucho más espacio como paradigma de la psiquiatría occidental, sobre todo en los Estados Unidos e Inglaterra (STONE, 2008) y al mismo tiempo surgían importantes focos de resistencia y denuncias por maltratos a pacientes mentales en varios países, derivando en algunos casos en reformas psiquiátricas. En aquellas circunstancias, podría pensarse a la psiquiatría socialista soviética como colocada del lado de los pacientes oprimidos y como una alternativa al paradigma hegemónico conductista; sin

embargo, no es posible hablar de grandes diferencias entre los dos modelos. Esto tiene varias explicaciones.

En primer lugar, como ya fue mencionado, existía una marcada tradición neurofisiológica en Rusia antes de la Revolución de octubre que la creación de un Estado socialista no eliminó, por el contrario, sus fundamentos quedaron intactos y fueron usados tanto con fines terapéuticos como políticos e ideológicos. Esa tradición biologicista, sirvió además de base para el Behaviorismo, por lo que la conexión directa con el Pavlovismo resulta evidente. En segundo lugar, los dos modelos conciben el origen de los trastornos mentales en el cerebro y, por tanto, la terapéutica se ha dirigido sobre todo a aspectos biológicos, usando recursos como la medicación, la insulino terapia, el tratamiento con Litio o la Terapia Electroconvulsiva con Anestesia (TECA), algunos de ellos todavía empleados en la actualidad en la psiquiatría. Por último, los dos enfoques se plantearon como objetivos la modificación de la conducta para adaptar a los sujetos a la sociedad, tanto en el capitalismo como en el socialismo, aunque en el campo político esos dos sistemas sean antagónicos.

Desde el punto de vista político, el enfoque soviético tuvo su principal sostén en el partido comunista de la antigua URSS, que a través de la centralización de las investigaciones conseguía controlar la producción del conocimiento en los distintos países que conformaban el bloque comunista¹⁰³.

Según García (2015), a pesar de que la ideología comunista ha estado presente en los diferentes países de América Latina, existen pocas investigaciones sobre la introducción del paradigma soviético en la psiquiatría latinoamericana. No obstante, indagaciones desarrolladas por Marqués de Armas (2014), Lambe (2017), Marzal y Caponi (2019) dan cuenta de la recepción y el impacto de la psiquiatría soviética en Cuba, así como García (2015) en el caso de Argentina.

En el contexto cubano, la implementación del modelo de la psiquiatría soviética ocurrió a partir de los siguientes factores:

- 1) La colocación en puestos estratégicos de dirección a psiquiatras defensores del Pavlovismo y la Reflexología, así como a militantes comunistas de probada fidelidad a la Revolución, los que desplazarían inmediatamente a sus colegas de otras orientaciones, 2) El intercambio con especialistas soviéticos para la adquisición de experiencias en la atención psiquiátrica socialista, así como para su formación política, 3) La publicación

¹⁰³ República Democrática Alemana (Alemania Oriental), Polonia, Hungría, Bulgaria, Checoslovaquia, Rumania, Albania y Yugoslavia.

en Cuba de diversos materiales científicos sobre Marxismo-leninismo, Pavlovismo y Reflexología, para contrarrestar otras teorías y formar a los especialistas cubanos y 4) El establecimiento de relaciones estrechas entre instituciones policiales y jurídicas para modificar conductas consideradas de riesgo para la Revolución. (MARZAL; CAPONI, 2019a, p. 14).

Siguiendo esa política, los psiquiatras cubanos comenzaron a recibir una formación continuada por parte de sus mentores soviéticos. Así, en 1961, el nuevo director del Hospital Psiquiátrico de La Habana, Eduardo Bernabé Ordaz, encabezó una delegación de psiquiatras cubanos con destino a la Unión Soviética, que según él mismo explicó, tenía como objetivo “mejorar el nivel científico” de los cubanos, amenazado por las “distintas escuelas idealistas” (ORDAZ, 1964). La delegación estuvo compuesta por un selecto grupo de psiquiatras de probada fe revolucionaria: Leopoldo Araujo, que ocupaba el cargo de director de Asistencia Social y Judicial de menores de edad; Armando de Córdova; José Abdo Canasí; y José A. Bustamante, todos profesores de la Cátedra Patología y Clínica de las Enfermedades Nerviosas y Mentales (MARQUÉS DE ARMAS, 2014).

La supuesta necesidad de perfeccionar el nivel científico de estos psiquiatras constituye una crítica sin fundamentos a su formación anterior, a partir de un criterio erróneo que sostenía que la ciencia ‘materialista-dialéctica’ era la única verdadera. Desde esa perspectiva, las escuelas psicoanalíticas, gestáltica y humanista, fueron consideradas pseudociencias y convertidas en amenazas para los pavlovianos, lo que trajo como consecuencia su desaparición casi total del ámbito profesional. Muchos psiquiatras tuvieron que adaptar su práctica en función del modelo soviético para poder ejerciendo en el país.

También los mentores soviéticos viajaron a Cuba, estableciéndose así una relación estrecha y constante entre las dos naciones, que más que de intercambio fue de instrucción política y tecnológica de parte de los soviéticos hacia los cubanos. Uno de los viajes más notables ocurrió en 1963, cuando los psiquiatras Victorov, profesor de Perfeccionamiento Psiquiátrico del Instituto de Medicina de Leningrado e Isaiev, profesor de Psiquiatría Infantil del Instituto de Pediatría de Leningrado, invitados oficialmente por el Ministerio de Salud Pública de Cuba, dictaron una serie de conferencias sobre las bases teóricas de la psiquiatría marxista-leninista en el Hospital Psiquiátrico de La Habana y en las universidades de La Habana, y Oriente,

en Santiago de Cuba. Estas conferencias fueron publicadas posteriormente como volúmenes de la *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*¹⁰⁴.

En una de las conferencias titulada *Fundamentos teóricos de la psiquiatría soviética*, Victorov (1965), afirma:

la teoría de la Reflexión del materialismo dialéctico y la teoría de los Reflejos Condicionados de I. P. Pávlov, son las bases sobre las cuales se puede construir la teoría de la psiquiatría. La necesidad de esta teoría está dictada no solamente por exigencias teóricas, sino que esta teoría materialista dialéctica cierta de la psiquiatría es necesaria también para una organización correcta de la asistencia psiquiátrica, para el tratamiento racional y la profilaxis efectiva de las enfermedades psíquicas (VICTOROV, 1965, p. 66).

Para el psiquiatra soviético, basado en la Teoría de la Reflexión o de los Reflejos condicionados, los fenómenos psíquicos serían dependientes no solamente del cerebro sino también del entorno circundante, que tendría, desde esa lógica, una existencia primaria respecto de la psiquis. Así, desde esta teoría cualquier manifestación subjetiva debía ser entendida como reflejo de ese mundo exterior objetivo y con una base puramente fisiológica. Eran esos principios los que Victorov transmitía a sus alumnos cubanos.

De esa forma, si el materialismo dialéctico y la teoría de los reflejos condicionados eran considerados el *summum* en el abordaje de las enfermedades mentales para los soviéticos, las otras teorías y prácticas se consideraron obsoletas, inferiores y eran objeto de represión. En ese sentido, la práctica psicoterapéutica que más sufrió los ataques de la nueva política psiquiátrica fue el psicoanálisis.

Según relata Lambe (2017b), en una reunión celebrada en el hospital psiquiátrico de Mazorra en 1966 el psiquiatra cubano Edmundo Gutiérrez Agramonte hizo un llamado directo a sus colegas para abandonar las “ficciones psicoanalíticas” y acabar por adoptar el modelo pavloviano (LAMBE, 2017b, p. 63, traducción personal). Afirma la autora que, durante toda la década de 1960 los debates sobre Freud y el psicoanálisis eran motivo de frecuentes discusiones entre los psiquiatras de Mazorra, hasta que finalmente, en la década de 1970 se estableció, de manera absoluta, la ‘sovietización’ de la psiquiatría cubana. Los espacios para los practicantes del psicoanálisis, tanto dentro del hospital como fuera de él fueron haciéndose cada vez más estrechos, hasta que la emigración se transformó en la única solución viable (LAMBE, 2017b).

104 Bases teóricas de los problemas centrales de la psiquiatría, de I. T. Victorov (1965) y Bases teóricas de los problemas centrales de la psiquiatría infantil, de D. W. Isaiev (1966).

Pero las tensiones y las críticas al psicoanálisis no eran exclusivas del ámbito cubano, sino que llegaban dentro del 'bloque' de la teoría psiquiátrica importada de la Unión Soviética. Afirman Balbuena Rivera y Sánchez-Barranco Ruiz (2004), que, algunos años antes de la llamada Revolución de Octubre varios médicos rusos habían viajado hasta Austria, Suiza y Alemania para conocer al propio Freud, pero también a Carl Jung y a Alfred Adler, lo que demuestra que el psicoanálisis también ganaba popularidad en Rusia. No obstante, también despertaba resistencias entre los defensores de la teoría pavloviana, que no confiaban en la posición del padre del psicoanálisis respecto de la sexualidad infantil. A pesar de ello, psicoanalistas rusos y reflexólogos conseguían convivir y compartir espacios de debates. Al menos por algún tiempo.

Estos autores colocan algunos puntos para comprender por qué el psicoanálisis acabó perdiendo popularidad en la Rusia pre-soviética y cómo, con la implementación del socialismo en aquel país, esa teoría acabó siendo estigmatizada y desterrada. En aquella época, en Rusia, persistía lo que estos autores llaman un "clima anti germano", porque en el régimen zarista convivían varios alemanes, los cuales eran percibidos como arrogantes frente al pueblo eslavo. Pero también, había un clima "antisemita" entre los rusos, por lo que Freud y otros psicoanalistas también judíos, no tenían mucha aceptación. Estos dos elementos fueron decisivos para limitar la existencia del psicoanálisis en la Rusia pre-soviética (BALBUENA RIVERA; SANCHEZ-BARRANCO RUIZ, 2004, p. 156).

Luego, con la *estalinización* de la sociedad rusa fue eliminada totalmente la libertad de asociación y el psicoanálisis fue por fin sentenciado a muerte, sin poder resistir por mucho tiempo más a las constantes críticas y los ataques promovidos desde el sector pavloviano radical. Esto provocó que finalmente la Asociación Psicoanalítica rusa fuese cerrada en 1937 y los pocos escritos sobre psicoanálisis que sobrevivieron fueran relegados a materiales de consulta en algunas bibliotecas. Cualquier manifestación de ciencia "burguesa" e "idealista" quedó terminantemente prohibida en la sociedad soviética (BALBUENA RIVERA; SANCHEZ-BARRANCO RUIZ, 2004).

Ahora bien, los psiquiatras, pero también los psicólogos cubanos no tenían absolutamente ninguna relación con Pávlov, tampoco con los alemanes de la época zarista, ni mucho menos algún conflicto o prejuicio contra los judíos. Sin embargo, las críticas, los ataques y finalmente la prohibición de las ciencias

'burguesas' e 'idealistas' se llevaron a cabo al mismo estilo de la Rusia estalinista. En ese sentido, el psiquiatra cubano Rolando recuerda que, en la década de 1970, cuando él era aún estudiante de medicina en La Habana y realizaba una "rotación"¹⁰⁵ por la especialidad de psiquiatría tuvo un encuentro curioso con el reconocido profesor Armando de Córdova:

Resulta que apareció en el lobby del 6to piso del Hospital Fajardo en traje carmelita, zapatos carmelitas, y portafolio carmelita y le pregunto a mi amigo (...) ¿Y quién es ese viejo tan lindo y bien vestido? Quien nos va a dar clases ahora, me contesta mi amigo. En la clase le hago una intervención sobre el paciente que discutió y literalmente me revienta. Herido en mi amor propio invito a mis amigos (...), ya mencionado y a (...) a 'hacerle la vida imposible a ese viejito' en el círculo de interés de Psiquiatría. Cuando llegué me dijo que mi intervención había sido muy buena, pero era una interpretación psicoanalítica y el psicoanálisis estaba prohibido y que yo iba a ser el jefe del Círculo de interés (ROLANDO, información verbal, 2019).

Es importante recordar que, como vimos en el epígrafe anterior, Armando de Córdova había sido uno de los psiquiatras colocados en la década de 1960 en la recién 'depurada' Sociedad Cubana de Neurología y Psiquiatría por su posición política incondicional al nuevo gobierno. Además, de Córdova fue integrante de la primera delegación cubana que viajó a la antigua URSS para recibir formación por parte de sus colegas soviéticos. Armando de Córdova fue así uno de los responsables principales no solo de la soviétización de la psiquiatría cubana, sino también por la política de censura hacia el psicoanálisis y otras prácticas consideradas pseudocientíficas. En este punto conviene resaltar que esa política de censura no fue un fenómeno espontáneo, sino una estrategia diseñada e importada desde la Unión Soviética para los diferentes países del campo socialista. Además, esa censura no ocurría de forma paralela a la soviétización de la psiquiatría, sino que formaba parte de ella.

Otro punto relevante por destacar y que forma parte de la estrategia de soviétización de la psiquiatría cubana fue la introducción de literatura especializada de origen soviético. A partir del año 1961, se percibe un aumento considerable del volumen de publicaciones de libros sobre Psicología y Psiquiatría de corte marxista-leninista. Esa literatura influyó considerablemente en la 'reforma' de la psiquiatría cubana. Los textos, traducidos del ruso al español, eran distribuidos a precios muy

¹⁰⁵ En Cuba se le llama "rotación" a la cursada que realizan los estudiantes de medicina por las diferentes especialidades.

bajos en las diferentes librerías del país y usados como material fundamental en la formación de especialistas.

Entre ellos, los más conocidos estaban *Psicología*, de A.A. Smirnov, S. L. Rubinstein, A. N. Leontiev y B.M. Tieplov; *El Desarrollo de la Psicología. Principios y Métodos, El ser y la conciencia y Principios de Psicología General*, de Rubinstein; *Los reflejos del cerebro*, de Séchenov; *Pensamiento y lenguaje*, de Lev S. Vigotsky; *Problemas del desarrollo del psiquismo*, de Leontiev; *Introducción a la Patopsicología*, de Zeigarnik; *La personalidad y su formación en la edad infantil*, de Bozhovich; y *La Psicología Evolutiva y Pedagógica en la URSS*, de Galperín.

Esos primeros textos trataban sobre temas introductorios a la psicología y a la pedagogía soviéticas, pero ya en la década de los 70, donde queda afianzado el modelo soviético en la psiquiatría cubana, comienza a aparecer una bibliografía más especializada sobre todo en reflexología. Tal es el caso de *Características del aparato aferente del reflejo condicionado y su importancia para la Psicología*, de Anojin (1976); *El cerebro en acción* (1974) y *Las funciones corticales superiores del hombre* (1977) de Luria, entre otros.

Aunque los autores principales eran de países de Europa del Este también se publicaron textos de psiquiatras marxistas residentes en Cuba, como *Experimentos e Ideología. Bases de una Teoría Psicológica* (1960), *Reflejos Condicionados y Actividad Eléctrica Cerebral* (1963), de González Martín y *Psicopatología clínica*, de Florencio Villa Landa (1968), ambos psiquiatras pavlovianos. También la *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, fundada en 1959 por el propio director de la institución y con una tendencia editorial abiertamente dirigida hacia la psiquiatría soviética.

El libro *Experimentos e ideología*, por ejemplo, aunque fue publicado en Venezuela se convirtió rápidamente en una especie de manual teórico- político para los psiquiatras y psicólogos cubanos inspirados por la tendencia marxista-leninista (NOA, 1992). Una buena parte del libro está dedicada a realizar críticas radicales a teorías como el psicoanálisis, calificadas de “idealistas”, intuitivas, especulativas y contrarias a la ciencia (MARTÍN, 1960).

González Martín (1960) en este libro, presenta a la reflexología pavloviana como una fuerte contrapartida al “idealismo” y como único paradigma verdaderamente científico de la psicología y la psiquiatría: “Frente a todas esas corrientes psicológicas la experimentación pavloviana ha venido a resumirse en una posición que podría ser

calificada como la superación crítica de todo el trabajo experimental en Psicología” (MARTÍN, 1960, p. 106). De esa manera, dentro del campo de la psicología y la psiquiatría cubanas no solo quedaban condenadas las demás teorías psicológicas, sino que se establecía a la reflexología como el modelo exclusivo de diagnóstico e intervención en esa área. El también Coordinador Nacional de la psiquiatría cubana, en una postura radicalmente pavloviana defendía la experimentación fisiológica como la forma más efectiva para explicar los fenómenos psicológicos:

El método experimental de los reflejos condicionados se ajusta exactamente a las condiciones naturales de vida de todos los seres dotados de corteza cerebral y de ahí su explicación casi universal en Biología. Dentro de él puede y debe precisarse la esencia sociofisiológica del psiquismo, porque da cuenta de la intersección entre los mundos social y fisiológico (...). Por eso es el procedimiento idóneo para el examen del nivel psíquico de la materia. (MARTÍN, 1960, p. 203).

En su otro libro, *Reflejos Condicionados y Actividad Eléctrica Cerebral* (1963), estaba dirigido a un público más especializado en esos temas: los estudiantes del curso de Fisiología de la Actividad Nerviosa Superior en la Universidad de La Habana. González Martín declaraba que su objetivo con este otro texto era “introducir” a sus lectores, estudiantes y profesionales de la psicología y la psiquiatría, “en el conocimiento de los aspectos más generales de la anatomía, fisiología y electrofisiología, que le permita acercarse al vasto campo de la actividad eléctrica cerebral reflejo-condicionada y sus enormes repercusiones en el terreno de la Psicología” (MARTÍN, 1963).

González Martín tuvo una extensa labor docente y práctica durante las décadas de 1960 y 1970, publicando diversos materiales sobre la reflexología, convirtiéndolo en el principal representante de esa teoría en el campo de la psiquiatría cubana. En ese sentido, su hijo, el profesor de psicología de la Universidad de La Habana, Diego González Serra afirma:

González Martín fue el más notable divulgador en nuestro país de las teorías de I.P. Pavlov y P.K. Anojin y el iniciador de la investigación neurofisiológica con un espíritu creador bajo estas concepciones. Por ello estimo que también fue el iniciador en nuestro país de una concepción marxista en neurofisiología (SERRA, 1998, p. 79).

A la par de los libros de González Martín, circulaba *Psicopatología clínica*, del psiquiatra español residente en Cuba, Florencio Villa Landa. Este médico no sólo había vivido algunos años en la Unión Soviética, sino que se había filiado al Partido Comunista español. En la URSS llegó a ser jefe de la Sección de pacientes con

trastornos orgánicos del Hospital Psiquiátrico de Riazán, en Rusia. En Cuba, desde su puesto de psiquiatra en el Hospital de Mazorra, Villa Landa tradujo del ruso el libro *Psicología*, de A.A. Smirnov, un importante manual de la psicología y psiquiatría soviéticas, pero su aporte bibliográfico más importante fue su propio libro de psicopatología.

El libro está dividido en tres partes. La primera, es una especie de introducción a la teoría pavloviana de los trastornos mentales. Así, por ejemplo, el autor dedica un capítulo a explicar conceptos fundamentales de esa teoría, como el carácter reflejo del psiquismo, el reflejo psíquico de origen psíquico, el reflejo psíquico de origen social, la fisiología cerebral, la actividad motora y secretora, etc. Otro capítulo está dedicado a la teoría de la Personalidad desde la psicología soviética, la hipótesis sobre su origen genético, la teoría de los temperamentos (sanguíneo, flemático, colérico y melancólico) como cualidades funcionales del sistema nervioso y la cuestión del medio ambiente como factor influyente en el desarrollo personalógico. También en esta primera parte, Villa Landa presenta la concepción pavloviana de la enfermedad mental, así como los procedimientos modelos para realizar diagnósticos (entrevista, pruebas psicológicas, observación y exploración somático-vegetativa).

La segunda parte del libro está dedicada a la sintomatología. La definición de síntoma que coloca Villa Landa se basaba únicamente en la reflexología. Así, para él

el síntoma psíquico es la alteración cuantitativa o cualitativa de un eslabón o faceta del fenómeno psíquico o de un reflejo psíquico simple, a consecuencia del trastorno que ha producido el agente morboso en el mecanismo cerebral; también es expresión de los mecanismos compensatorios que se ha desarrollado en el curso de la enfermedad como reacción del cerebro a la situación creada por la acción del agente patógeno determinante (VILLA LANDA, 1968, pp. 71-72).

De esa manera, conceptos fundamentales de la reflexología y adaptados a la psiquiatría soviética como “fenómeno psíquico”, “reflejo”, “mecanismo cerebral”, “reacción”, entre otros, eran utilizados para explicar los trastornos mentales. Esta concepción mecanicista del sufrimiento psíquico fue sustituyendo de forma rápida y sin que pudiese mediar cualquier resistencia, a las diversas concepciones que existían en el campo de la psiquiatría cubana, sobre todo las de corte psicodinámico, como ya fue mencionado.

Dentro de la sintomatología, Villa Landa (1968) situaba diferentes tipos de afecciones psíquicas:

1. *Trastornos de la sensibilidad* (Hipostesias y anestesias; Hiperestesias; Parestesias; y Cenestesias).

2. *Trastornos de la percepción* (Ilusiones; Metamorfosis; Alteración del esquema del cuerpo; Ilusoria apreciación del tiempo; Alucinaciones; Pseudoalucinaciones; Afasia sensorial; Desrealización; Despersonalización; Desorientación perceptiva; y Falsa orientación).

3. *Trastornos del pensamiento* (Idea sobrevalorada; Idea fija; Idea delirante; Pensamiento autista; Lentificación del pensamiento; Aceleración del pensamiento; Prolijidad; Perseveración; Interrupción del pensamiento; Disgregación; e Incoherencia).

4. *Trastornos de la atención* (Hipervigilancia; Distraibilidad; Hiperconcentración).

5. *Trastornos de la memoria* (Hiperamnesia; Disamnesia; Amnesias; y Paramnesias).

6. *Trastornos de las necesidades* (Anorexia; Bulimia; Coprofagia; Algofilia; Pusilanimidad; Automutilación; Frigidez; Hipererotismo; Homosexualidad; y Retraimiento).

7. *Trastornos de la afectividad* (Hipertimia; Distimia; Euforia; Disforia; Placidez; Apatía; Irritabilidad; Ambivalencia afectiva; Afecto discordante; y Angustia).

8. *Trastornos de la actividad motora* (Hipokinesia; Catalepsia; Negativismo; Hiperactividad; Agitación psicomotora; Exopraxia; Actos impulsivos; Manerismos; Ambivalencia motora; y Abulia).

9. *Trastornos de la actividad verbal* (Mutismo; Verbigeración; Ecolalia; y Afasia motora).

Por último, la tercera parte del libro es una sistematización de los diferentes síndromes que agrupan a los síntomas anteriores. Villa Landa coloca allí los grupos de *Síndromes neuróticos*, los grupos de *Síndromes psicóticos* y los grupos de *Síndromes deficitarios*. Dentro del primer grupo, o sea, el de los *Síndromes neuróticos* estarían el Síndrome asténico, el Síndrome depresivo-ansioso y el Síndrome Obsesivo.

En el segundo grupo, de los *Síndromes psicóticos*, el autor sitúa a los síndromes delirantes (síndrome paranoide agudo, delirio residual, alucinosis, síndrome alucinatorio-paranoide, síndrome paranoide, síndrome paranoico y síndrome parafrénico), a los síndromes afectivos (síndrome maniaco y síndrome

melancólico), a los síndromes esquizofrénicos (automatismo psíquico, estupor catatónico, agitación catatónica y síndrome hebefrénico), a los síndromes con estrechamiento de conciencia (estupor situacional, crisis de excitación psicomotora, crisis crepuscular situacional y pseudodemencia), a los síndromes con turbación de la consciencia (obnubilación, delirio agudo, confusión mental y al síndrome oneroide, estado crepuscular, ataque convulsivo y crisis de pequeño mal.

En el tercer grupo, de los *Síndromes deficitarios*, síndromes con alteración del carácter (síndrome apatoabúlico, explosividad afectiva, degradación de la personalidad) y síndromes con alteración de la inteligencia (síndrome amnésico, síndrome demencial, síndrome oligofrénico).

La clasificación de las enfermedades mentales propuesta por Villa Landa no difería mucho de la propuesta por los psiquiatras soviéticos (SNEZHNEVSKI, 1987), pero tampoco del manual diagnóstico propuesto por la APA en aquella época, el DSM I (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1952). Según apuntan Martinhago y Caponi (2019), la estrategia diagnóstica de la primera versión del DSM estaba muy influenciada por la corriente psicodinámica, habiendo una oposición claramente definida entre las psicosis y las neurosis. Así, en ese manual la historia de vida de los pacientes se consideraba un factor fundamental, pero también las modificaciones en el curso de los síntomas.

En el DSM I, de forma general, se propuso una clasificación en dos grandes grupos para los “desórdenes mentales”. En el primer grupo estarían “aquellos en los que existe un trastorno de la función mental como resultado de, o precipitado por, un deterioro primario de la función del cerebro, generalmente debido a un deterioro difuso del tejido cerebral”. En el segundo grupo, “aquellos que son el resultado de una dificultad más general en la adaptación del individuo, y en los que cualquier alteración de la función cerebral asociada es secundaria al trastorno psiquiátrico” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1952, p. 9, traducción personal).

Ahora, para los psiquiatras soviéticos, lo que diferenciaba su estrategia diagnóstica no eran tanto los tipos clínicos en los que se agrupaban los diagnósticos, sino la etiología que consideraban los manuales occidentales (el DSM y la CIE). El psiquiatra soviético D. N. Isaiev, quien, como ya fue mencionado, se encontraba en Cuba en 1963 instruyendo a sus colegas cubanos, en una conferencia titulada *Nosología y Clasificación de las Enfermedades Psíquicas en los adultos y en los niños* afirma:

Las clasificaciones usadas en nuestro país [URSS] se diferencian radicalmente de las citadas anteriormente por el principio de su estructura y sus bases teóricas. Están basadas sobre el principio nosológico de agrupación de los trastornos psíquicos. La sistematización de estos grupos está basada sobre los factores etiológicos particularidades clínicas (cuadro clínico, curso y término de la enfermedad), particularidades patofisiológicas y morfológicas (VICTOROV, 1965, p. 329).

Es decir, el hecho de que en el DSM-I se considerase como secundaria alguna lesión o alteración orgánica, el que no se tomase como etiología de la enfermedad mental la función cerebral y a los síntomas como reacciones al medio social en algunos casos y no como un reflejo psíquico transformaba a esos manuales en objeto de crítica de los soviéticos. En ese mismo año 1963, los psiquiatras soviéticos habían presentado un *Proyecto de Clasificación de las Enfermedades Psíquicas* en el IV Congreso Nacional de Neuropatólogos y Psiquiatras, celebrado en Moscú. Según Isaiev, el objetivo de tal propuesta sería ampliar considerablemente la clasificación de las neurosis, las psicopatías y las oligofrenias, así como reexaminar el concepto de esquizofrenia (VICTOROV, 1965).

Por último, los soviéticos consideraban que los estudios sobre trastornos mentales en la infancia se veían muy poco reflejados en los manuales de clasificación estándares. Isaiev apunta que, a pesar de que, a partir de 1952 aparece un poco más la cuestión de los trastornos psíquicos en los niños en las clasificaciones y que “se dedica mucho lugar al apartado que trata de los trastornos de la conducta en los niños”, existiría un exceso de visión psicodinámica a la hora de explicar las causas de las patologías mentales infantiles (VICTOROV, 1965, p. 328).

Al igual que sucedió en la antigua Unión Soviética, los psiquiatras cubanos también crearon su propia versión de los manuales diagnósticos de enfermedades mentales. Así, en 1969, por indicación del director del Hospital Psiquiátrico de La Habana, Eduardo Bernabé Ordaz, el psiquiatra Carlos Acosta Nodal, quien se estrenaba como profesor y médico de ese hospital encabezó una comisión de expertos a fin de crear un primer Glosario Cubano de Psiquiatría, una adaptación “a la realidad nacional” de los manuales internacionales (OTERO et al, 2001, p. 1).

El Glosario cubano es una derivación de la 8va versión de la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades), de la 2da versión del DSM, de la clasificación Francesa de Enfermedades Mentales y del Glosario Británico de Psiquiatría, traducidos al español y distribuidos entre los que irían a redactar la versión cubana.

La primera edición del glosario cubano fue publicada finalmente en 1971. En la actualidad, el GC, como se conoce en el gremio de los psiquiatras cubanos, cuenta con una tercera versión, correspondiente a la CIE-10 (OTERO, 1995; OTERO et al, 2001, p. 1).

5 EL HOMBRE NUEVO Y LA HIGIENE MENTAL REVOLUCIONARIA¹⁰⁶

Una de las primeras medidas de la reformada psiquiatría cubana fue la elaboración de un Plan de Asistencia Psiquiátrica Nacional en 1959. El Plan solicitaba al gobierno la creación de dos hospitales psiquiátricos más en el país. Hay que recordar que en aquella época existía solamente el hospital de Mazorra, en la capital cubana. Además de los hospitales psiquiátricos, se pensó en la creación de una red de dispensarios, un centro para la atención de niños psicóticos y otro para investigaciones sobre el cerebro. Del mismo modo, se planteaba como estrategia intervenir sobre temas considerados prioridad para la salud mental, entre ellos el consumo de alcohol, la prostitución, los menores delincuentes, los conflictos matrimoniales y la homosexualidad, pero a partir de ese momento desde la nueva óptica revolucionaria y de la higiene mental socialista (MARQUÉS DE ARMAS, 2014).

Para el psiquiatra José Argañ Ros, presidente de la Liga cubana de Higiene Mental en aquel momento, la psiquiatría cubana debía colocarse en función de los intereses políticos, la lucha de clases y el combate a las desviaciones morales. Para este psiquiatra, la enfermedad mental podía llegar a convertirse en un “enemigo de clase” (MARQUÉS DE ARMAS, 2014). Tal concepción no solo proporcionaba una visión distorsionada del sufrimiento mental, sino que contribuyó a identificar a la oposición política como portadora de conductas contrarias a la denominada moral socialista.

Un material bibliográfico fundamental para los psiquiatras cubanos de orientación pavloviana y que se difundió ampliamente fue el libro *Psiquiatría* (1960) de I. F. Sluchevski, traducido por el psiquiatra español Florencio Villa Landa. El contenido de este libro resultó de gran importancia, sobre todo por la influencia evidente que tuvo su autor en la elaboración de la política de higiene mental en los primeros años de la revolución cubana. Este libro se convirtió rápidamente en un manual clásico de la psiquiatría marxista-leninista, pues además de historiar “toda la tradición psiquiátrica rusa hasta 1950” (SALVATIERRA, 2003, p. 148), consiguió sintetizar los

¹⁰⁶ En este capítulo fueron analizados, además de materiales documentales, los resultados de entrevistas realizadas a un informante privilegiado, vinculado directamente a los servicios de salud mental del país. Las entrevistas fueron, además, abiertas y sin límites de tiempo prefijado, ocurriendo de forma remota, a través de videollamadas y grabadas, previo consentimiento de los entrevistados.

diferentes aspectos teóricos y prácticos de la política de salud mental de la Unión Soviética.

Sluchevski ya era un psiquiatra reconocido en su país por haber realizado importantes aportes a la interpretación pavloviana de la esquizofrenia, pero también por haber sido director de la Escuela de Psiquiatría de Leningrado¹⁰⁷. En la primera parte del libro, el autor realiza una explicación exhaustiva sobre la visión pavloviana de la psiquiatría, su objeto de estudio, las posibles causas de las enfermedades mentales, los métodos diagnósticos, las estrategias de intervención terapéuticas usadas comúnmente y la política de higiene mental desde el paradigma soviético. Ya en la segunda parte, propone una clasificación de las enfermedades mentales propia de la psiquiatría soviética, autorizada por el Ministerio de Sanidad de la URSS (SLUCHEVSKI, 1960).

Sluchevski consideraba que muchas de las causas de las enfermedades mentales en los países que integraron la URSS, desaparecieron con la Revolución de octubre, pues estaban directamente relacionadas con el sistema político capitalista y sus condiciones de vida. De esa forma, el psiquiatra aseguraba que en el “país soviético”, las enfermedades mentales habían disminuido considerablemente por la estructura de prevención de su sistema de salud y de la psiquiatría en particular (SLUCHEVSKI, 1960, p. 123).

La psiquiatría soviética no abandonaba los principios del higienismo mental occidental, sino que, por el contrario, los asumía adaptándolos a la realidad socialista. En ese sentido Sluchevski afirmaba que “La profilaxis de las enfermedades psíquicas va estrechamente ligada a la higiene mental, o sea, a las medidas que garantizan las mejores condiciones para la actividad psíquica del hombre y el desarrollo de esta”. Así, hablaba de una “higiene mental soviética”, la cual, a diferencia de la “burguesa” de los países capitalistas, negaba la eugenesia como medio de mejorar la especie humana (SLUCHEVSKI, 1960, p. 123).

¹⁰⁷ Muchos años después, en 1987, en el contexto de la *Glasnot*, el importante diario ruso *Komsomolskaia Pravda* publicó un artículo de los psiquiatras soviéticos Marat Vartanyan y Andrei Mukhin, donde se denunciaba el uso político de las categorías psicopatológicas, en específico la esquizofrenia. Durante la época soviética existían dos corrientes teóricas dentro de la propia psiquiatría pavloviana: la escuela de Moscú, dirigida por A. V. Snezhnevski, célebre por haber introducido el polémico concepto de ‘esquizofrenia lenta’ (SNEZHNEVSKI, 1987), usada frecuentemente para la clasificación psiquiátrica de la disidencia y, por otro lado, la escuela de Leningrado, dirigida por I. F. Sluchevski (BOUKOVSKY, 1977).

No obstante, la higiene mental debía intervenir, como parte de la política de Estado, sobre los más diversos aspectos de la sociedad, buscando “el mejor desarrollo físico y psíquico del hombre. La higiene mental del régimen soviético es inherente al propio sistema socialista” (SLUCHEVSKI, 1960, p. 124). De manera específica, los principios de la higiene mental soviética serían los siguientes:

1. Comienzo temprano, es decir, desde la primera infancia tenían que seguirse ciertas normas para el control estricto del desarrollo de los niños. Así, debía establecerse “un buen régimen de sueño y de alimentación”. Al mismo tiempo, había que “regular la vida de los sentidos del niño”, evitando los ruidos y actividades excitantes antes de dormir, así como cualquier factor que le provocase miedo.

2. Regulación de los hábitos alimentarios. Los niños no debían ser sobrealimentados pues esto provocaría la aparición de un reflejo condicionado de “repugnancia a la comida”. El apetito debía regularse y estimularse por medio de la “colectividad infantil”¹⁰⁸. Es decir, la interacción con otros niños, la convivencia y la imitación de los hábitos considerados saludables, acabarían desarrollando las normas de higiene mental.

3. Educación y regulación de la sexualidad siguiendo las orientaciones médicas. Sluchevski sostenía que una correcta educación de la sexualidad, esto es, vigilar e impedir la curiosidad sexual en los niños, la masturbación en los adolescentes, así como las “lecturas de libros sobre cuestiones sexuales, sobre todo los que han quedado de antes de la Revolución”, en otras palabras, la literatura capitalista, ayudaría a “prevenir trastornos neuropsíquicos tales como los miedos infantiles, la tartamudez, los tics y otros”.

4. Los ejercicios físicos. Para el psiquiatra soviético, la realización de actividad física desde la infancia, el convertir a los niños en aficionados a los ejercicios físicos era esencial para prevenir las enfermedades mentales. Al respecto afirma: “No se trata solamente de que la cultura física robustece el cuerpo, sino de que, al influir beneficiosamente sobre la actividad nerviosa superior, estimula el fortalecimiento de aquellas cualidades del tipo de sistema nervioso (el temperamento y el carácter)”.

¹⁰⁸ El concepto de colectividad fue uno de los más utilizados en los diferentes ámbitos de la sociedad soviética. Para profundizar sobre los casos particulares de aplicación de la colectividad en la pedagogía y la psicología del desarrollo soviéticas, ver *La colectividad y la educación de la personalidad* (1977), de A. Makarenko y *La colectividad como factor de desarrollo del niño deficiente* (1997), de L. S. Vygotsky.

5. Higiene de las condiciones de trabajo y de la vida familiar de los diagnosticados con enfermedades mentales, tanto los “curados”, como los que “se encuentran en estado de remisión”. Aunque el autor no profundiza en cuáles serían las medidas concretas de higiene del trabajo y de la familia, sí orienta que el trabajo profiláctico de las enfermedades mentales debía ser realizado a través de los dispensarios neuropsiquiátricos, para “prevenir las recidivas de las enfermedades psíquicas”. Mención aparte merece la incidencia de los dispensarios psiquiátricos en el movimiento de higiene mental a nivel mundial, como parte de la ampliación del alcance del poder psiquiátrico más allá de los muros del manicomio (SLUCHEVSKI, 1960, p. 124-126)¹⁰⁹.

Entre mayo y junio de 1963, se celebró la primera Conferencia Nacional de Instituciones Psiquiátricas en La Habana. La relevancia de este encuentro radicó en que fue el marco para diseñar una nueva política de higiene mental en el contexto de la construcción del socialismo cubano. Allí no solo se reunieron los más destacados psiquiatras del país y que apoyaban o aceptaban al nuevo gobierno, sino que también participaron psicólogos, trabajadores sociales, funcionarios del Ministerio de Educación, representantes de las fuerzas armadas y de los cuerpos policiales, así como directivos de Centros de Rehabilitación de la prostitución y de centros de reeducación de menores.

En la presentación del evento quedó definido que la higiene mental en la revolución socialista debía sostenerse en tres elementos principales, los cuales, a su vez, mantendrían una relación de interdependencia: el modelo preventivo de la medicina, el fortalecimiento de la salud mental de los ciudadanos y la participación de sus gestores en el escenario político. El enfoque preventivo en la medicina ya estaba siendo introducido a partir del modelo soviético, desde el cual se defendía que, al evitar la aparición de enfermedades, no sólo se elevaría la calidad de vida de la población, sino que sería económicamente más rentable para los países que construían el socialismo (RYAN, 1978; SERENKO & ERMAKOV, 1986).

En segundo lugar, como ya fue explicado, se había establecido la psiquiatría soviética como paradigma predominante para la atención a la salud mental. Por último,

¹⁰⁹ Sobre el tema de los dispensarios psiquiátricos, ver los artículos El papel de la higiene mental en los primeros intentos de transformación de la asistencia psiquiátrica en España (1995), de Rafael Huertas y Asistencia psiquiátrica. Los dispensarios psiquiátricos y los servicios sociales de asistencia (2004), de Oscar Torras, y para el contexto particular de la antigua Unión Soviética, el libro Bases teóricas de los problemas centrales de la psiquiatría (1965), de I. T. Victorov.

tanto en la URSS como en Cuba, la participación de los psiquiatras marxistas en las cuestiones políticas era no solo una exigencia moral como ciudadanos de una sociedad socialista, sino que se trataba de una cuestión estratégica, por la posibilidad de influir en las subjetividades que les otorgaba su rol como profesional 'psi'.

Es importante señalar que la figura más destacada de este encuentro fue Diego González Martín, quien asumió en todo momento el liderazgo del encuentro, incluso sin presidirlo. Su cargo como Coordinador Nacional de Psiquiatría y su posición como marxista-leninista ortodoxo le otorgaban un estatuto de primer nivel dentro de ese campo, actuando como una especie de asesor del gobierno y de enlace entre este y el gremio de psiquiatría. Por eso su participación tuvo un peso considerable en la elaboración de la política de higiene mental cubana de esos años. Las diferentes intervenciones, tanto las de González Martín como las de los otros participantes giraron sobre varios temas, que al final quedaron establecidos como los fundamentos de la higiene mental socialista en su versión cubana.

El primero de estos ejes fue la relación entre la psiquiatría y la política, es decir, el papel que debían desempeñar los psiquiatras cubanos en la lucha ideológica, así como la etiología de las enfermedades mentales en relación con el sistema político-económico. Para González Martín las causas de las enfermedades mentales tenían una estrecha relación con el sistema político y económico de los diferentes países (CONFERENCIA NACIONAL DE INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS, 1963), con lo que no introducía nada nuevo, puesto que esta era una afirmación sostenida desde antes por los psiquiatras soviéticos (SLUCHEVSKI, 1960). A modo de ejemplo, González Martín citaba el creciente aumento de las "psiconeurosis" en Estados Unidos en la década de 1950, en comparación con la Unión Soviética, donde habrían disminuido considerablemente¹¹⁰ (CONFERENCIA NACIONAL DE INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS, 1963).

Desde esa lógica, el sistema capitalista sería la causa fundamental de una propensión a padecer enfermedades mentales estrechamente relacionadas con el medio social, situación que sería totalmente erradicada en el socialismo. Semejante

¹¹⁰ En esta época (1963), la clasificación psiquiátrica predominante se basaba en el DSM-I, donde los trastornos mentales se dividían en dos grandes grupos: los de base orgánica y los de base socioambiental. Dentro de los trastornos de base ambiental estarían las psiconeurosis (Reacción de ansiedad, Reacción Disociativa, Reacción de Conversión, Reacción Fóbica, Reacción Obsesiva-Compulsiva, Reacción Depresiva y Otras Reacciones Psiconeuróticas) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1952).

ejemplo, sostenida en los testimonios de los propios psiquiatras marxistas cubanos que visitaban la Unión Soviética, muestra el matiz ideológico que ya comandaba la psiquiatría cubana en aquel momento, en detrimento de un pensamiento crítico, tanto en cuestiones políticas como clínicas.

Para González Martín, no solo el capitalismo provocaba un aumento de las psiconeurosis, sino también “el cultivo de los más variados vicios y toxicomanías, el homosexualismo, la prostitución y la delincuencia”. Estos “vicios”, según él, “cooperan destacadamente en la producción de un elevado saldo de desarreglos mentales” (CONFERENCIA NACIONAL DE INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS, 1963). El tema de la homosexualidad y su estigmatización como enfermedad mental era bastante recurrente entre los debates y teorizaciones de los psiquiatras cubanos hasta finales de la década de 1980. Sobre este tema específico trata el próximo epígrafe.

En el mismo sentido de González Martín, el psiquiatra Manuel Cortiñas llamaba la atención sobre el tema del alcoholismo, afirmando que, a pesar de ser atendido por la psiquiatría y de existir niveles bajos de consumo respecto de otros países latinoamericanos, Cuba no contaba todavía con un espacio específico para su profilaxis, siendo, por tanto, una deficiencia para la política de higiene mental que se diseñaba en aquel momento. Al quedar declarada una relación de interdependencia entre las enfermedades mentales, las conductas contrarias a la moral socialista y el sistema político, la higiene mental socialista era presentada como un instrumento válido para “la transformación radical y saneadora de la sociedad” (CONFERENCIA NACIONAL DE INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS, 1963).

El segundo eje temático fue la ampliación y diversificación de la higiene mental hacia los diferentes sectores e instituciones de la sociedad. Esto permitiría realizar los diagnósticos y tratamientos precoces de las enfermedades mentales, para, de esa forma ‘reintegrar’ y ‘readaptar’ a los pacientes al medio social. Según Martín, se trataba de alcanzar el “equilibrio psíquico” del enfermo mental con el medio. En la práctica, para la labor de higiene mental convenía contar con una estructura inmobiliaria adecuada, es decir, debían ampliarse los espacios destinados a la atención psiquiátrica. Por tanto, como primer paso y respondiendo a antiguas demandas, se planificó la construcción de más hospitales psiquiátricos¹¹¹,

¹¹¹ Por ejemplo, en 1959 fue redactado el Plan de Asistencia Psiquiátrica Nacional, que recogía una serie de demandas de los psiquiatras cubanos de años anteriores, entre las que estaba la ampliación de los servicios (MARQUÉS DE ARMAS, 2014).

comenzaron a crearse dispensarios de psiquiatría en todo el país y se habilitaron salas específicas para enfermos mentales en las clínicas mutualistas que todavía subsistían, en los hospitales generales y en los militares (CONFERENCIA NACIONAL DE INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS, 1963).

Una de las prioridades de esta dirección era la “acción psiquiátrica en las comunidades”, tanto en las grandes ciudades como en las zonas más pequeñas y alejadas de los mayores centros poblacionales. Copiando el modelo de “línea de masas” en la salud pública, a través de la cual se estaban realizando exitosamente campañas de vacunación y prevención de enfermedades, debían crearse “pequeñas instituciones abiertas” para llevar los servicios psiquiátricos a todos los lugares del país. Para ello, debían formarse aceleradamente psiquiatras, enfermeros de psiquiatría, terapeutas ocupacionales y auxiliares técnicos de psiquiatría (CONFERENCIA NACIONAL DE INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS, 1963).

En ese sentido, el psiquiatra Abdo Canasí, quien había sido uno de los primeros en recibir formación en la Unión Soviética, propuso la creación de un cuerpo de auxiliares psiquiátricos, pudiendo ser enfermeras (como en la Unión Soviética), pero también trabajadoras sociales u otro personal formado para “manejar ambulatoriamente” a los pacientes. Este personal especializado se encargaría de realizar visitas regulares a los pacientes en sus domicilios y también de la administración de los medicamentos indicados por el psiquiatra. Los pacientes egresados de los hospitales continuarían siendo monitoreados y recibiendo tratamiento farmacológico permanente. Para organizar la distribución de los psicofármacos por las farmacias se implementaron los llamados “tarjetones”, una especie de ficha con algunos datos generales del paciente, su diagnóstico y el medicamento usado. De esa manera, se conseguiría tener acceso a los pacientes “más allá de los muros del hospital”, y con eso tener un mayor control de estos (CONFERENCIA NACIONAL DE INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS, 1963).

Para los participantes del encuentro, no solo bastaba con ampliar los servicios y formar una cantidad suficiente de especialistas, sino que era necesario divulgar el trabajo de la psiquiatría, en lo que fue llamado como “popularización” de la higiene mental. Este fue el tercer eje temático. En ese sentido, los criterios expuestos allí reflejaron una incomodidad creciente entre los psiquiatras marxistas respecto a las prácticas religiosas que practicaban ritos de curación de enfermedades mentales en

las zonas rurales. Específicamente se trataba del espiritismo (CONFERENCIA NACIONAL DE INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS, 1963).

Por tanto, según la propuesta de la psiquiatra María del Pilar Torres, la divulgación de la higiene mental ayudaría a contrarrestar el trabajo de los religiosos, en un contexto en el que cualquier forma de “idealismo” comenzaba a ser rechazado con fuerza, pues la sociedad socialista se basaba única y exclusivamente en una concepción materialista-dialéctica de la realidad. La popularización de la psiquiatría y de la higiene mental debía apoyarse en las diferentes organizaciones de masas que empezaron a crearse y a desplegarse por todo el país en aquella época (CDR, FMC, CTC¹¹², etc.), pero también debía realizarse a través de la prensa y la televisión (CONFERENCIA NACIONAL DE INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS, 1963).

Dentro de esa misma temática, los participantes coincidieron en que debían hacer un uso más activo de las estadísticas. Para ello, debían comenzar a utilizar una “historia clínica” un poco más amplia, donde se recogieran la mayor cantidad de informaciones sobre los pacientes, necesarias para el análisis estadístico y para las estrategias de tratamiento. En ese mismo sentido, se propuso unificar los diagnósticos para ganar coherencia en el uso de las clasificaciones. Se propuso usar como referente el DSM y darle amplia divulgación entre los psiquiatras de todo el país.

Resulta curioso que los psiquiatras marxistas que tanto se oponían y criticaban la psiquiatría ‘burguesa’, prefirieran usar el DSM y no la clasificación propuesta por los soviéticos, aunque también sabemos que por esta época ya comenzaba a pensarse en un manual de clasificación cubano, como fue mencionado anteriormente. Sobre ese aspecto surgen más preguntas que respuestas. Lo que sí resulta claro es que el fantasma de la psiquiatría norteamericana siempre anduvo rondando los salones de la psiquiatría, como podrá verse en el próximo capítulo.

Otro aspecto fundamental ampliamente debatido en aquella conferencia fue la relación que debía establecerse entre la psiquiatría cubana y las fuerzas militares, de seguridad y orden interior, siendo este el cuarto eje temático. Para González Martín se trataba de establecer

¹¹² Los Comités de Defensa de la Revolución (CDR) son la mayor organización política y de masas de Cuba, a la que debe pertenecer todo ciudadano después de cumplidos los 14 años. Su función principal es la de organizar grupos de vigilancia en los barrios, a fin de controlar y denunciar cualquier actividad contraria a la moral socialista o también delitos comunes. La Federación de Mujeres Cubanas (FMC) es otra organización política y de masas que reúne a un grupo importante de las mujeres cubanas. La Central de Trabajadores de Cuba (CTC) es la única organización sindical autorizada oficialmente por el gobierno en Cuba desde 1961 y controlada directamente por el PCC.

una vinculación de los instrumentos psiquiátricos con los empeños de la construcción del socialismo, el incremento de la producción y la defensa de la Patria y el aprovechamiento de los vehículos mismos de la Revolución para desarrollar la prevención y el tratamiento de las enfermedades mentales. (CONFERENCIA NACIONAL DE INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS, 1963).

Según este psiquiatra higienista, los especialistas en salud mental debían asesorar, a partir de ese momento, a los Centros de Rehabilitación Social pertenecientes al Ministerio del Interior, a fin de lograr la “corrección social de los desvíos de la conducta y de la moral socialista”. Para él, la sociedad, con la ayuda de las instituciones militares y de la psiquiatría conseguiría “corregir las lacras y reminiscencias dejadas por el capitalismo, liquidar a los enemigos de clase y reeducar a los inadaptados” (CONFERENCIA NACIONAL DE INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS, 1963).

En el mismo sentido, el representante del Ministerio del Interior, Dr. García Oliva, jefe de los servicios médicos de esa institución, exigía que los asesores de psiquiatría y psicología debían no solo ser escogidos cuidadosamente por los militares, sino que debían tener una posición política favorable a la revolución y demostrar su carácter de militantes comunistas. Por otro lado, en el Ministerio de las Fuerzas Armadas, el papel de la psiquiatría estaría orientado hacia la prevención de “desajustes” asociados a las enfermedades mentales¹¹³ y lograr la “readaptación” de los militares a la sociedad socialista, a través de la “disciplina revolucionaria” y la “higiene mental” (CONFERENCIA NACIONAL DE INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS, 1963).

La relación entre psiquiatría y fuerzas de orden público no se limitó al asesoramiento en los espacios disciplinares y de punición en esas instituciones. Siguiendo la lógica de ampliación propia de la higiene mental, la psiquiatría debía continuar formando parte en los debates sobre la “peligrosidad social” como hasta ese momento, solo que, adaptándose al nuevo enfoque que trajo consigo el Derecho socialista¹¹⁴. La peligrosidad social ha sido un concepto ampliamente utilizado en el espacio jurídico cubano desde la década de 1940, momento en que se implementa en

¹¹³ En el próximo epígrafe se explica mejor el papel del ejército (Fuerzas Armadas Revolucionarias-FAR) en la ‘corrección’ de la homosexualidad, considerada como peligrosidad social, sobre todo en lo tocante a la creación y funcionamiento de las UMAP (Unidades Militares de Ayuda a la Producción).

¹¹⁴ Sobre este tema ver El derecho en Cuba socialista. Reflexiones desde perspectivas crítico-dialécticas, de Mylai Burgos Matamoros (2011).

el país el Código de Defensa Social para sustituir al viejo Código Civil Español, regente desde 1879 (MARTÍNEZ, 1939). La peligrosidad social desde el código cubano se refería a la propensión que podría tener una persona a cometer algún delito en el futuro y por la cual sería susceptible de aplicársele alguna ‘medida de seguridad predelictiva’, mostrando así su origen lombrosiano¹¹⁵.

El interés creciente en la peligrosidad por parte de los psiquiatras cubanos y de los otros especialistas reunidos en la Conferencia Nacional de instituciones psiquiátricas de 1963, estuvo motivado porque el año anterior, desde el Ministerio del Interior, se había publicado un decreto donde los miembros de las organizaciones políticas y de masas (CDR, FMC, CTC, etc.), tenían la potestad de declarar a cualquier ciudadano en estado de peligrosidad social, prescindiendo de cualquier aval psiquiátrico para determinar su incapacidad mental.

Pero lo más preocupante para los psiquiatras no era la violación de los derechos humanos que provocaba la aplicación de tal decreto, sino que su espacio como especialistas, su saber y su poder podía quedar desplazado. Sobre este punto en particular, Foucault (2018b), analiza la relevancia que han ostentado en el campo jurídico los peritos, entre ellos los psiquiatras, toda vez que su posición les ha investido de una cientificidad que les asegura un efecto de verdad a sus palabras y por tanto un ejercicio permanente del poder (FOUCAULT, 2018b).

Para resolver la confusión que trajo el referido decreto sobre la peligrosidad, y, sobre todo, para rescatar el privilegio del saber y el poder psiquiátrico en Cuba, el doctor Julio Feijoo invocó el Código Penal de la Unión Soviética como un referente a seguir. Según Feijoo, en el código soviético el delito se consideraba una enfermedad (CONFERENCIA NACIONAL DE INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS, 1963). Ya dentro del campo específico de la psiquiatría la peligrosidad era tratada por la reflexología como una enfermedad mental, toda vez que el sujeto delinquía porque no conseguía “reflejar de manera verídica la realidad, no puede comprender la situación que le rodea y, en muchos casos, tampoco puede dirigir sus actos” (SLUCHEVSKI, 1960, p. 118). Así, para los que todavía no estaban muy bien documentados sobre las funciones de la psiquiatría en el socialismo soviético, el psiquiatra Feijoo les explicaba que, si la delincuencia se trataba simplemente de una

¹¹⁵ Desde la teoría positivista de César Lombroso, se suponía la existencia en algunos sujetos con rasgos físicos determinados, de una predisposición orgánica para la comisión de delitos (LOMBROSO, 1888).

enfermedad mental, era imposible prescindir del saber psiquiátrico, tanto en el diagnóstico de peligrosidad social como en su normalización.

En realidad, la participación de la psiquiatría en el universo jurídico no era nada nuevo, sobre todo en lo tocante a la determinación de la peligrosidad del sujeto o la existencia de la enfermedad mental subyacente al delito, como tampoco la utilización del examen psiquiátrico y otros procedimientos. De hecho, como afirma Foucault (2018b), el diagnóstico, pero también otros procedimientos psiquiátricos introdujeron una transformación significativa en el campo jurídico: el poder de normalización. Lo particular del enfoque soviético fue la consideración de la delincuencia y la peligrosidad exclusivamente como enfermedades mentales y como rezagos de la sociedad capitalista, los cuales, por tanto, desaparecerían en el socialismo, gracias a la intervención de la psiquiatría marxista-leninista.

Según la definición del psiquiatra Carlos Acosta Nodal, los individuos peligrosos socialmente, de los cuales, tanto en la URSS como en Cuba, la psiquiatría comenzó a ocuparse, fueron agrupados en una categoría especial: los “antisociales”, es decir: los alcohólicos, los dependientes de sustancias químicas, los vagos, los proxenetas, los homosexuales, las prostitutas y “cualquier tipo de sujeto cuya conducta sea de carácter psicopático”. Para ellos se destinaron inicialmente centros de rehabilitación, así como granjas y talleres donde se mantendrían ocupados en labores de producción agrícola e industrial. Todos estos espacios debían ser coordinados o asesorados por psiquiatras (CONFERENCIA NACIONAL DE INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS, 1963). Pocos años después, espacios similares fueron creados, siendo las Unidades Militares de Ayuda a la Producción (UMAP) el más conocido de todos, adonde fueron enviados homosexuales, artistas, intelectuales y religiosos para ser disciplinados y normalizados en nombre de la moral socialista (MARZAL; MARTINHAGO; CAPONI, 2022).

El quinto eje temático de la Conferencia nacional de instituciones psiquiátricas fue la labor de higiene mental en el ámbito educacional. La niñez y la adolescencia han sido siempre objetos de intervención prioritarios de la higiene mental y en la nueva política higienista adaptada a la Cuba socialista, las cosas no iban a ser distintas. A pesar de que dentro de la educación cubana había una larga tradición higienista, influenciada principalmente por los norteamericanos; al introducirse la

pedagogía soviética, el referente principal pasó a ser Antón Makarenko¹¹⁶, y desde el punto de vista ideológico, el marxismo-leninismo.

Dentro del Ministerio de Educación cubano, la higiene mental pasó a ser coordinada desde el Departamento de Enseñanzas Especiales y del Departamento Psicopedagógico, los que tenían a su cargo el trabajo de diagnóstico y educación de niños ciegos, sordos y con retraso mental, pero también de aquellos diagnosticados con neurosis o psicosis. Lo mismo ocurrió en las universidades, a través de los Departamentos de Orientación Vocacional. En la práctica esto implicó que la higiene escolar en general pasó de ser responsabilidad de pedagogos e higienistas particulares, para transformarse exclusivamente en una política del gobierno revolucionario (NÚÑEZ, 2018).

A nivel de la enseñanza básica, la higiene mental comenzó a realizarse a través de escuelas especiales, aulas diferenciadas, talleres especiales de educación laboral y granjas de trabajo agrícola. En ese contexto se habilitaron, además, centros de diagnóstico y orientación, con la finalidad de identificar problemas pedagógicos asociados a enfermedades mentales, pero también con fines de prevención y rehabilitación. Fueron creados Residenciales Terapéuticos, adjuntos a los Departamentos de Enseñanzas Especiales del Ministerio de Educación. El Residencial Terapéutico fue un tipo de escuelas creadas inicialmente para niños diagnosticados con neurosis, psicosis, pre-psicosis y psicopatías, donde recibían, además de tratamiento psiquiátrico, clases especiales.

Según explica el psiquiatra Crespo, higienista del Ministerio de Educación, debido a la escasez de estos especialistas que había en el país, les resultaba imposible realizar en esos espacios el tratamiento psiquiátrico, por lo que poco a poco estas instituciones se convirtieron en centros exclusivos para niños de “conducta problemática”. Por otra parte, dentro de uno de los hospitales infantiles de la capital cubana funcionaba una pequeña escuela, dirigida por psiquiatras, para tratar a niños con “trastornos de la personalidad severos”, debiendo servir como modelo de tratamiento y ampliarse hacia otros hospitales. Igualmente fueron creados departamentos de Psiquiatría Infantil en el Hogar de Conducta y en los Hogares

¹¹⁶ Makarenko fue una de las figuras principales de la pedagogía soviética. Según afirma Tiana (2015), “su filosofía educativa se basaba en saberes más prácticos que teóricos, con una gran obra que gira en torno a la creación de una sociedad colectiva”. Makarenko privilegiaba la vinculación entre el trabajo físico y la educación (TIANA, 2015), doctrinas que hasta hace poco tiempo eran aplicadas en las escuelas cubanas.

Infantiles de La Habana, instituciones destinadas a la educación de niños diagnosticados con trastornos de conducta y a otros sin amparo filial (CONFERENCIA NACIONAL DE INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS, 1963).

El sexto y último eje de debate en la reunión fueron los métodos terapéuticos y los nuevos fundamentos teóricos asociados a estos. Para el tratamiento de las enfermedades mentales y la rehabilitación psíquica y social los psicotrópicos continuaron siendo el principal recurso terapéutico empleado por los psiquiatras cubanos, junto a la insulino-terapia, la terapia electroconvulsiva, la ludoterapia y la laborterapia. Todos ellos con el modelo fisiológico y la teoría reflexológica como nuevos fundamentos teóricos. Eso no quiere decir que no se plantearan los factores psicológicos o sociales, solo que estos serían una consecuencia de anomalías fisiológicas, en consonancia con los criterios de moda en la Unión Soviética.

Una mención especial merece el asunto de la laborterapia en la psiquiatría cubana de los primeros años de la revolución. Inicialmente consistía en colocar a los pacientes de psiquiatría en la realización de labores agrícolas e industriales, como forma de rehabilitación. Posteriormente en el vocabulario técnico de los psiquiatras cubanos se sustituyó por el término terapia ocupacional, para estar a tono con las codificaciones internacionales e incluir a las actividades artísticas y deportivas. Esta forma de intervención sobre las enfermedades mentales ya era usada desde la antigüedad y en los inicios de la psiquiatría, Philippe Pinel la recomendaba para “detener las divagaciones insensatas de los alienados” (PINEL, 2007, p. 202, traducción personal).

No obstante, los psiquiatras soviéticos encontraron una aplicación que iba más allá de la terapéutica y fue su utilidad social. Al respecto, el psiquiatra soviético Sluchevski, afirma que

el tratamiento por el trabajo (...) puede ser beneficioso no solamente porque lo distrae de sus vivencias morbosas, sino también porque él siente que realiza una labor útil, que toma parte en la labor común y no está desligado de la sociedad. (...) Con el tratamiento por el trabajo se consigue el entrenamiento y es restablecimiento de los procesos de la actividad nerviosa superior. (SLUCHEVSKI, 1960, p. 133-134).

Es así como, de entre todas las otras terapias que tampoco se abandonaron, la laborterapia tenía la particularidad de que reportaba beneficios

económicos para la propia institución y para el desarrollo industrial del país. Al menos eso era lo que pretendían los psiquiatras marxistas. En Cuba, el doctor Eduardo Bernabé Ordaz desde sus inicios como director del Hospital Psiquiátrico de La Habana, apostó por este tipo de terapias, al considerarlas “una actividad productiva o socialmente útil” (ORDAZ, 1992, p. 14).

Siguiendo esta lógica, en la Conferencia se planteó transformar al Hospital Psiquiátrico de La Habana en un gran centro de rehabilitación social y laborterapia. Al menos por la cantidad de pacientes esto hubiera sido posible, si tenemos en cuenta que, en noviembre de 1960, a poco más de un año del triunfo de la revolución, la cantidad de internados allí se duplicó. El hospital tenía capacidad inicialmente para albergar 2500 pacientes, pero al haber aumentado hasta 5000, las autoridades se plantearon aumentar la cantidad de salas. Para esa fecha se habían construido 10 pabellones más de los 40 proyectados en la ampliación (ARIAS, 1960).

Dentro de los pacientes, la gestión de los crónicos presentaba una dificultad, pues estos eran justamente los que pasaban la mayor parte de su vida en el hospital, ya fuera porque por su estado no se les autorizaba a salir o porque no tenían ningún amparo filial. La cuestión radicaba en cómo incorporarlos también al trabajo sin descuidar el tratamiento que recibían. Para resolverlo, la psiquiatra María del Pilar Torres propuso lo siguiente: “Si tanto se habla aquí de la producción, inclusive llevar a los crónicos a la producción y hacerlos que produzcan, por qué no tener una serie de camas disponibles durante la noche para ser tratados no solamente en grupos de psicoterapia, sino también en tratamiento electrochocante y de insulina” (CONFERENCIA NACIONAL DE INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS, 1963).

La primera Conferencia nacional de instituciones psiquiátricas de 1963, finalizó luego de varios días de debates sobre los principales temas que ocupaban a los psiquiatras cubanos revolucionarios. Los participantes calificaron el encuentro como fructífero y los fundamentos de la nueva política de higiene mental fueron aprobados por unanimidad en un contexto de transformaciones económicas, políticas y sociales profundas, que no dejaban espacio para posturas disidentes al emergente proceso revolucionario, incluyendo a las disidencias sexuales.

5.1 LA HOMOFOBIA ESTATAL Y LA PSIQUIATRÍA COMO INSTRUMENTO POLÍTICO

En noviembre de 1959, a pocos meses de tomado el poder, en un congreso que reunió a un nutrido grupo de trabajadores sindicales cubanos, Fidel Castro discursó, entre otros asuntos, sobre la cuestión de las amenazas internas y externas a la revolución¹¹⁷. Este era un tema que ocupaba habitualmente las intervenciones públicas del líder cubano. En un punto específico de su arenga, Castro estableció una división entre los revolucionarios cubanos y los enemigos de la revolución, específicamente los que residían en Cuba en aquel momento. Los enemigos internos de la revolución serían una de las principales amenazas al nuevo proyecto social que Castro propugnaba y, por tanto, causantes del estado de alarma generalizado que comenzaba a instaurarse en el país.

Estos enemigos, además de ser peligrosos, serían aquellos que no podrían ‘ver’ claramente la propuesta del gobierno. De esta forma, el hecho de no seguir obedientemente los dictados de la nueva clase política dejaba de ser una elección personal para convertirse en un acto casi criminal. Así, Castro afirmaba:

Aquí es obligatorio ver claro, es obligatorio comprender la entraña del problema. El que se equivoque en esta hora, el que no vea claro en esta hora, o es un irresponsable ciego o es un estúpido (APLAUSOS). Los que no vean claro en esta hora, los que en esta hora no entiendan, los que en esta hora no sean siquiera capaces de explicarse el porqué de nuestros males, el porqué de nuestro pasado; el que no sea capaz de comprender sus propios intereses, el que no sea capaz de comprender los intereses de los enemigos del país, ese es un pobre ciego. Y ser ciego en esta hora, en esta hora en que se le habla tan claro al pueblo, en esta hora en que el pueblo por primera vez es dueño de sus propios destinos, ser ciego en esta hora es casi un crimen (CASTRO, 2013, p. 907).

La alusión al supuesto aspecto criminal remite directamente al plano jurídico-penal, donde cualquier conducta considerada peligrosa es susceptible de punición. Aquellos grupos ‘peligrosos’ a los que se refería Castro estaban integrados por los periodistas nacionales y extranjeros que no apoyaban o se atrevían a criticar a la Revolución, pero también ciertos grupos de jóvenes de clase media y alta descritos por Castro como: “pandillitas de niños ‘fistos’” o “grupitos de pepillos que realizan fechorías en Cadillacs”. A estos grupos de jóvenes el discurso político los colocaba en

¹¹⁷ Discurso pronunciado en la apertura del X Congreso de las CTC, el 18 de noviembre de 1959.

un extremo negativo, opuesto al de los “jóvenes revolucionarios”, los que, para Castro, eran un “modelo de disciplina, modelo de educación” (CASTRO, 2013, p. 914).

Dentro de los grupos peligrosos se situaban además los que preferían los atributos ‘extranjerizantes’, es decir, todo lo relativo a la prensa, a la música, a la literatura o a la moda extranjera. Por último, dentro de los peligrosos también fueron colocados los disidentes políticos, los religiosos, hippies, rockeros y los homosexuales, sobre todo masculinos (PEREIRA, 2017). De modo general, en esos grupos estaba todo aquel que fuese catalogado como diferente del modelo de hombre revolucionario, fuerte y viril, tanto física como subjetivamente y muchas veces utilizándose solamente criterios estéticos (MADERO, 2006).

Ese ‘hombre nuevo’, concepto importado también de la Unión Soviética, debía dedicarse por entero a las tareas productivas en las diferentes áreas consideradas vitales para ‘construir el socialismo’. Estos sectores eran la industria pesada, la agricultura, las obras constructivas y las fuerzas armadas. Las actividades que se desarrollaban en esas áreas recibían la exaltación del gobierno en detrimento de la creación artística e intelectual, a no ser que fueran orientadas por el realismo socialista.

En el contexto de la recién estrenada revolución cubana, ser de clase media o alta, defender el capitalismo, expresar opiniones distintas a las impuestas por el gobierno o simplemente no participar de forma activa del ambiente belicista, se convirtió en motivo de estigma y discriminación. Tal como sucedía en los países socialistas controlados por la Rusia soviética, la descalificación de lo ‘diferente’ se basaba en la política de división entre los que apoyaban incondicionalmente a la revolución, es decir, el ciudadano considerado normal, y los que no la apoyaban, colocados así del lado negativo y llamados ‘enemigos’. Estos enemigos fueron transformados en el símbolo del riesgo y, por tanto, colocados como objeto de normalización (FOUCAULT, 2008).

Entre los sujetos ‘diferentes’ considerados como una amenaza para la construcción del socialismo, los homosexuales han sido unos de los más impactados por la estrategia represiva. Es importante destacar que la homofobia en Cuba no apareció con la Revolución, sino que, como destaca Madero (2006), desde la época colonial los prejuicios y la represión contra la homosexualidad abundaban, al punto de ser tipificada como delito. Ahora bien, después de la llegada al poder de Fidel Castro y del comienzo de la Revolución, la homofobia se convirtió en uno de los ejes de un

proyecto totalitario de mayor envergadura: el ‘hombre nuevo’. En ese sentido, Madero (2022), afirma lo siguiente: “voy a considerar el proyecto de creación del hombre nuevo implementado en los años sesenta en Cuba como un ejercicio totalitario de depuración y homogenización social” (MADERO, 2022, p. 18).

Un suceso que ilustra muy bien cómo la homofobia se estableció como una política de estado fue la llamada *Noche de las 3 P*. En 1961, muy poco tiempo después de creado el Ministerio del Interior, principal institución estatal de corte militar encargada del orden interior y la seguridad del estado organizó una gran operación policial en la capital cubana. El objetivo principal de esa operación, conocida popularmente como ‘recogida’, fue la represión de las llamadas lacras sociales o *lumpens*¹¹⁸, trayendo como resultado el encarcelamiento de varias personas incluidas en tres categorías principales: “prostitutas, proxenetas y pederastas”¹¹⁹, estos últimos también nombrados despectivamente como ‘maricones’ o ‘pájaros’ (GAY-SILVESTRE, 2003, p. 92).

Como en cualquier metrópoli, era habitual que grupos de jóvenes, intelectuales, artistas, comunidad LGBTQIA+, etc., se reunieran en las noches en los diferentes espacios públicos, a fin de divertirse luego del trabajo o la escuela, mezclándose e intercambiando desde su diversidad. Uno de estos espacios donde se reunían esos jóvenes y donde, por ende, se practicaron las recogidas era la céntrica heladería *Coppelia*, situada en la avenida 23 del Vedado habanero.

Aquellas acciones policiales se hicieron habituales a lo largo de la historia de la Cuba revolucionaria, siendo uno de los métodos normalizadores más utilizados por el estado. El uso del término recogida no es casual, sino que ha servido para establecer una relación directa con la recogida de la basura, de la cual se encargaban entidades específicas del Ministerio de Salud Pública. Así, se hacía equivaler a las prostitutas, proxenetas, gays o cualquier sujeto considerado ‘desviado’ del ideal de masculinidad revolucionaria a la ‘basura’, a un desperdicio de la sociedad y por tanto

¹¹⁸ Laca es un término usado para referirse a las personas marginadas socialmente, pero también a desocupados y sujetos con determinados comportamientos calificados como amenazantes al “orden interior” en el país. En la actualidad, existe un departamento en el Ministerio del Interior llamado “Laca”, que tiene como función la investigación y represión a este tipo de personas. Por otro lado, lumpen proviene del alemán y significa trapo. De esa expresión derivó el término marxista “*Lumpenproletariat*”, utilizado para calificar a un sector de la clase obrera marginal y sin consciencia de clase.

¹¹⁹ Pederasta en este caso no se refiere al adulto que ejerce violencia sexual contra niños, sino, de modo general a hombres que tienen sexo con otros hombres.

susceptible de ser ‘recogido’, en consonancia con la nueva política higienista del gobierno (MARQUES DE ARMAS, 2014).

En la relación de poder del gobierno cubano con la población, el uso de la descalificación del otro ha respondido también a una estrategia de anulación de los riesgos y de control social. Usando calificativos negativos y despectivos hacia el ‘enemigo’, la oposición es colocada en una posición de inferioridad, pero también de desventaja al no permitírsele ejercer derecho de réplica. Esto implica que aquel que se opone de alguna forma al gobierno pierda cualquier credibilidad. Desvalorizar la homosexualidad, el arte o la intelectualidad que no exaltara la obra del socialismo y que no representara a la clase obrera se hizo habitual en Cuba, bajo el pretexto de que estas manifestaciones no concordaban con el deber inmediato de la juventud y con el ideal de ‘hombre nuevo’.

Para darle sustento legal la estrategia de control de los riesgos sociales, el estado revolucionario contaba con un sistema jurídico que se fue perfeccionando en función de sus intereses. Algunas normas jurídicas fueron establecidas antes de la revolución, como el Código de Defensa Social¹²⁰, ya mencionado.

Después del 1959, las nuevas leyes penales sirvieron no solo para controlar y eliminar toda forma de oposición al estado socialista, sino también para reprimir al pensamiento diferente, no importando si esto era contrario a los derechos humanos fundamentales. La intención de prevenir delitos y de frenar conductas consideradas predelictivas es una característica esencial del derecho penal cubano desde la época colonial, siendo el concepto de peligrosidad social una expresión marcada de la concepción prevencionista en ese campo y en los dispositivos punitivos en el país.

Desde la década de 1960, hubo un aumento de las denuncias y los castigos a las conductas consideradas peligrosas, tipificadas como delitos en los discursos jurídico y político como ‘actividad contrarrevolucionaria’. También se fortaleció el uso de las categorías ‘estado peligroso’ y ‘medidas de seguridad’, que ya formaban parte del Código de Defensa Social antes de 1959 (OCHOA, 2000). La preocupación por las conductas contrarias a la revolución y al socialismo ha moldeado el pensamiento jurídico y el derecho penal cubano desde entonces, convirtiéndose en una herramienta fundamental para el ejercicio del poder, con una marcada orientación ideológica.

¹²⁰ El Código de Defensa Social fue la ley penal que sucedió al Código Civil Español vigente en Cuba desde el siglo XIX. El Código de Defensa Social funcionó entre los años 1936 y 1979, dando paso al Código Penal cubano vigente en la actualidad.

El igualitarismo importado de la Unión Soviética tenía así su versión caribeña, junto con su lado negativo: la eliminación de las libertades individuales (GARCÍA, 2014). Contradiendo el discurso de la igualdad social que acompañaba a la Revolución, la estrategia política del gobierno cubano excluyó de su proyecto a quienes no formaban parte de la clase trabajadora y su estereotipo de hombre viril, heterosexual, dedicado al trabajo duro y, sobre todo, ideológicamente correcto. Todo lo que no incorporaba esta norma se catalogaba como riesgo. El aumento de las denuncias políticas entre los ciudadanos y su participación en la calificación de ‘conductas impropias’¹²¹ demuestra también la existencia de una relación de colaboración entre gran parte de la población y las acciones represivas del Estado. Tal colaboración resulta un fenómeno complejo que precisa ser analizado con más detenimiento en otros espacios.

Las leyes, especialmente aquellas relacionadas con los delitos, fueron adaptadas a los intereses del nuevo gobierno, articulándose una nueva figura jurídica, el *delito contrarrevolucionario* con otra que ya existía, la *peligrosidad social*. En ese contexto los juristas cubanos supieron aprovechar muy bien estas categorías, utilizándolas como argumento para reprimir conductas que no constituyen un delito, pero que se consideran opuestas a la revolución. El estado peligroso se define en el código penal cubano como aquella tendencia o inclinación a cometer algún acto delictivo o contrario a los principios revolucionarios. Entre estas conductas consideradas peligrosas se encuentran el consumo habitual de alcohol o drogas y las conductas antisociales, como el irrespeto a las normas de convivencia, ya sea con violencia o provocación, la vulneración de los derechos de los demás y la vagancia habitual (ONBC, 2011).

La homosexualidad, que ya se encontraba tipificada como delito antes de 1959, fue enmarcada como ‘provocación’ a la revolución y convertida en motivo de denuncia y represión. De esta forma, la condena por la justicia no recae sobre el hecho delictivo en sí, sino sobre la conducta. Sobre este tipo de desvaríos jurídicos, Foucault señala:

¹²¹ Conducta impropia fue un término usado con frecuencia por las autoridades cubanas desde la década de 1960 para calificar los comportamientos desviados de los patrones morales del socialismo. Sobre el tema se recomiendan los documentales *Conducta impropia* (1984), dirigido por Orlando Jiménez Leal, *Néstor Almendros y Nadie escuchaba* (1987), de Néstor Almendros y Jorge Ulla.

Lo que el juez juzgará y lo que castigará, el punto en que se fundará la pena, son precisamente aquellas conductas irregulares, que se habrán propuesto como causa, punto de origen, lugar de formación del delito, y que de ella no eran más que el doble psicológico y moral (FOUCAULT, 2018c, p. 16, traducción personal).

Asimismo, como complemento al derecho penal, se creó otra norma jurídica que facilitaba el ejercicio del poder sobre sujetos considerados peligrosos, pero sin muchos trámites burocráticos. Se trata de un Decreto publicado en 1962, que otorgaba al Ministerio del Interior la facultad de declarar a cualquier persona como ‘peligrosa’ y, por tanto, objeto de punición. Con este decreto no era necesario el consentimiento de los jueces ni la opinión médica en el caso de sospecharse algún trastorno mental, bastando la declaración de un miembro de las organizaciones sociales para ser aplicado¹²² (MARQUES DE ARMAS, 2014). De esta forma, se le otorgaba mayor libertad al uso de la categoría peligrosidad por parte de los agentes sociales, sin la autorización ni la evaluación de los órganos judiciales competentes o de especialistas médicos, en el caso de los trastornos mentales.

A pesar de que, en muchos de los casos la declaración de peligrosidad social prescindía del aval médico, los psiquiatras no se encontraban ociosos, sino que, por su lado, andaban trabajando en función de la nueva política de higiene mental. Como fue visto anteriormente, en el discurso psiquiátrico de la década de 1960 la homosexualidad era considerada un vicio y se asociaba con las toxicomanías, la prostitución y la delincuencia, pero también se la pensaba como un producto del sistema capitalista. Debemos recordar que el psiquiatra pavloviano Diego González Martín consideraba “esos vicios” como causas de los trastornos mentales (CONFERENCIA NACIONAL DE INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS, 1963).

Demás está decir que la consideración de la homosexualidad como una enfermedad mental no fue una invención de los psiquiatras pavlovianos cubanos, como tampoco de los psiquiatras soviéticos. Desde el siglo XIX la psiquiatría ya se ocupaba de las llamadas ‘perversiones sexuales’, consideradas como una desviación funcional de los instintos sexuales (PEIDRO, 2021). Ya desde aquella época, por ejemplo, el famoso psiquiatra alemán Richard von Krafft-Ebing, autor del primer libro

¹²² Conocidas como organizaciones sociales y de masas, estas instituciones integran la sociedad civil cubana, aunque se encuentran bajo control estatal. Los más conocidos son los Comités de Defensa de la Revolución (CDR), la Central de Trabajadores de Cuba (CTC) (única entidad sindical reconocida oficialmente en Cuba) y la Federación de Mujeres Cubanas (FMC).

médico dedicado a ese tema, afirmaba que, en el caso de “la satisfacción sexual, toda expresión que no corresponda con el propósito de la naturaleza, es decir, con la reproducción, debe considerarse perversa” (KRAFFT-EBING, 2011, p. 136, traducción personal). A la homosexualidad específicamente Krafft-Ebing le dedicó largos trechos en su libro, llegando a describir en algunos casos una causa hereditaria y biológica, pero además la clasificó en varios tipos e incluso propuso algunas “líneas de tratamiento” (KRAFFT-EBING, 2011, p. 565, traducción personal).

Luego, varios años después, en la primera edición del DSM todavía la homosexualidad se colocaba como una “desviación sexual” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1952, p. 39, traducción personal). Solo en la década de 1990, “más de ciento treinta años después de la invención del término homosexual”, finalmente la OMS la eliminó como categoría de trastorno mental (PEIDRO, 2021, p. 232).

No he podido encontrar en las fuentes consultadas información sobre la aplicación de terapias de reversión de la homosexualidad por parte de los psiquiatras cubanos antes del periodo revolucionario, a pesar de la arraigada homofobia en la sociedad cubana y de la extensa producción periodística, literaria y científica al respecto¹²³. Madero (2006), menciona a la endocrinología, a la psiquiatría y a la psicología como dos de las disciplinas que asumieron roles destacados en la reversión de las identidades sexuales consideradas anómalas en Cuba durante el periodo republicano cubano.

Lo que ocurre a partir del período revolucionario es que la homosexualidad, además de cargar el estigma de enfermedad mental, pasó a ser considerada un problema político e ideológico, tal como ocurrió en la Unión Soviética a partir del periodo estalinista. La sociedad rusa era, desde antes, homofóbica y en el campo de la psiquiatría soviética existieron varios estudios experimentales que buscaban revertir la homosexualidad. Uno de los ejemplos más impactantes es el caso del destacado psiquiatra ruso Mark Sereisky, quien, en la década de 1920 trasplantaba a hombres homosexuales los testículos de otros hombres heterosexuales, creyendo que de esa forma alcanzaría “la cura” de la homosexualidad (DONALDSON; DYNES, 1992, p. 176, traducción personal).

¹²³ Ver: Del otro lado del espejo. La sexualidad en la construcción de la sexualidad cubana (MADERO, 2006).

En el caso de la psiquiatría cubana revolucionaria, además de las referencias ya mencionadas sobre la asociación entre capitalismo, vicios y homosexualidad encontramos otros materiales que muestran los resultados de experimentos terapéuticos. Uno de los más ilustrativos es el artículo publicado en 1962 en la *Revista Médica Cubana* por el psiquiatra Edmundo Gutiérrez Agramonte, bajo el título *Una Nueva Técnica de Conducterapia en el tratamiento de la Homosexualidad*. Agramonte comienza su artículo definiendo a los homosexuales como “las personas cuyos deseos sexuales están orientados exclusivamente o de un modo predominante hacia personas de su mismo sexo”. Enseguida aclara que no es su intención analizar la etiología “de este estado patológico”, aunque le interesaba subrayar “la influencia del ambiente” como una de las causas a tener en consideración (AGRAMONTE, 1962, p. 72).

Para este psiquiatra, el sujeto mentalmente sano sería exclusivamente heterosexual. La heterosexualidad dependería así no de una cuestión innata sino de una orientación hacia el sexo opuesto mediada por la acción del ambiente y el aprendizaje. Agramonte lamenta en su comunicación que, “a pesar de que se considera a la homosexualidad como un trastorno originado y mantenido por medios psicológicos predominantemente”, los métodos terapéuticos para su “curación” no hayan tenido los resultados esperados (AGRAMONTE, 1962, p. 73). Además de ello, al tomarla como una enfermedad, para este psiquiatra la homosexualidad tendría un pronóstico desfavorable.

Según afirmaba, había escasos de procedimientos terapéuticos para el tratamiento de la homosexualidad y tampoco estudios sistemáticos sobre el asunto, además de que el electroshock, la hipnosis, el tratamiento del carbógeno (anhidrido carbónico mezclado con oxígeno), la terapia hormonal y la opoterapia (administración de extractos de órganos de otros sujetos), habrían fracasado. Para Agramonte el caso del psicoanálisis sería aún peor, pues esta teoría se limitaba, según él, a aportar un saber sobre la “patogenia”, pero ninguna terapéutica concreta (AGRAMONTE, 1962, p. 78). De esa forma, el psiquiatra cubano preparaba el terreno para que la propuesta que él traía fuera aceptada como efectiva.

Siendo así, Agramonte presentaba una “nueva orientación terapéutica de fundamento reflexológico”, llamada “conducto-terapia” (AGRAMONTE, 1962, p. 80). La nueva terapia estaba basada en los métodos usados por el reflexólogo checo Kurt Freund para una supuesta “adaptación heterosexual” (FREUND, 1963, p. 226,

traducción personal). Freund había rechazado otros métodos como la terapia hormonal y la psicoterapia, concentrándose en la terapia farmacológica. Al ver que en la década de 1940 el médico Walter Voegtlin y el psiquiatra Frederick Lemere, ambos norteamericanos, habían obtenido buenos resultados con alcohólicos usando una terapia de aversión basada en la teoría de los reflejos condicionados,¹²⁴ Freund decidió experimentarla en sujetos homosexuales (VOEGTLIN, 1940; LEMERE, 1987).

Al psiquiatra checo le interesaba producir en los homosexuales el mismo reflejo condicionado de asco que experimentaban los alcohólicos. Freund reconoce que obtuvo una mejor disposición para su terapia en hombres, pues las lesbianas consultadas por él no se interesaban demasiado en modificar su orientación sexual. Según él mismo describe, el tratamiento consistió en hacerle beber a los pacientes en ayunas café o té con emetina, unas 24 veces al día como máximo. A los 10 minutos de haber bebido la mezcla, el psiquiatra le aplicaba, por vía subcutánea otra mezcla emética. Enseguida, mientras duraban las náuseas y los vómitos les mostraba diapositivas con hombres vestidos y otras con hombres desnudos. Al mismo tiempo les pedía que se imaginaran a estos hombres como compañeros sexuales (FREUND, 1963).

Una segunda fase del “tratamiento” consistía en mostrarles películas de mujeres desnudas o con poca ropa, luego de haberles administrado 25 mg de *testosteronum propionicum*. Esas intervenciones se repitieron unas 10 veces. Luego de un período internado en la clínica donde Freund realizaba estos experimentos, a los sujetos se les permitía salir y se les motivaba a buscar la compañía de mujeres, para luego, de regreso, sostener sesiones de control con el terapeuta. Al final, Freund se mostraba entusiasmado con los resultados de su “método emético” (FREUND, 1963, p. 234).

Los sujetos “se habían adaptado a ser heterosexuales en la medida en que tenían relaciones exclusiva o predominantemente heterosexuales y se sentían satisfechos con ellas, hasta cierto punto”. A pesar de ello, el psiquiatra checo no escondió que varios de los participantes en su experimento afirmaron tener todavía “una motivación casi exclusivamente homosexual”, notando “un lento aumento de la

¹²⁴ “El reflejo condicionado de aversión al licor se instala en el curso de cinco a ocho sesiones. En cada sesión se juntan una experiencia condicionada, donde se le aplica el estímulo condicionado (licor en variadas formas) y un estímulo incondicionado (nausea y vómitos luego de una inyección hipodérmica de clorhidrato de emetina), usados de una forma adecuada” (VOEGTLIN, 1940, p. 514, traducción personal).

actividad homosexual en casi todos los pacientes”. En resumen, Freund entendía que el resultado principal de su “terapia” era que los pacientes habían “aprendido” a adaptarse a la heterosexualidad, al igual que cualquier persona se adapta a la “convivencia” (FREUND, 1963, p. 234). En ese sentido, es importante destacar que varios de estos supuestos pacientes, según el propio psiquiatra checo, ya habían sido denunciados en la policía o habrían tenido problemas judiciales por su orientación. Podemos entender que, la supuesta reversión de la homosexualidad no era la renuncia a un deseo y a una orientación sexual, sino la aceptación de una norma social impuesta. Así, una vez más la psiquiatría participaba como instrumento de los dispositivos de poder.

Los resultados obtenidos por su colega checo hicieron al psiquiatra cubano Edmundo Gutiérrez Agramonte mostrarse entusiasmado e intentar una modificación de aquel método. La psicoterapia ya le parecía al cubano pavloviano algo obsoleto y mucho más el psicoanálisis, con sus “dinamismos inconscientes”, su “transferencia” o su “interpretación”. Freund iba directo al punto: “inhibición o extinción de determinados reflejos; y a la creación de otros nuevos, positivos” (AGRAMONTE, 1962, p. 80). Una forma simple y efectiva de acuerdo con la visión mecanicista y ortopédica de Agramonte.

Pero el entusiasta reflexólogo quería ir más allá y tal vez hasta superar a su homólogo europeo. En su experimento, comenzaba con un diagnóstico detallado de la vida sexual de cada sujeto, a través de un cuestionario donde les preguntaba desde sus deseos homosexuales antes del ‘tratamiento’ hasta la frecuencia con que se masturbaban o tenían relaciones sexuales con sujetos del mismo sexo. Luego del diagnóstico, Agramonte presentaba al ‘paciente’, varias imágenes de hombres, algunos desnudos y otros vestidos, durante aproximadamente 10 segundos cada imagen. Entre 3 y 5 segundos después de mostrada una imagen, el psiquiatra le aplicaba “una descarga eléctrica dolorosa en el antebrazo y mano”. En cada sesión, Agramonte les mostraba a los sujetos entre 5 o 10 imágenes, por lo que esta sería la misma cantidad de descargas eléctricas aplicadas cada día (AGRAMONTE, 1962, p. 80).

Él mismo las describe el procedimiento de la siguiente manera:

Descarga de inicio súbito, de una corriente alterna de sesenta ciclos a través de dos electrodos de alpaca de 3.8 X 4.7 cms., colocados en la piel, preparada usando pasta conductora. El voltaje debe regularse individualmente, pero en general ha fluctuado entre 35 y 60 volt. La duración

de este estímulo ha fluctuado entre 0.2 de segundo hasta 5 segundos (AGRAMONTE, 1962, p. 82).

La terrible práctica que no tenía nada que ver con la terapéutica, se justificaba desde la teoría de los reflejos incondicionados. Así, Agramonte creía que estaba cerca de “la creación de una inhibición frente a los estímulos del mismo sexo, y también a la formación de un reflejo condicionado defensivo, de evitación o huida ante estos estímulos” (AGRAMONTE, 1962, p. 81).

Tal como su colega checo, Agramonte no solo no tomaba en consideración las elecciones sexuales particulares de cada uno, sino que sus métodos tributaban a una corriente homofóbica y medicalizadora de los comportamientos considerados desviados de las normas sociales. Si en el caso de Freund, el objetivo era provocar la aversión del sujeto hacia otro del mismo sexo a través de las náuseas y los vómitos, el método de Agramonte resultaba más violento aún, pues a través de descargas eléctricas y con la intención manifiesta de causarles dolor y miedo a sus llamados ‘pacientes’, conseguía una reacción de evitación ante el deseo sexual.

Luego, en otro grupo de sesiones, Agramonte aplicaba una técnica inversa: les mostraba a los sujetos imágenes de mujeres desnudas o con poca ropa, sin aplicarles corriente eléctrica. De esa forma, pretendía él, “la formación de una conexión positiva” con el sexo opuesto. Agramonte no escondía que manipulaba las emociones de los sujetos con los cuales experimentaba, obligándolos a escoger, de entre las imágenes de los hombres desnudos o vestidos, aquellos que más le podían despertar deseos sexuales, incluso llegando a ser hombres con los cuales ya habrían tenido alguna relación. En el caso de las imágenes de mujeres, igualmente debían ser las que le resultasen más agradables a los sujetos. Al psiquiatra cubano no le parecía estar yendo en contra de ningún precepto ético, pues creía que lo hacía en nombre de la medicina, a fin de ‘curar’ una supuesta enfermedad mental y, sobre todo, que estaría realizando un gran aporte a la conductoterapia (AGRAMONTE, 1962).

Después de presentar de forma breve algunos casos, Agramonte afirma que había podido conseguir la “extinción de los reflejos positivos” relacionados con el mismo sexo a través de un “reflejo de miedo o angustia”. De un modo simple, sin que mediase ningún tipo de culpa o conflicto ético en su relato, el reflexólogo cubano cuenta que, en algunos casos “basta nada más que se le diga al enfermo que pase al salón de tratamiento, y se siente frente a la pantalla, para que tenga ansiedad, se le

enfríen las extremidades, y en ocasiones tenga hasta una crisis sudoral”. Pero, además, Agramonte se regocijaba de que aquellos pacientes que tuvieron mejor evolución fueron los que presentaban ese reflejo condicionado, es decir, ansiedad, crisis sudoral, etc.

Finalmente, el reflexólogo cubano concluye su artículo con la siguiente afirmación:

En un trastorno tan rebelde como la homosexualidad, en el que todos los tratamientos han sido ineficaces, la aparición de este nuevo proceder de conducto-terapia, con el que se obtienen indudablemente resultados positivos, marca algún adelanto en la terapéutica de esta condición (AGRAMONTE, 1962, p. 85).

El caso de la ‘adaptación heterosexual’ o ‘conductoterapia’, según el país donde se haya aplicado, es una muestra de cómo la frontera entre un procedimiento médico y la tortura es muy difusa cuando hablamos del campo psiquiátrico. Tal como afirma Caponi (2019), analizando el fenómeno de la contención mecánica en pacientes psiquiátricos, este tipo de recursos,

independientemente de responder o no a protocolos considerados científicos, o de cualquier posible argumento relacionado con su eficacia terapéutica, no es más que un acto de violencia institucional que se ejerce contra un paciente en situación de sufrimiento psíquico, a quien se debería dar ayuda legítima (CAPONI, 2019a, p. 19, traducción personal).

A la par de estos experimentos psiquiátricos, el discurso político sobre la homosexualidad continuaba. En 1963, en una de sus arengas habituales contra los desviados de la moral revolucionaria y sobre los ‘peligros’ que enfrentaba la revolución, Fidel Castro afirmaba: “muchos de esa gente está en esos sitios: en los billares, en las esquinas, en los bares; quedan muchas cosas. Pero hay que estudiarlas, hay que estudiarlas. Lo importante es el principio, el principio de que no podemos permitirles aspirar a vagos”¹²⁵. Enseguida, alguien del público les mencionó a los homosexuales, como si el líder los hubiese olvidado en su clasificación: “¡Los flojos de pierna, Fidel!”, “¡los homosexuales!”.

El líder, captando rápidamente el mensaje, le respondió:

¡Un momento! Es que ustedes no me han dejado completar la idea (RISAS Y APLAUSOS). Muchos de esos pepillos vagos, hijos de burgueses, andan por ahí con unos pantaloncitos demasiado estrechos (RISAS); algunos de ellos

¹²⁵ Discurso pronunciado en la clausura del acto para conmemorar el VI Aniversario del asalto al Palacio Presidencial, celebrado en la escalinata de la Universidad de La Habana el 13 de marzo de 1963.

con una guitarrita en actitudes “elvispreslianas”, y que han llevado su libertinaje a extremos de querer ir a algunos sitios de concurrencia pública a organizar sus shows feminoideos por la libre. Que no confundan la serenidad de la Revolución y la ecuanimidad de la Revolución con debilidades de la Revolución. Porque nuestra sociedad no puede darles cabida a esas degeneraciones (APLAUSOS). La sociedad socialista no puede permitir ese tipo de degeneraciones. (...) Estoy seguro de que independientemente de cualquier teoría y de las investigaciones de la medicina, entiendo que hay mucho de ambiente, mucho de ambiente y de reblandecimiento en ese problema. Pero todos son parientes: el lumpencito, el vago, el elvispresliano, el “pitusa”¹²⁶ (RISAS) (CASTRO, 2013, p. 2797).

La referencia del líder cubano a la cuestión de la homosexualidad como una posible enfermedad mental de origen social y cultural, no hacía otra cosa que autorizar la a psiquiatría y reforzar su papel en la estrategia de normalización del gobierno para los comportamientos desviados. En ese mismo discurso, Castro traza una de las directrices que irían a ser fundamentales para el manejo de aquellos grupos de ‘riesgo’. Se trata del trabajo agrícola forzado. El comandante cubano convocaba así la respuesta del público enardecido:

¿Y qué opinan ustedes, compañeros y compañeras? ¿Qué opina nuestra juventud fuerte, entusiasta, enérgica, optimista, que lucha por un porvenir, dispuesta a trabajar por ese porvenir y a morir por ese porvenir? ¿Qué opina de todas esas lacras? (EXCLAMACIONES.) Entonces, consideramos que nuestra agricultura necesita brazos (EXCLAMACIONES DE: “¡Sí!”) (CASTRO, 1963, p. 2798)¹²⁷.

Como se verá más adelante, la estrategia del trabajo agrícola forzado no significó que la psiquiatría quedase relegada a un segundo plano en lo tocante a la reversión de la homosexualidad, sino todo lo contrario, pues más tarde encontraremos a algunos psiquiatras y psicólogos implicados también en esa ‘tarea de la revolución’.

La lógica normalizadora era simple: aplicar la dureza del trabajo forzado a las supuestas debilidades (vagancia, intelectualidad, arte, oposición ideológica y homosexualidad). El discurso psiquiátrico iría a encontrar acomodo en los dispositivos disciplinares. Como destaca Caponi (2014), los enunciados sobre el riesgo y la necesidad de prevención fueron el fundamento para higienizar y normalizar las desviaciones, y la referencia a la degeneración en el discurso del líder cubano así lo demuestra.

¹²⁶ Pitusa fue una forma popular en Cuba de llamarle a los jeans.

¹²⁷ Las intervenciones del líder comunista tenían un efecto hipnótico en sus apoyadores y “provocaban reacciones en cadena”. Inmediatamente después de ese discurso empezaron las operaciones policiales de ‘recogidas’ de las llamadas ‘lacras’ (MADERO, 2022, pp. 83, 86).

En 1965 fueron creadas las UMAPS (Unidades Militares de Ayuda a la Producción), una especie de campos de trabajo forzado, localizados en la parte central de Cuba, en la provincia Camagüey¹²⁸. Aproximadamente 35.000 personas consideradas desviadas del modelo revolucionario fueron llevadas allí de forma compulsoria para cumplir con el servicio militar (TAHBAZ, 2013). La condena al servicio militar en las UMAP podría darse de dos formas principales: ser detenido en lugares públicos por fuerzas policiales en operativos de ‘recogida’ de las llamadas plagas sociales y lumpens o simplemente ser denunciado por un representante de los CDR¹²⁹ (MARQUES DE ARMAS, 2014; DE LA TORRE, 2018).

Los criterios para esto se basaron predominantemente en parámetros estéticos: hombres con cabello largo, ropa ceñida al cuerpo y que les gustase escuchar rock and roll u otras músicas extranjeras. También fueron ‘recogidos’ homosexuales, religiosos, artistas, intelectuales, hippies y otros con posiciones críticas u opuestas al sistema socialista (DE LA TORRE, 2018; MADERO, 2006, 2022; PEREIRA, 2017).

Luego de las detenciones, la suerte de cada uno dependía de documentos acreditativos de filiación revolucionaria. Quienes pudieran demostrar su incorporación a alguna organización política (CDR, FMC, MTT, PCC, UJC)¹³⁰, que no fueran religiosos u homosexuales podrían ser liberados de inmediato, pero quienes no pudieran demostrarlo eran clasificados como portadores de conductas impropias y automáticamente transportados en camiones, trenes o buses, en condiciones extremadamente precarias hacia las diferentes UMAP.

¹²⁸ Aunque las UMAP fueron las que más connotación mediática tuvieron tanto en Cuba como a nivel internacional, otros dispositivos similares existieron antes y después de estas. Ver: *El cuerpo nunca olvida. Trabajo forzado, hombre nuevo y memoria en Cuba* (MADERO, 2022).

¹²⁹ Los CDR (Comités de Defensa de la Revolución) son una organización política controlada por el gobierno cubano, fundada en la década de 1960 con la principal misión de vigilar, penetrar y denunciar cualquier comportamiento considerado desviado del patrón revolucionario, pero también los llamados delitos comunes, esto es, los que no son amenazas al gobierno. Los CDR cuentan con varios representantes en cada calle y en cada barrio del país, los que mantienen un flujo constante de información hacia las autoridades policiales y de seguridad estatal. En ese sentido, el historiador cubano Abel Sierra Madero apunta: “A mediados de los años sesenta, los CDR intervenían de manera activa en la vida privada de los ciudadanos, hasta en el detalle más mínimo” (MADERO, 2022, p. 152). Cada ciudadano cubano, al cumplir los 18 años es nombrado automáticamente como miembro de los CDR, por lo que se considera la mayor organización política e ideológica del país.

¹³⁰ CDR (Comités de Defensa de la Revolución), FMC (Federación de Mujeres Cubanas, similar a los CDR, pero que solo agrupa a las mujeres), MTT (Milicias de Tropas Territoriales, organización paramilitar, compuesta por civiles y dirigida a dar apoyo al ejército regular en caso de guerra), PCC (Partido Comunista de Cuba, única organización partidista permitida oficialmente en el país y responsable de trazar las políticas de gobierno y de estado), UJC (Unión de Jóvenes Comunistas, organización política juvenil que funciona como cantera del PCC). El PCC y la UJC son las adaptaciones cubanas a los antiguos PCUS y *Komsomol* soviéticos.

La zona escogida para el funcionamiento de estos campos de trabajo forzado no fue casual. La región central del país, específicamente el área de Camagüey era bien conocida por su enorme extensión de tierra árida con poca mano de obra. Además, aumentar la producción azucarera era uno de los planes fundamentales del gobierno y en ese momento la industria azucarera no estaba en gran medida mecanizada. Es así como el envío de estas personas a lugares remotos para la producción agrícola respondía tanto a las estrategias económicas del Estado cubano como a las de control de poblaciones en riesgo (MADERO, 2016; 2022).

Según algunos testigos, dentro de las UMAP las condiciones eran extremas: las áreas estaban rodeadas por muros altos y cercas cortantes similares a los que se usan en las cárceles. Todo el territorio de las UMAP se hallaba fuertemente custodiado por soldados armados con fusiles. Ya dentro de algunas de las instalaciones no había agua potable ni electricidad y el reglamento militar imperante era bastante estricto. La actividad principal que realizaban los reclusos militarizados era el trabajo forzado en los campos de caña de azúcar, bajo estricta vigilancia de soldados destinados a ese fin y las jornadas de trabajo comenzaban antes del amanecer y terminaban por la noche. El exceso de trabajo y el cumplimiento de una meta diaria en el corte de caña, es decir, una cantidad mínima establecida, era la condición impuesta a los reclusos para no recibir peores castigos (DE LA TORRE, 2018; VIERA, 2015).

Junto con las muchas horas de trabajo agrícola, los reclusos recibían varias sesiones de formación política de marxismo-leninismo y sobre el proyecto revolucionario de Fidel Castro. Las clases de política no eran otra cosa que largas y planificadas conversaciones sobre las bondades de la revolución y el comunismo (VIERA, 2015). La combinación de trabajo duro y adoctrinamiento lejos de transformar la ideología o la sexualidad de los internos probablemente provocaría aún más rechazo al gobierno.

El trabajo forzado y las clases de formación política no eran suficientes para el gobierno y los diseñadores del experimento totalitario de las UMAP. La intelectualidad, el amor al arte, la religiosidad, la disidencia política les preocupaban. Para ellos formaban parte de una categoría opuesta a la del hombre nuevo socialista: el “enfermito”. Madero (2022), analiza la categoría de enfermito, utilizada frecuentemente en la jerga comunista cubana:

Los ‘enfermitos’ fueron una especie de subcultura urbana, los primeros *hípsters* que existieron no solo en Cuba, sino en los países socialistas, atraídos por la cultura occidental. (...) Para los comisarios políticos y

culturales cubanos, el término *enfermitos* se convirtió en un artefacto, una herramienta para construir una identidad antagónica al hombre nuevo comunista. Estos jóvenes eran portadores de una 'enfermedad ideológica', una desviación del rumbo del socialismo que había que curar de cualquier modo (MADERO, 2022, pp. 90-93)¹³¹.

Pero, dentro de la categoría de enfermitos, la homosexualidad ocupó un lugar especial. De entre los demás tipos, era esta la que más se asociaba con una enfermedad, específicamente de tipo mental. Esto no ocurría solo en Cuba, ni fue exclusivo de los países socialistas. Es decir, la homosexualidad como enfermedad mental también era objeto de intervención de la psiquiatría en los países capitalistas, siendo los Estados Unidos un ejemplo característico.

Según afirma Bayer (1987), en la década de 1960, -la misma época en la que los psiquiatras y psicólogos marxistas cubanos ponían empeño en estudiar y curar la homosexualidad-, en los Estados Unidos ocurría algo similar. El predominio de la teoría psicoanalítica en la psiquiatría norteamericana había comenzado a declinar, propiciando que otras teorías más rígidas sobre las diferencias sexuales se establecieran. Así, fue fortaleciéndose la idea de la homosexualidad como anomalía. Para los conductistas, la homosexualidad no era una perversión del patrón de desarrollo psicosexual, sino "consecuencia de una mala adaptación" y de un "aprendizaje inadecuado" (BAYER, 1987, p. 38, traducción personal). A pesar de las diferencias ideológicas con los estadounidenses, estas teorías les resultaban simpáticas a los reflexólogos cubanos. De hecho, la reflexología es considerada la predecesora inmediata del conductismo clásico (BRENNAN, 1999).

Respecto de la homosexualidad lo que caracterizó a la psiquiatría cubana en las primeras décadas de la revolución fue su transformación en instrumento fundamental de la política de higiene social socialista y del aparato estatal. Al respecto, Madero (2022), afirma:

Con esta concepción de higiene encaminada no solo a la cura sino fundamentalmente a la prevención, se estableció una conjunción entre el discurso médico que sustentaba las políticas orientadas al control moral y social. Aunque muchos de los profesionales con una presencia pública a inicios de la década de 1960 habían sido formados bajo el antiguo régimen, sus lenguajes y metodologías se fueron ajustando poco a poco a las necesidades del gobierno revolucionario (MADERO, 2022, p. 61).

¹³¹ El humor y la sátira política a favor del gobierno y en detrimento de los comportamientos disidentes fueron un instrumento fundamental en la consolidación del discurso oficial homofóbico (MADERO, 2022).

Es así como, en el contexto de las UMAP la psiquiatría también fue convocada. Para trabajar en las UMAP fue creado un equipo compuesto por psiquiatras y psicólogos que tenían por misión investigar y desarrollar métodos para revertir la homosexualidad, ahora en un ambiente experimental más controlado. Estos expertos, bajo el comando del Ministerio de las Fuerzas Armadas, trabajaban en dos dimensiones fundamentales: (1) La evaluación psicológica e ideológica de los sujetos homosexuales y, (2) La reversión de la orientación sexual.

Para eso, fueron creadas tipologías complejas de la homosexualidad, pero adaptadas al contexto político y social cubano. Las clasificaciones podrían ser, por ejemplo: 'homosexuales revolucionarios', 'no afeminados' o 'sin planes migratorios'¹³². Así, pretendían delimitar la profundidad de la orientación sexual, escudriñar en el deseo particular y las emociones de cada uno, así como establecer hasta qué punto la ideología revolucionaria y la homosexualidad serían compatibles. Unido a ello, los médicos debían explorar las posibilidades reales de tratamiento y cura (MADERO, 2016).

Además, dentro de las propias unidades, se crearon subdivisiones entre los reclusos, basadas en categorías creadas por el personal administrativo y los guardias. Así, por ejemplo, los homosexuales fueron ubicados en espacios diferentes a los demás internos (TAHBAZ, 2013), descalificando aún más la homosexualidad, vista como una especie de peligro biológico que debía ser aislado. Había en ese sentido una doble exclusión, la exclusión de la sociedad y ya dentro de las propias UMAP, la limitación del vínculo social con otros reclusos. Asimismo, el contacto de los cautivos con el exterior era escaso, se les censuraba la correspondencia y las visitas familiares se realizaban en un lugar especialmente diseñado para ello, separado de las instalaciones principales (TAHBAZ, 2013).

La disposición de espacios alternativos para las visitas responde a esta lógica propia de las instituciones punitivas, donde la realidad de los privados de libertad no se muestra al público ni a los extraños, buscando mantener un escenario paralelo con una representación más adecuada para el ejercicio del poder. Pero también ese aislamiento funcionaba para mantener el ambiente experimental un tanto 'estéril', lejos

¹³² La emigración, desde 1959 ha sido la principal 'vía de escape' de los cubanos en desacuerdo con el sistema político y económico instaurado por Fidel Castro. Hasta la década del 2000 la libre elección de abandonar Cuba estuvo seriamente limitada y controlada por el estado, por lo que muchos cubanos han recurrido a la emigración ilegal por mar.

de las supuestas influencias nocivas del medio en el que antes se desenvolvían, no fuera que ‘contaminasen’ el proyecto de ‘cura’.

Las UMAP funcionaban en base a una lógica que podemos llamar ‘de doble producción’, pues al mismo tiempo que se intentaban incrementar los resultados de la producción azucarera en beneficio de la economía del país, utilizando a los ‘enfermitos’ como mano de obra, se buscaba ‘producir’ nuevos cuerpos normalizados, transformar a los homosexuales en heterosexuales, a los religiosos en ateos, a los artistas e intelectuales en rudos trabajadores físicos y a los disidentes en adoradores acríticos del comunismo. Madero (2022), lo analiza de la siguiente forma: “La estrategia [del trabajo agrícola] tenía un fin correctivo y reeducativo y al mismo tiempo le permitió al Estado apropiarse de gran cantidad de fuerza de trabajo sin ofrecer compensación económica” (MADERO, 2022, p. 81).

Vemos, así como el cuerpo es un lugar privilegiado sobre el cual ejercen poder los dispositivos disciplinares y punitivos. En ese sentido, Foucault (2002) afirma:

(...) en nuestras sociedades, hay que situar los sistemas punitivos en cierta ‘economía política’ del cuerpo: incluso si no apelan a castigos violentos o sangrientos, incluso cuando utilizan los métodos ‘suaves’ que encierran o corrigen, siempre es del cuerpo del que se trata —del cuerpo y de sus fuerzas, de su utilidad y de su docilidad, de su distribución y de su sumisión (FOUCAULT, 2002, p. 27).

Ya en el aspecto específico de la reversión de la homosexualidad, los psiquiatras de las UMAP aplicaban las mismas técnicas ya conocidas de electroshock junto a imágenes de hombres desnudos que había propuesto el reconocido Arístides Agramonte, pero también sesiones de coma insulínico provocado (MADERO, 2016).

Las UMAP dejaron de existir a los tres años de su fundación en 1968, pero siguieron vivas la doctrina del trabajo físico como rehabilitación y las terapias de conversión. El trabajo agrícola y la explotación de las fuerzas físicas al extremo se aplicaron en nuevos dispositivos, esta vez denominados ‘granjas de rehabilitación’. Las granjas se ampliaron por todo el país y recibieron no sólo a sujetos descontentos con la revolución, sino también a presos comunes y a políticos sentenciados por la justicia. En este sentido, el libro *Antes que anochezca*, del escritor cubano Reinaldo Arenas, es bastante ilustrativo.

Arenas, quien había sido uno de los intelectuales cubanos más perseguidos no solo por su orientación sexual, sino también por sus ideas políticas contra el gobierno, llamó a esas granjas de rehabilitación ‘campos de trabajos forzados’

(ARENAS, 1992). Con esto, el autor trató de ilustrar la función disciplinaria de estos espacios, sustitutos de las UMAP, que, según él, lo único que habían cambiado era el nombre, porque seguían aplicando los mismos métodos y el mismo objetivo: la reeducación política y la reconversión sexual.

Arenas relata en este libro uno de los mayores ataques de la policía contra grupos descontentos con la revolución, a fines de la década de 1960:

Irónicamente, aquella misma noche en que Cintio¹³³ se declaraba castrista, se hacía en La Habana una de las más grandes recogidas de jóvenes; una redada brutal de la Seguridad del Estado en la que cientos y cientos de jóvenes eran arrestados a golpes por la policía y eran llevados a los campos de concentración, pues se necesitaban brazos para cortar la caña. Se acercaba la zafra y aquellos jóvenes vitales y melencólicos, que todavía osaban pasearse por las calles, fueron todos arrastrados, como antaño los indios y los negros esclavos, a las plantaciones azucareras. Era el fin de una época, clandestina y perentoria, pero aún cargada de creatividad, erotismo, lucidez y belleza. Nunca más aquellos adolescentes volvieron a ser lo que eran; luego de tanto trabajo forzado y vigilancia en general se volvieron fantasmas esclavizados, que no tenían a su alcance ni siquiera las playas, muchas de las cuales fueron clausuradas y convertidas en centros sindicales sólo para oficiales del ejército castrista o para turistas extranjeros (ARENAS, 1992, p. 153).

En el campo de la psiquiatría la investigación sobre la homosexualidad y su cura continuaba ‘a todo vapor’ y los consultorios de psiquiatras y psicólogos continuaron atendiendo a niños ‘amanerados’ y a niñas ‘marimachas’, así como a adultos ‘enfermitos’ o ‘confundidos’ sexualmente, desde su visión homofóbica. Muchos padres y madres alarmados y angustiados llevaron a sus hijos al psiquiatra o al psicólogo, al sospechar algún tipo de comportamiento homosexual, buscando respuestas médicas y con la esperanza de frenar una supuesta desviación sexual.¹³⁴ (MADERO, 2006; 2022).

Madero (2022) relata que, en diferentes hospitales del país fueron creados “equipos de investigación” sobre la homosexualidad. El Hospital Docente Calixto García, una referencia en la medicina cubana y el Hospital infantil William Soler fueron unos de los más destacados. Una de las investigaciones, comandada por Noemí Pérez Valdés en 1970, buscaba “medir la propensión de los homosexuales a la ostentación y el exhibicionismo” (MADERO, 2022, p. 129).

¹³³ Se refiere a Cintio Vitier, reconocido poeta e intelectual cubano de la década de 1960 que inicialmente formaba parte de un grupo crítico a los rumbos de la revolución cubana, pero que después se alineó con la política oficial del gobierno y en la represión a los artistas e intelectuales cubanos.

¹³⁴ Algunos relatos de estas personas pueden ser consultados en el libro *Del otro lado del espejo. La sexualidad en la construcción de la nación cubana*, de Abel Sierra Madero (2006).

Noemí Pérez, a pesar de no haberse formado como psiquiatra o psicóloga estuvo muy vinculada a estos temas, siendo una de las responsables por trazar la política de orientación psicológica a padres en el Ministerio de Salud Pública. A mediados de la década de 1950 había obtenido su título de Doctora en Filosofía y Letras en la Universidad de La Habana y en 1961 comenzó a trabajar como profesora de Psicología en la misma universidad.

Al mismo tiempo comenzó a dirigir el Departamento de Psicología del Hospital Calixto García, posición que le permitió desarrollar su investigación sobre la homosexualidad algunos años después. Como esta especialista había decidido investigar un tema de interés fundamental para la psiquiatría y la psicología, rápidamente alcanzó renombre a nivel nacional y se tornó una de las decisoras sobre las políticas sobre la homosexualidad en Cuba.

En su investigación, Noemí Pérez había decidido utilizar como método diagnóstico la técnica proyectiva del dibujo de la figura humana, creada por la psicóloga norteamericana de origen bielorruso Karen Machover. La prueba de Machover le resultaba de gran utilidad a Pérez pues en él había varias referencias al tema de la homosexualidad e indicadores específicos al respecto, según su creadora. Así, por ejemplo, Machover entendía que, en el caso de los hombres, si al dibujar una figura masculina de frente se le notaban las caderas o si al hacerlo de lado los glúteos resaltaban, esto debía interpretarse como indicador de homosexualidad o, en el caso de sospecharse una inclinación o conflicto homosexual como una confirmación (MACHOVER, 1961).

Para su investigación, la especialista cubana había trabajado con dos grupos. El primero, catalogado como “grupo experimental” estaba compuesto por cien sujetos, considerados portadores de una “conducta homosexual manifiesta y confesa”. El segundo grupo, catalogado como “grupo de control”, serían sujetos “sin indicadores de conducta homosexual” (MADERO, 2022, p. 129). Al final del estudio, Noemí Pérez había concluido que los del grupo experimental, es decir, los clasificados como abiertamente homosexuales, habían dibujado con más frecuencia figuras humanas de frente, lo que para ella confirmaba en, este grupo, la existencia de indicadores de “exhibicionismo, narcisismo y ostentación” (MADERO, 2022, p. 130).

En ese sentido, para Madero (2022), pueden extraerse dos conclusiones del estudio de la profesora cubana: la primera, que, la interpretación otorgada por ella a los dibujos del primer grupo confirmaba que estas personas no se identificaban con el

modelo masculino de hombre nuevo cubano (obrero, campesino, militar); y la segunda, que ese 'saber experto' reforzaba más aún la homofobia estatal. A esto podría agregarse una tercera conclusión: como, una vez más, los expertos cubanos intentaban adaptar determinadas técnicas, ya fueran terapéuticas o diagnósticas, a sus intereses investigativos y algunas veces al contexto político.

Habíamos visto estas adaptaciones a finales de la década de 1950, con la aplicación del electroshock de forma intensiva por parte de psiquiatras cubanos en el hospital de Mazorra, luego, a inicios del periodo de soviétización de la psiquiatría, nuevamente el uso del electroshock para revertir la homosexualidad y ahora, una interpretación particular de la prueba de Karen Machover. Si bien, la interpretación de Machover no dejaba de ser homofóbica, en el caso de Noemí Pérez, lo era aún más. La especialista cubana no solo eligió de forma predeterminada sujetos ya 'clasificados' como homosexuales, sino que también, el hecho de dibujar las figuras de frente y no de lado, era suficiente para confirmar los indicadores que ella buscaba, es decir, de 'manifestaciones públicas' de su elección sexual.

La orientación homosexual no preocupaba tanto a los higienistas cubanos, sino la libre expresión de conductas consideradas contrarias a la moral socialista. Es decir, lo que ocurriera en el ámbito privado no era asunto tan perseguido por las autoridades y sí lo que ocurriera en público. De esa forma, conceptos como 'ostentación' y 'exhibicionismo' han sido clasificaciones dadas por psiquiatras, psicólogos, pedagogos, autoridades policiales y penalistas a formas de vestir, de relacionarse o de expresarse fuera del patrón heteronormativo revolucionario y, por tanto, consideradas como riesgos. Ahí, en ese punto de identificación del riesgo en la expresión comportamental radicaba el aporte de Noemí Pérez a los estudios psicológicos cubanos sobre la homosexualidad.

Las investigaciones sobre las características de la homosexualidad se vieron reforzadas por los manuales de clasificación de enfermedades mentales. Como fue mencionado, los psiquiatras cubanos, siguiendo la ruta de sus colegas en China y la Unión Soviética habían realizado su propia adaptación del manual de clasificación internacional de enfermedades. Así, en la primera versión del Glosario Cubano de 1971, adaptación de la CIE-8, había dedicado todo un capítulo a las *Desviaciones sexuales*, entre las que se incluía a la homosexualidad.

La 'tarea' de explicar los detalles había quedado reservada al psiquiatra Jorge López Valdés, profesor instructor y jefe del Departamento de Psiquiatría y Psicología

Médica del municipio habanero 10 de octubre. López Valdés fue uno de los autores no solo del GC-1 (Glosario Cubano de enfermedades mentales, primera versión) sino también del libro *Propedéutica y Clínica Psiquiátricas*, texto básico en la formación de médicos y psiquiatras cubanos en la etapa revolucionaria, sustituto del hasta entonces usado *Manual de Psiquiatría*, del famoso psiquiatra ruso Oleg Vasilievich Kérbikov y que había sido traducido al español por Florencio Villa-landa.

En el prólogo de *Propedéutica...* se lee: “la formación en el aspecto psicológico y psiquiátrico de un estudiante revolucionario, que pertenece a una universidad socialista, debe tener como filosofía la marxista-leninista, consecuente con la de nuestro país” (NODAL et. al., 1991, s/p). El objetivo de escribir este libro era que los estudiantes de psiquiatría cubanos tuvieran acceso y contaran con un material detallado sobre la “reorganización” de la clasificación de enfermedades mentales, o sea, la adaptación al contexto cubano de la CIE-8 (NODAL et. al., 1991, s/p).

En el capítulo titulado *Desviaciones Sexuales*, el psiquiatra López Valdés utiliza el nombre de “perversiones sexuales” para explicarlas, definiéndolas como

aquellos comportamientos o prácticas que sustituyen, con marcada predilección o en forma exclusiva, a las condiciones normales de la actividad sexual y del orgasmo. Esta perversión no se manifiesta solamente en el comportamiento sexual, sino que, en concordancia con la aberración del deseo, coincide con alteraciones del carácter, de la personalidad y de la vida social (NODAL et. al., 1991, p. 279).

Sobre la homosexualidad específicamente, Valdés define dos tipos. El primero sería ‘el homosexual neurótico’ y el segundo ‘el homosexual psicópata’. Para el psiquiatra, el homosexualismo de tipo neurótico “puede transcurrir con una conducta socialmente adecuada y en muchos casos, además de la relación homosexual, el afectado puede mantener relaciones heterosexuales, contraer matrimonio, tener hijos, etcétera”. Además, en este tipo Valdés situaba a homosexuales

con un buen nivel intelectual, así como patrones de conducta adecuados, que reconocen como base de su homosexualidad conflictos de naturaleza neurótica. En estos casos su condición de homosexual les crea angustia y lo anteriormente expresado forma parte de la lucha contra su desviación (NODAL et. al., 1991, p. 281).

Del otro lado, Valdés sitúa al homosexual psicópata, en el cual se observaría “una conducta social desordenada y escandalosa, haciendo gala y alarde de su desviación” (NODAL et. al., 1991, p. 281). Una vez más aparece la cuestión de la

libertad de expresarse como una preocupación de los psiquiatras higienistas cubanos, tal como habíamos visto en el estudio de Noemí Pérez sobre el ‘exhibicionismo’.

Han sido precisamente aquellos homosexuales que no aceptaron adaptarse al patrón heteronormativo ni someterse a tratamientos homofóbicos de conversión, los que más represión han sufrido, tanto por parte de la medicina como por las instituciones policiales y jurídicas. El mismo Valdés lo explica:

algunas desviaciones sexuales, tales como la pedofilia, necrofilia, exhibicionismo, etcétera, están previstas y penadas en nuestras leyes. Otras, como el homosexualismo, fetichismo, etcétera, no son penadas por sí mismas, sino cuando de ellas se derivan delitos tales como escándalo público, frecuentemente en el homosexualismo, robo, que a veces se deriva del fetichismo, o lesiones y hasta homicidio como consecuencia de prácticas sadistas (NODAL et. al., 1991, p. 284).

La homosexualidad era considerada como un ‘vicio’ y también un delito hacía tiempo en la legislación penalista cubana. En el Código de Defensa Social de 1936, de fuerte tendencia prevencionista, se colocaba a la homosexualidad entre los actos delictivos que atentaban contra las ‘buenas costumbres’. El capítulo I “Delitos contra las buenas costumbres” de este código, contemplaba varios tipos de actos: violación y abusos deshonestos; estupro y corrupción de menores; proxenetismo y trata de blancas; y escándalo público. Este último era el que tipificaba la homosexualidad como delito, pero con el nombre de ‘pederastia’.

Así, en este capítulo la sección nro. 4 “Delito de escándalo público”, artículo 105, inciso 1, establecía: “El que con grave escándalo se dedique habitualmente a la pederastia, activa o pasiva, o haga pública ostentación de ese vicio, o importune o solicite con su requerimiento a otro”. De la misma forma, el inciso 2 venía a complementar: “El que con exhibiciones impúdicas o cualquier otro acto de escándalo público, ofenda al pudor o a las buenas costumbres” (MARTÍNEZ, 1939, p. 106).

Después de la revolución y con las transformaciones radicales que se operaron en el campo jurídico cubano, la visión homofóbica no cambió. Así, vemos en la Ley nro. 21 “Código Penal” de 1978, sustituta del Código de Defensa Social, la homosexualidad continuó considerándose un delito. Al Capítulo 1, que antes era ‘Delitos contra las buenas costumbres’ le fue cambiado su nombre para ‘Delitos sexuales contra el normal desarrollo de las relaciones sexuales’, dándole quizás un aire de cientificidad a los términos, pero manteniendo la esencia homofóbica en uno de sus apartados.

A la misma cuarta sección, el nombre le fue reducido para “Escándalo público”, pero reforzó aún más la política de coerción a la homosexualidad. En el artículo 359 de esa sección se lee que será sancionado con privación de libertad o multa todo aquel que:

- a) haga pública ostentación de su condición de homosexual o importune o solicite con sus requerimientos a otro;
- b) realice actos homosexuales en sitio público o en sitio privado pero expuestos a ser vistos involuntariamente por otras personas (CALDERÍO, 1979, p. 108)¹³⁵.

Podemos ver cómo la cuestión de lo público era una preocupación recurrente tanto en los discursos político y jurídico como en el médico-psiquiátrico respecto a la homosexualidad. La cuestión de la estética y de los atributos extranjeros, los “*shows feminoides*” asociados a las formas de diversión donde participase alguna persona homosexual, entre otros fueron para el líder Castro conductas negativas para la Revolución. Todos estos elementos apuntaban a un denominador común: el exhibicionismo, el uso del espacio público.

Esos indicadores de exhibicionismo son los que buscaba la doctora Noemí López en los sujetos investigados y esos mismos indicadores, llamados ‘conducta desordenada y escandalosa’ a los que se refería el psiquiatra López Valdés cuando enseñaba a los alumnos de psiquiatría y psicología las características del homosexual psicópata, según él, la forma más grave. Ese exhibicionismo o uso del espacio público era el que se pretendía esconder, eliminar o al menos cohibir a través aislamiento y el trabajo forzado o con electroshocks.

Esos indicadores de ‘ostentación pública’ eran los que venían insertados en la legislación penalista cubana desde la década de 1930 y que los convertían en delitos. Es así como esos diferentes discursos homofóbicos se complementaban y encontraban legitimidad en los otros. El discurso político definía lo que era correcto y lo que no, lo que estaba dentro de la Revolución y lo que correspondía al modelo de ‘macho revolucionario’, y esas definiciones eran el material del que se servían los penalistas revolucionarios para enmarcar a la homosexualidad como un delito, de esta

¹³⁵ Sólo varios años después, en 1997, con la creación de un nuevo código penal (ley nro. 62), se modifica el capítulo de escándalo público, llamándose en adelante “Ultraje sexual”, desapareciendo también la homosexualidad como delito, cambiándose el acto conocido como “requerimientos homosexuales” para el de “requerimientos sexuales” (CUENCA, 2013).

vez, contra la moral socialista. Al mismo tiempo, tanto el discurso político como el jurídico encontraban soporte científico en las investigaciones de la psiquiatría sobre las manifestaciones de la sexualidad homoafectiva y las formas ‘médicas’ de revertirlas.

5.2 ‘PASTILLAS PARA LOS NERVIOS REVOLUCIONARIOS’

Quien diga que el capitalismo se desalienta es mentira, el capitalismo hay que arrancarlo de raíz, el parasitismo hay que arrancarlo de raíz, la explotación del hombre hay que arrancarla de raíz (APLAUSOS).

De todas maneras, hay que decir con toda claridad —y está de más que la Revolución no anda deseosa de andarse buscando enemigos gratuitos, pero tampoco puede andar con temor a buscarse los enemigos que sean necesarios, hay que decir que no tendrán porvenir en este país ni el comercio ni el trabajo por cuenta propia ni la industria privada ni nada. Porque el que trabaja por cuenta propia que pague entonces el hospital, la escuela, lo pague todo, ¡y lo pague caro! (APLAUSOS)

(...) Cada cosa debe enseñarnos, cada hecho debe fortalecer la Revolución, cada experiencia. Y entendemos que este momento es un momento de emprender a fondo una poderosa **ofensiva revolucionaria** (APLAUSOS) (CASTRO, 2013, p. 4478, destacado nuestro)¹³⁶.

La década de 1970 estuvo marcada por las consecuencias de grandes sucesos en la historia de Cuba. En octubre de 1967 había sido capturado y ejecutado extrajudicialmente el líder guerrillero Ernesto “Ché” Guevara. La muerte de El Ché tuvo al menos dos grandes efectos psicológicos en la población cubana: la mistificación y adoración casi religiosa de su figura y la creación de un estado de duelo masivo por un período de tiempo prolongado. La elevación de El Che a la categoría de mártir contribuyó más aún al fortalecimiento del modelo de ‘hombre nuevo’ comunista, opuesto a la del ‘enfermito’, ‘vago’, ‘degenerado’, ‘contrarrevolucionario’ (ROJAS, 2015).

Al año siguiente, 1968, comenzó un periodo de transformaciones económicas radicales. Siguiendo el modelo soviético, unos años atrás se habían nacionalizado las grandes empresas privadas, pero a partir de ese momento cualquier vestigio de capitalismo quedó condenado. Fidel Castro dejaba inaugurada el 13 de marzo de 1968 la llamada ‘ofensiva revolucionaria’, que tenía como objetivo poner fin a las empresas minoristas y los pequeños negocios privados que aún sobrevivían a los embates del

¹³⁶ Discurso pronunciado por Fidel Castro en el acto conmemorativo del XI aniversario de la acción del 13 de marzo de 1957, en la Escalinata de la Universidad de la Habana, el 13 de marzo de 1968.

nuevo modelo político y económico. Nuevas formas de existencia se sumaban a la lista de enemigos de la revolución. Ya no eran solamente los artistas e intelectuales, los homosexuales o los vagos, sino también los pequeños productores, empresarios y propietarios de negocios locales.

Desde el dueño de alguna farmacia en cualquier barrio del país, que había conseguido acumular algo de capital y llevar adelante su negocio hasta el que había instalado un simple puesto de venta de sándwiches en una esquina, sustento de su familia, vieron sus vidas cambiadas radicalmente. Ya no eran emprendedores sino ‘burgueses enemigos’ de la Revolución. En la nueva sociedad socialista solo habría espacio para el ‘hombre nuevo’, es decir, los obreros, campesinos, militares, militantes comunistas, estudiantes, etc., reunidos bajo el manto protector del Estado y de probada trayectoria revolucionaria.

Afirma Chepe (2012) que inmediatamente después de desatada la ofensiva revolucionaria “ocurrió un enorme deterioro económico y la disminución extraordinaria en la disponibilidad de alimentos y servicios” (CHEPE, 2012). La prensa oficial, específicamente el periódico *Granma*, órgano oficial del Partido Comunista de Cuba, presentaba como un logro la nacionalización de

55.636 pequeños negocios, muchos operados por una o dos personas. Entre ellos 11.878 comercios de víveres (bodegas), 3.130 carnicerías, 3.198 bares, 8.101 establecimientos de comida (restaurantes, friterías, cafeterías, etc.), 6.653 lavanderías, 3.643 barberías, 1.188 reparadoras de calzado, 4.544 talleres de mecánica automotriz, 1.598 artesanías y 3.345 carpinterías (CHEPE, 2012).

En ese contexto, otras políticas similares como *El cordón de La Habana* o la *Zafra de los 10 millones* fueron desarrolladas por el gobierno, a fin de implicar a la población en una estrategia de superproducción agrícola. Al respecto, Rojas (2015), afirma:

La idea era movilizar la fuerza de trabajo nacional a favor de la producción gigantesca de bienes muy cotizados en el mercado socialista, con el fin de obtener los ingresos que necesitaba el Estado para mantener su amplia dotación de derechos sociales. No renunciaba el gobierno cubano a su inserción en la red comercial del campo socialista, sino que optaba por explotarla al máximo, por medio de una saturación de productos básicos como el azúcar o el café (ROJAS, 2015, p. 159).

El Cordón de la Habana o como fue llamado oficialmente, el Plan Cordón de La Habana fue diseñado por el gobierno cubano buscando la autosuficiencia alimentaria de la capital cubana (MAHLER, 2015). Para ello debía llevarse a cabo la

'ruralización' de La Habana y ser plantadas unas 19 000 hectáreas de árboles frutales, plantas de café y caña de azúcar del total de 55 000 hectáreas que ocupa la capital. En esta política también había una intención política marcada, como lo muestra Gavira (1976):

las 'columnas juveniles de trabajo' (...) sembrarán y cortarán caña en todas las regiones de la isla, así como equipos de educadores, constructores, etc. En una palabra, la ciudad de La Habana hasta entonces parasitaria y pequeño burguesa se 'proletariza' (GAVIRA, 1976, p. 72).

Algo similar ocurrió con la zafra azucarera. A partir del año 1969 se desató una extensa campaña de movilización a nivel nacional para el cultivo de caña de azúcar. El líder cubano Fidel Castro había prometido que para 1970 se habrían cortado 10 millones de arrobas de caña. Para ello todos los sectores de la población fueron puestos en función de la zafra y de alcanzar la meta propuesta por él. A pesar de ello, la zafra fracasó y no se alcanzaron los 10 millones de arrobas prometidas. El escritor cubano Jesús Días, en su novela *Las iniciales de la tierra* describe aquel ambiente de movilización de la manera siguiente:

Bajo aquel agosto calcinante, La Habana parecía un cementerio. En las puertas cerradas de barberías, bares, oficinas, talleres y restaurantes había cartelitos: «Estamos en Zafra». Las calles estaban tan desiertas como los polvorientos terraplenes de Sola. Pero la Terminal de ómnibus era un hormiguero, cientos de personas pululaban por los andenes luchando por embarcarse y otras tantas esperaban sentadas en el piso, sobre papeles de periódico (DÍAZ, 1997, p. 374).

Es así como, la atmósfera social cubana de las primeras décadas de la revolución era una especie de 'hervidero' de emociones, a veces opuestas, donde se mezclaban la euforia revolucionaria por el cambio de gobierno, la esperanza por un futuro mejor, pero también el miedo a la represión, la necesidad de ser políticamente correcto, la angustia por la escasez económica y el estado de alerta constante ante una posible invasión militar o una guerra nuclear protagonizadas por el nuevo enemigo político, los Estados Unidos. Y como se trataba de emociones, la psiquiatría estaba presente.

Jennifer Lambe (2018), sobre las consecuencias psicológicas del cambio político y la participación de los psiquiatras cubanos afirma: "A principios de la década de 1960, ningún devoto de la revolución dedicó más tinta y angustia a esta cuestión que los propios profesionales de la salud mental" (LAMBE, 2018, p. 169, traducción personal). La autora añade que las figuras más encumbradas de la psiquiatría

marxista-leninista cubana, como Diego González Martín, Carlos Acosta Nodal o Florencio Villa Landa veían resultados extremadamente positivos en los cambios sociopolíticos, creyendo que no solo eliminarían los vestigios del capitalismo y por tanto de enfermedad mental, sino también las conductas asociadas a aquel sistema, es decir, la delincuencia, la vagancia, la prostitución y la homosexualidad, fenómenos caros a la psiquiatría revolucionaria (LAMBE, 2018).

La ‘revolución farmacológica’ en el campo de la psiquiatría había comenzado varios años antes de la revolución cubana y a pesar de que el sustento epistemológico de esa práctica en Cuba cambió hacia la reflexología, no había conflictos sobre la prescripción de medicamentos. Tanto los psiquiatras cubanos como los soviéticos encontraban en la psicofarmacología una herramienta efectiva para los problemas de ‘los nervios’¹³⁷. Afirma Lambe (2018) que, a escala internacional, el desarrollo y la “popularización” de los tranquilizantes coincidió con la “era de la ansiedad” provocada por la Guerra Fría y en el caso de Cuba, el entusiasmo por los tranquilizantes aumentó después de 1959, llegando para quedarse (LAMBE, 2018, p. 221, traducción personal).

En 1962, Edmundo Gutiérrez Agramonte se dispuso a experimentar con Tofranil (Imipramina) en un grupo de pacientes diagnosticados con depresión. Los resultados los publicó en el artículo *El tratamiento preventivo de las depresiones con el Tofranil*. El reconocido psiquiatra comenzó defendiendo el Tofranil como un remedio eficaz para el tratamiento de “los estados depresivos” y las condiciones asociadas a ellos (AGRAMONTE, 1962, p. 109). Hasta ese punto el psiquiatra coincidía con sus colegas de otros países.

La Imipramina había comenzado a tener suceso entre los psiquiatras norteamericanos, como parte del *boom* farmacológico de aquella época (AZIMA, 1959) y tal como afirma Caponi (2019), es a principios de la década de 1950 que se percibe un aumento considerable de las publicaciones en torno de la psicofarmacología. En ese sentido, el psiquiatra norteamericano Donald Blair (1960) afirmaba que el tratamiento de la depresión era un campo hasta entonces dominado por la Terapia Electroconvulsivante y a pesar de que ya se ensayaban otros medicamentos (Anfetamina, Dexedrine, Drinamyl, Meratran, Ritalina, Chlorpromazina,

¹³⁷ Es común en Cuba la expresión “enfermo de los nervios” para referirse a alguien diagnosticado con una enfermedad mental o tratado por psiquiatría.

Stelazina, Fentazin, Reserpina, etc.) la ‘efectividad’ no era la esperada, excepto en la depresión esquizofrénica.

El uso de fármacos en el tratamiento de la depresión diferente de la neurótica habría sido decepcionante y rara vez exitosa según su opinión, la que según él era compartida probablemente por la mayoría de los psiquiatras clínicos (BLAIR, 1960). Sin embargo, Blair sostenía que la Imipramina¹³⁸ conseguiría contrarrestar y disipar la depresión de una manera diferente y más potente que cualquier fármaco fabricado hasta ese momento.

Pero el psiquiatra cubano, como ya habíamos visto, no se conformaba con replicar tratamientos, sino que, al igual que otros de sus colegas, mostraba cierta predilección por la experimentación. Así, haciendo uso de la Imipramina en un grupo de sus pacientes, se había propuesto probar su eficacia para prevenir “nuevos brotes depresivos” (AGRAMONTE, 1962, p. 110). Agramonte dividió a los participantes de su experimento en tres grupos, uno de 18, otro de 13 y el último de 14 sujetos. Los criterios de selección fueron los siguientes:

1. Antecedentes hereditarios positivos de psicosis maniaco-depresiva o estados afines.
2. Brotes depresivos o equivalentes, recidivantes, de corta duración, con periodos intervalares de salud relativamente cortos. Algunos de estos enfermos han presentado en ocasiones brotes de elación o manía, alternando con los depresivos.
3. Retardo psicomotor durante las fases depresivas.
4. Variaciones diurnas de la sintomatología, predominando las mejorías vespertinas.
5. Insomnio matinal.
6. Anorexia y pérdida de peso (AGRAMONTE, 1962, p. 110).

El psiquiatra no explica si en los sujetos seleccionados debían estar presentes la totalidad de esos criterios o si la existencia de al menos uno de ellos sería suficiente. Tampoco aparece información sobre la edad o el sexo de los sujetos, ni si estaban internados o en tratamientos ambulatorios. Al primer grupo de participantes, el de 18 sujetos, Agramonte le administró entre 25 y 100 mg de Imipramina, la mitad de la llamada ‘dosis de mantenimiento’ diaria, establecida para esos casos (AZIMA, 1959; BLAIR; 1960; AGRAMONTE, 1962; KLEINMAN, 2020).

Al segundo grupo, el de 13 sujetos, Agramonte le suministró la ‘dosis de mantenimiento’, es decir, entre 50 y 200 mg, pero con “finalidad preventiva”. Al tercer

¹³⁸ La Imipramina fue descubierta en 1957 por el psiquiatra suizo Roland Kuhn.

grupo, de 14 sujetos, le administró, además de la dosis de mantenimiento, entre 200 y 400 mg de Clorpromazina diariamente. A este último grupo el psiquiatra los describía como con episodios de excitación, de ahí la aplicación de la Clorpromazina.

Los resultados descritos por Agramonte fueron los siguientes: los sujetos del primer grupo, a los que solo se les había administrado la “dosis baja”, habían vuelto a tener brotes de depresión, por lo que el psiquiatra concluyó que la Imipramina, en esas cantidades, no era capaz de prevenirlos. A pesar de ello, afirma Agramonte que los nuevos brotes no alcanzaban “todo su esplendor”, provocando más bien una “disminución de su capacidad para el trabajo; pérdida de su estado de lozanía anterior, anorexia e insomnio no muy intensos”. Los síntomas descritos desaparecieron cuando él les aumentó la dosis (AGRAMONTE, 1962, p. 111).

Con los del segundo grupo, a los que se les administró la dosis de mantenimiento no observó cambios en su estado, pero tampoco aparecieron nuevos brotes. Y finalmente, sobre los del tercer grupo, a los que les había administrado Clorpromazina y la dosis de mantenimiento de Imipramina, Agramonte afirma que estos se habían mantenido “estabilizados y reintegrados a sus ocupaciones habituales” (AGRAMONTE, 1962, p. 112). Por todo eso, el psiquiatra cubano concluyó que las dosis de mantenimiento de Imipramina o Tofranil (50 a 100 mg), resultaban efectivos para prevenir nuevos brotes de depresión a corto plazo. Unido a ello, si la Imipramina se usaba juntamente con la Clorpromazina la eficacia aumentaría pues se conseguiría prevenir tanto los brotes depresivos como la excitación.

Como mencionado, el artículo de Agramonte carece de informaciones que podrían ser valiosas para entender mejor su maniobra terapéutica. El lector debía conformarse con la pobre explicación y los resultados simples que el psiquiatra presentaba. Agramonte no se refirió a los efectos colaterales de los medicamentos aplicados en su experimento, mucho menos a las particularidades subjetivas de cada caso o de estrategias psicoterapéuticas concomitantes que podrían haber sido aplicadas y que podrían haber influido en una mejora de los síntomas. Lo que más importaba para el psiquiatra cubano era la confirmación de los efectos preventivos del medicamento en pacientes con histórico de depresión. A pesar de ello, no encontré referencias al uso preventivo de la Imipramina en sujetos no diagnosticados con depresión, y tampoco estudios que dieran continuidad a ese asunto.

No obstante, la maniobra experimental de Agramonte permite entender que la psiquiatría cubana también estaba atravesada por la moda farmacológica, aun cuando

tales tendencias habían surgido en el campo de la llamada 'psiquiatría capitalista' o 'burguesa'. De un lado o de otro, con la llamada revolución farmacológica la psiquiatría buscaba legitimar nuevos saberes, buscando aumentar su prestigio en el campo médico. Al respecto afirma Caponi (2019) que se trata de "la urgencia de mostrar para la sociedad en general que la psiquiatría puede ser capaz de curar haciendo uso de un fármaco eficaz, del mismo modo que sería posible curar la sífilis con penicilina" (CAPONI, 2019a, p. 25, traducción personal).

Por otro lado, la medicación para prevenir nuevos brotes de depresión se inscribe en la lógica disciplinar en el campo de la psiquiatría que busca el mantenimiento de un cierto orden, tanto dentro de las salas del hospital como fuera de ellas. Así, se espera del paciente un 'funcionamiento mental normal', donde los sujetos se comportan de acuerdo con lo esperado por el médico, es decir, de forma dócil frente a los tratamientos.

Es justamente en ese contexto que la presencia de la psiquiatría en la sociedad cubana aumentaba considerablemente. La proliferación de la psicofarmacología que había iniciado varios años antes en el campo psiquiátrico encajaba muy bien en la ampliación de la psiquiatría cubana revolucionaria. Los nuevos tiempos generaban 'alteraciones nerviosas' y los psiquiatras cubanos tenían su arsenal terapéutico preparado, sus máquinas de electroshock, sus jeringuillas con insulina y sus tabletas de psicofármacos (LAMBE, 2019). Con la soviétización de la psiquiatría cubana los métodos de tratamiento psiquiátricos no habían cambiado mucho. El enfoque marxista-leninista y la reflexología que se impusieron a la terapéutica psiquiátrica no hicieron otra cosa que darle un fundamento filosófico y teórico nuevo, pero manteniendo la esencia en la aplicación.

Después de comenzada la ofensiva revolucionaria de 1968, la cantidad de internaciones en el Hospital de Mazorra creció notablemente, así como las consultas externas con los psiquiatras y el uso de tranquilizantes como el meprobamato y el diazepam. A partir de esa época se hizo común en Cuba que la población accediera con relativa facilidad al clordiazepoxido, al diazepam, al meprobamato y al nitrazepam, pues el poder de prescripción no se limitaba al psiquiatra, sino que, cualquier médico general podía hacerlo (LAMBE, 2018).

Tal fue el impacto de la medicación y automedicación en los cubanos que, en 1966 el psiquiatra Manuel Cortiñas publicaba un artículo titulado *Las posibilidades habituales del Meprobamato*. El psiquiatra se mostraba preocupado por "la amplitud

y la continuidad con que el Meprobamato es usado en la práctica médica, así como la utilización que del mismo hacen los pacientes sin previa autorización facultativa”. A partir de sus efectos como relajante muscular y de su acción ansiolítica su uso se popularizó entre los cubanos frente a los dolores musculares, pero también frente al estrés. Unido a ello, era un medicamento vendido en las farmacias cubanas sin necesidad de recetas médicas (CORTIÑAS, 2019, s/p).

Cortiñas afirma que habría una toxicidad y una intolerancia bajas frente al meprobamato, lo que pudiera explicar la expansión de su uso en la población cubana. Incluso, algunas reacciones descritas (náuseas, vómitos, somnolencia, astenia, erupciones cutáneas) podrían desaparecer rápidamente si se descontinuaba su uso, pero también, afirma el médico, en los casos tentativas de suicidio el meprobamato no había resultado efectivo (CORTIÑAS, 2019).

El meprobamato pasaría a ser incluido en la lista de sustancias adictivas junto al alcohol y la preocupación principal de Cortiñas era la de cómo encontrar un tratamiento de deshabitación adecuado. En los 4 casos tratados por él en el Hospital de Mazorra, Cortiñas aplicó la “supresión lenta” del medicamento, junto a la psicoterapia directiva. En uno solo de los casos, el psiquiatra habría usado además el electroshock, justificándolo por la existencia de “una psicosis paranoide aguda” que habría surgido después de la supresión brusca del meprobamato (CORTIÑAS, 2019, s/p). Cortiñas concluye su breve artículo confirmando el poder adictivo del meprobamato y haciendo un llamado al control farmacéutico del medicamento, es decir, la necesidad de que su uso se hiciese por prescripción médica y previa presentación de la receta.

5.3 LA AMPLIACIÓN DE LA PSIQUIATRÍA REVOLUCIONARIA

En la década de 1970 el sistema de salud cubano se reorganizó en lo que se llamó la “regionalización de los servicios de salud”, que consistió en la descentralización geográfica de los servicios de salud, es decir, la distribución de los mismos servicios a las diferentes regiones, en la medida de lo posible. De esa forma, “se creó una red de policlínicas, hospitales regionales y especializados a lo largo del todo el país” (FRANCO, 2007). Al mismo tiempo y como parte de esa reorganización, las “acciones de salud” se concentraron en un mando local único, aunque

subordinados a una dirección y a un programa centralizado a nivel nacional (ALVAREZ PEREZ et. al., 2008).

El proceso de regionalización se explica de la siguiente manera:

El espacio de la regionalización ha sido definido como el espacio político-administrativo y sanitario, a nivel nacional, provincial o municipal, en el cual se ha producido un ejercicio de reorganización de los servicios con vistas a adecuar la oferta de servicios a la demanda/necesidad definida en la población para mejorar su estado de salud actuando sobre todos sus factores determinantes (ALVAREZ PEREZ et. al., 2008).

En la práctica este nuevo orden permitió la ampliación de los servicios médicos y la colocación de especialistas en las diferentes regiones, agrupados por sectores o centros de salud, evitándose así la dependencia de los grandes hospitales y el desplazamiento de los pacientes hacia las regiones donde estos se concentraban. La regionalización de los servicios de salud cubanos se inspiraba directamente en la organización de estos mismos servicios en la Unión Soviética y el resto de los países socialistas. Esa nueva organización descansaba en tres principios fundamentales: 1) la prevención; 2) el carácter ambulatorio de la atención médica y; 3) la sectorialización.

Terris (1989) explica cada uno de estos principios de la siguiente manera:

Las medidas preventivas han sido muy enfatizadas en todos los servicios nacionales de salud. Ellas incluyen no sólo el control de los riesgos ambientales y ocupacionales, y las campañas dirigidas contra las enfermedades infecciosas y en defensa de la salud materno infantil, sino que también se otorga gran importancia a la detección temprana, cada año se hacen catastros a varios millones de personas, y el seguimiento, para supervisión preventiva, de los grupos vulnerables de la población y las personas con enfermedades crónicas (TERRIS, 1989, p. 3).

En el caso del carácter ambulatorio, se trataba de

la construcción de centros de salud comunales o de fábrica, limitados a las personas que deben ser atendidas. Estos centros de salud, o policlínicas, están provistos de internistas, pediatras, y una variedad de especialistas, así como otro personal de salud (TERRIS, 1989, p. 3).

Por último, sobre la sectorialización afirmaba:

lo que los cubanos llaman "sectorización", que ellos comienzan a aplicar en su propio país ahora que la escasez de su personal está, en alguna medida, superada. El "sector" cubano es el "uchastok" ruso, el "obvord" checo, el "rayon" polaco, etc. Se trata de un conjunto de 3.000 a 6.000 personas que viven en un área geográfica moderada, y constituye la unidad básica de la mayoría de los servicios nacionales de salud. Dependiendo de la oferta de personal de salud existente en el país que cada uno de tales sectores sea atendido por uno o dos internistas, un pediatra, un obstetra-ginecólogo, un estomatólogo y un asistente dental, y enfermeras para adultos y atención materno-infantil. Debe señalarse también que el equipo de cada sector es

responsable no sólo por el diagnóstico y tratamiento, sino también por la promoción de la salud y prevención de enfermedades (TERRIS, 1989, p. 3).

Ahora bien, a pesar de que la regionalización de los servicios permitía un mayor alcance de la medicina hacia la población en general, la administración de estos, así como las políticas que la sustentaban continuaron estando fuertemente centralizadas, por lo que en muchas ocasiones no se tenía en consideración las características de las comunidades o sus habitantes, pero también se constituía en fuentes de conflictos entre autoridades. Sobre esas dificultades Álvarez Pérez et. al. (2008), afirman:

Regionalizar los servicios de salud siempre conlleva una contradicción entre las administraciones centrales y territoriales o locales, entre la necesidad central de dirigir con más facilidad y flexibilidad y la necesidad local de mayor autonomía y nivel de decisión; el problema está en determinar qué, cuánto y a quién delegar atribuciones que se encuentran centralizadas. El exceso de centralización engendra burocratización y esta entorpece y obstaculiza el funcionamiento y desarrollo de los sistemas organizacionales (ALVAREZ PEREZ et. al., 2008, online).

5.4 ACTITUDES POLÍTICAS NEGATIVAS Y PACIENTES REVOLUCIONARIOS

En el caso de la psiquiatría también fueron creadas 'regionales' dentro de las Áreas de salud comunitarias, en policlínicos y hospitales generales. Se trataba de llevar la psiquiatría a las comunidades, a los centros de trabajo y las escuelas, sin abandonar al hospital psiquiátrico como centro de dirección y de gestión de la política de salud mental. De esa forma, los trabajadores o los estudiantes que necesitaran los servicios de psiquiatría no tendrían que esperar para ser atendidos en el hospital o policlínico más cercano a su casa (ORDAZ, 1973). Al tiempo que los psiquiatras se insertaban en las comunidades, se fundaban hospitales psiquiátricos en varias regiones del país, como Pinar del Río, Matanzas, Cienfuegos, Santiago de Cuba, entre otros.

El Hospital Psiquiátrico de La Habana, Mazorra, continuó como el principal centro de desarrollo de la política de salud mental, siendo el resto de los hospitales del país, pequeñas réplicas de este. El hospital de Mazorra, por ejemplo, había ampliado sus servicios a las regiones circundantes y se había establecido un servicio de consulta externa, para clasificar y diseñar estrategias de intervención para la

población flotante (habitantes de la región, estudiantes y trabajadores). El servicio de consulta externa funcionaba de la siguiente manera: cualquiera de las instituciones del área atendida por el hospital (escuelas, empresas, talleres, etc.), podía derivar a alguien hacia el hospital, transformándose automáticamente en paciente.

En el hospital se encontraba el Departamento de Admisión de la Consulta Externa, donde se registraba al nuevo paciente con todos sus datos personales y laborales, pasando luego al Departamento de Servicio Social. En este segundo departamento, al paciente se le elaboraba la Historia clínica con las informaciones antes recogidas, pero también otras relacionadas con su padecimiento y antecedentes sociales. El paciente pasaba seguidamente a otro Departamento donde se les aplicaban exámenes de rutina, de ahí, terminaba en el Departamento de Psicología donde se le aplicaban una serie de pruebas psicométricas. Sobre el tema de los antecedentes sociales voy a detenerme un poco más adelante.

Además de mantener un registro y control sobre la salud mental de los trabajadores en los diferentes centros laborales, la administración del hospital establecía coordinaciones estrechas tanto con las organizaciones políticas (PCC, CDR, CTC), como las direcciones de empresas, escuelas, fábricas, etc., que conformaban el entorno (ORDAZ, 1973). A las organizaciones políticas como el Partido Comunista, por ejemplo, se les rendía cuentas sobre los planes de trabajo sobre salud mental en la región y en el caso de las fábricas y otros centros laborales, los directivos aprovechaban a los pacientes como fuerza laboral para la manutención de la higiene en sus recintos.

El propio director del Hospital de La Habana, el comandante Bernabé Ordaz afirmaba que a partir de la relación estrecha establecida con estas instituciones se había conseguido “trabajo en áreas verdes para pacientes psicóticos crónicos con capacidad disminuida”. Al mismo tiempo, los médicos y psiquiatras del hospital participaban en eventos relacionados con la “protección e higiene” en esas instituciones, presentando trabajos sobre la salud mental (ORDAZ, 1973, p. 11).

Sobre el asunto específico de los antecedentes sociales, información recogida en el escrutinio inicial para conformar las historias clínicas de los pacientes psiquiátricos, es importante abundar. A estas alturas ya sabemos que la psiquiatría, al igual que la totalidad de las instituciones en Cuba después de 1959, se encontraba fuertemente politizada. Ahora bien, como en toda práctica clínica, el momento de la investigación diagnóstica es fundamental y, tal como ocurre en la mayoría de los

países, la existencia de un equipo de trabajadores sociales en el campo de la salud mental es algo común.

Tal como apunta Trullenque (2010), la tradición de incorporar a los trabajadores sociales a los hospitales psiquiátricos se había iniciado desde principios del siglo XX en los Estados Unidos convirtiéndolos rápidamente en una pieza fundamental en la gestión de los pacientes a nivel comunitario (TRULLENQUE, 2010). Obtener información sobre el entorno social de los pacientes ha sido una de las tareas primarias del trabajo social en salud mental hasta el día de hoy, pero también ha podido ser utilizada para intervenir en aquellos espacios que la psiquiatría ampliada ha venido conquistando, como los hogares, las escuelas, los hospitales generales, las instituciones laborales, etc. (CAPONI, 2014). En ese sentido Rosen (2015) afirma que, de forma global y bajo la bandera de la higiene mental, “el interés y la atención se desplazaron del cuidado de los enfermos mentales hacia una posible prevención y control de la enfermedad mental” (ROSEN, 2015, p. 274, traducción personal).

Y en el caso de la psiquiatría en los países socialistas las cosas no eran diferentes. Es decir, la estrategia de higiene mental tanto en los países capitalistas como en los socialistas tenía el mismo carácter prevencionista y controlador de las conductas de riesgo. Recordemos que el reconocido psiquiatra soviético Sluchevski (1960) otorgaba especial importancia al tema de la higiene mental en la sociedad socialista. Así, afirmaba: “se debe poner especial cuidado en las medidas profilácticas destinadas a sanear las condiciones de trabajo y de la vida familiar de las personas que padecieron alguna enfermedad psíquica y que se han curado de ella o se encuentran en estado de remisión” (SLUCHEVSKI, 1960, p. 126).

Pues bien, en Cuba, los trabajadores sociales encajaban muy bien en el engranaje de prevención y control de la psiquiatría, pero, además, como ocurría en el resto de los países socialistas, se le agregaba un nuevo componente a su investigación comunitaria: el político-ideológico. En 1984, una trabajadora social del Hospital Psiquiátrico de La Habana publicó un artículo titulado *Labor de la trabajadora social en los cambios de actitudes de los casos sociales*. La autora comienza su texto ensalzando el sistema de salud cubano posterior a 1959 y resaltando la importancia del trabajador social en la sociedad socialista. Para ella, el objetivo principal del trabajo social en la sociedad socialista era la “rehabilitación del paciente” desde los principios marxistas-leninistas (VALIENTE, 1984, p. 20).

De esa manera, el trabajador social de psiquiatría sería un agente activo de intervención en el entorno de los pacientes, “mediante una consecuente y sistemática labor educativa”, que permitiría una mayor interacción entre el servicio de salud mental y la comunidad. Como mencionado, una de las tareas que cumplían los trabajadores sociales en el hospital psiquiátrico era la investigación para la confección de la “historia social psiquiátrica” de los pacientes, centrada en “los factores ambientales” que estarían incidiendo en la enfermedad mental. Además de ello, los trabajadores sociales tenían la misión de intervenir directamente en el entorno del paciente (familia, escuela, trabajo y comunidad), a fin de “solucionar los factores ambientales” (VALIENTE, 1984, p. 21).

Según describe la propia autora, la intervención del trabajador social en el entorno se dividía en las siguientes actividades: 1. Visitas al hogar; 2. Visitas a las organizaciones de masas (CDR, FMC, etc.); 3. Visitas al centro de trabajo y; 4. Visitas al centro de estudio si fuera el caso. Esas intervenciones estarían divididas fundamentalmente en dos etapas. La primera, que podemos llamar *Etapas de diagnóstico*, consistía en una serie de visitas iniciales para obtener la mayor cantidad de información sobre el sujeto investigado, con énfasis en la ‘conducta’ de este en esos espacios.

Cuando el trabajador social de psiquiatría visitaba el hogar del paciente, el objetivo declarado era “mejorar el ambiente familiar, tratando de orientar y educar a los miembros de la familia en relación con la actitud que deben mantener con el paciente, en beneficio del mismo y de la propia familia”. En el trabajo, el trabajador social también realizaría una “labor educativa, orientando a los compañeros más allegados (...), a los miembros de la Administración” (VALIENTE, 1984, p. 22). De esa manera, se debía influir en las decisiones tomadas por la administración respecto del trabajador, como por ejemplo sanciones aplicadas en casos de indisciplinas laborales, etc. De forma similar ocurría en el ámbito escolar.

Ahora bien, en la comunidad de residencia del paciente, el trabajador social tendría una relación más estrecha con las llamadas ‘organizaciones de masas’ que, como ya vimos anteriormente, en esencia han sido organizaciones políticas al servicio del gobierno. Al respecto la autora afirma: “La trabajadora social realiza también coordinaciones con las organizaciones de masas, como CDR, FMC, etc., con el objeto de integrar activamente al paciente a las mismas y que sea aceptado como un

miembro más que ofrece su esfuerzo en beneficio de la sociedad” (VALIENTE, 1984, p. 22).

En la segunda etapa, que podemos llamar de *Evaluación* y que comenzaba alrededor de seis meses después de iniciado el tratamiento psiquiátrico (psicofarmacológico, electroshock, psicoterapia, etc.), el trabajador social debía entrar en contacto con los mismos informantes consultados en la etapa anterior, obteniendo información sobre los cambios de conducta que debía haber mostrado el paciente en el entorno.

En el ámbito familiar los indicadores que debían controlar los trabajadores sociales eran los siguientes:

- No se bañan (Pérdida de hábitos de higiene)
- No quieren comer
- No quieren tomar las medicinas
- No ayudan en la casa
- Se niegan a hacer los mandados
- No atienden a los hijos o al esposo
- Agresividad con los familiares
- Autoagresividad
- Destruyen muebles, adornos, etc.
- Dejan todo regado
- Se pasan el día acostados
- Se ausentan y llegan tarde
- Se pasan el día deambulando
- Prácticas religiosas oscurantistas
- Abandono por parte de los familiares (No los visitan en el hospital en durante el internamiento) (VALIENTE, 1984).

Si bien los comportamientos listados han sido tomados tradicionalmente por la psiquiatría como posibles indicadores de trastornos mentales, dos de ellos, el negarse ‘a hacer los mandados’ y las ‘prácticas religiosas oscurantistas’ son ‘traducciones’ de la terminología psiquiátrica al contexto cubano.

‘Hacer los mandados’ es una frase muy común en Cuba y significa ir a hacer compras en los establecimientos estatales (bodegas) donde se expenden los productos de la Canasta Básica Familiar, subsidiados por el gobierno. En una

sociedad patriarcal como la cubana esa actividad ha sido tradicionalmente reservada a los ancianos y a las mujeres. El artículo en cuestión se refiere específicamente a una muestra de mujeres cubanas diagnosticadas como portadoras de trastornos mentales y transformadas en pacientes del Hospital Psiquiátrico de La Habana, por lo que el indicador que analizamos está asociado directamente a ellas y no a los ancianos.

Sabemos que en las sociedades patriarcales el ocuparse del hogar, de los hijos y del marido ha sido un rol reservado a las mujeres, amparado en una noción de normalidad asociada a la expresión tradicional del género y funcionando como un mecanismo de control, de discriminación y de violencia. Es de esa forma que, en la sociedad cubana patriarcal el hecho de que las mujeres no ‘hicieran los mandados’ era tomado como un posible síntoma de enfermedad mental, junto con el ‘no atender a los hijos o al esposo’, ‘la falta de organización’ (dejar todo regado) o ‘no ayudar en la casa’, pudiendo ser decisivos a la hora de decidir su internación en el hospital psiquiátrico. En ese sentido, Caponi (2019b) afirma que “un campo de saber que ayudó a cristalizar esa idea normativa de ‘ser mujer’ fue el saber psiquiátrico, particularmente el modo como la psiquiatría biológica fue multiplicando las patologías o las locuras femeninas a lo largo de su historia” (CAPONI, 2019b, p. 19).

Pero hay otro indicador que llama la atención cuando hablamos de la adaptación del discurso psiquiátrico al contexto cubano. Se trata de las ‘Prácticas religiosas oscurantistas’. Con frecuencia la psiquiatría ha asociado determinados estados y manifestaciones psicológicas en el campo religioso como síntomas de trastornos mentales (PARRA, PAUL, 2010; LUHRMANN, NUSBAUM, THISTED, 2010). En el caso de las religiones con rituales de posesión y estados de ‘trance’ donde las expresiones corporales son más llamativas han sido interpretadas por la psiquiatría occidental como signos de desorganización mental, trastornos de personalidad, esquizofrenia o histeria colectiva (MARTÍNEZ MONTIEL, 2005).

En Cuba, desde la época de la colonización española hasta la actualidad las religiones de origen africano han tenido una presencia significativa, pero también han sido objeto de interés de los psiquiatras, criminólogos y eugenistas cubanos y en muchos casos objeto de persecución, acusadas de influir en la psicología de los cubanos y de suplantar la práctica psicoterapéutica (LAMBE, 2019). Sin embargo, en las primeras décadas del período revolucionario, la persecución a cualquier forma de religiosidad se transformó en una política de estado. La persecución religiosa estaba

amparada en la filosofía del 'ateísmo científico', establecida en los países socialistas. Desde esa perspectiva los 'revolucionarios' y 'militantes comunistas' debían luchar contra "el oscurantismo religioso" (ORAMAS, 1998, p. 3).

Sobre este aspecto afirma Menéndez (1995):

Todas las formas de religiosidad, supuestamente derivadas de la ignorancia, la miseria, las crisis de todo tipo por las que había atravesado el país, hasta el momento del triunfo de la Revolución, debían desaparecer progresivamente en la medida en que se cumpliera el programa revolucionario; por tanto, debía desarrollarse una labor ideológica sobre esos núcleos de población para ir alejándolos del 'opio de los pueblos' (MENÉNDEZ, 1995, p. 59).

En el ámbito de la psiquiatría de los países socialistas, la cuestión política también atravesaba la psicopatología y los cubanos hacía tiempo ya habían adoptado estos principios, aunque no de forma tan radical como sus mentores soviéticos. Hay que recordar que, en la Unión Soviética se establecía una relación directa entre las enfermedades mentales y la fe religiosa (BUKOVSKY, 1978), por ser considerada como "tendencia antisoviética" (KORYAGIN, 1981, p. 49). Es por esa razón que, entre los indicadores de enfermedad mental que buscaban los trabajadores sociales en el hogar de los pacientes estaba el relacionado con la práctica religiosa.

Ahora, en las visitas que realizaban los trabajadores sociales a las comunidades, donde establecían un vínculo informativo con las organizaciones políticas, los indicadores eran los siguientes:

- Actitudes políticas negativas
- Agresividad con los vecinos
- Exhibicionismo
- Fijación con algún vecino
- Alteración del orden (escándalo, malas palabras, etc.)
- Los vecinos le temen
- Hablan mucho
- No tienen relación con los vecinos (VALIENTE, 1984).

Todos estos indicadores son cuestionables, como cualquiera de los usados comúnmente en psiquiatría, pero, en este caso me interesa particularmente el de 'Actitudes políticas negativas' por tener una carga política evidente. En otro artículo de la misma revista, titulado *Algunos aspectos sociales de las neurosis. Ingresos en la Unidad de Intervención en Crisis durante el trimestre enero-marzo de 1983*, la

autora, trabajadora social del Hospital Psiquiátrico de la provincia de Camagüey, se proponía sistematizar “algunas características sociales de los casos con diagnóstico de neurosis” entre los internados allí (LOZADA, 1984, p. 47). La muestra seleccionada para el estudio fue de 36 sujetos. Entre los diferentes indicadores (sexo, edad, estado civil, ocupación, etc.), aparece el de “integración revolucionaria” (LOZADA, 1984, p. 48).

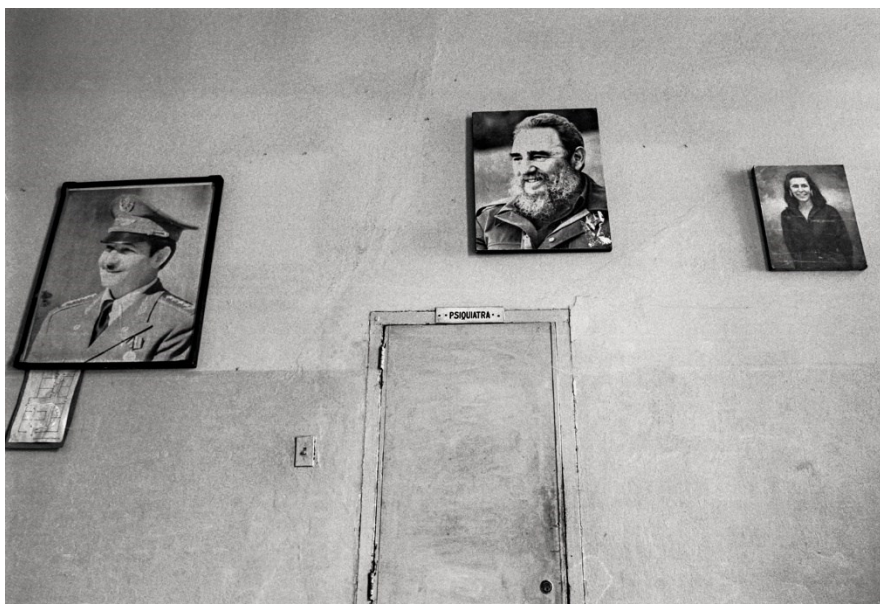
La integración revolucionaria, en el contexto cubano significa que la persona no solo pertenece, sino que participa activamente de las tareas y actividades de las organizaciones políticas y paramilitares del país, esto es, de los CDR (Comités de Defensa de la Revolución), la FMC (Federación de Mujeres Cubanas), la CTC (Central de Trabajadores de Cuba), las MTT (Milicias de Tropas Territoriales), el PCC (Partido Comunista de Cuba) y la UJC (Unión de Jóvenes Comunistas). Entre los diferentes resultados obtenidos como la existencia de conflictos familiares y laborales, ideas y tentativas suicidas, ansiedad, etc., la trabajadora social encontró que el total de los pacientes diagnosticados como neuróticos e internados en la UIC (Unidad de Intervención en Crisis) tenían “integración revolucionaria” (LOZADA, 1984, p. 56).

Este artículo y el anterior fueron elaborados desde una perspectiva eminentemente cuantitativa, por lo que no encontramos ningún análisis por parte de las autoras sobre los significados asociados a esos indicadores ni tampoco información sobre las realidades subjetivas en cada caso. No obstante, la colocación de estos puntos en las investigaciones realizadas por los trabajadores sociales psiquiátricos nos ilustra un poco sobre la implicación de la psiquiatría cubana en cuestiones políticas.

¿Qué importancia podrían tener las actitudes políticas negativas o la integración revolucionaria para la psiquiatría? Las actitudes políticas negativas han sido todas aquellas en desacuerdo con el proyecto de gobierno instaurado después de 1959 en Cuba y el modelo de revolucionario, pudiendo ser desde la no asistencia a reuniones o guardias del CDR, la no participación en trabajos voluntarios, donaciones de sangre, ‘domingos rojos’¹³⁹ hasta otras más serias como la libertad de pensamiento o ideología contrarias al socialismo.

139 Los CDR tienen como ritual político la realización de reuniones frecuentes en cada barrio o comunidad, a las que deben asistir la mayoría de sus miembros, bajo pena de ser considerado ‘desafecto’ a la revolución. Las implicaciones de un aval negativo por parte de los CDR implican hasta el veto a algún viaje oficial al exterior o la imposibilidad de obtener algún empleo deseado o promoción laboral. En esas reuniones frecuentemente se debaten asuntos políticos y de interés de la barriada.

Figura 30 – Oficina en el Hospital Psiquiátrico de La Habana



Fuente: DamarisBetancourtPhotography / Foto: Damaris Betancourt¹⁴⁰

El concepto de lo políticamente correcto en Cuba ha sido extremadamente amplio y las interpretaciones al respecto adaptables en función del contexto y la estrategia del gobierno revolucionario. Así, por solo citar un ejemplo, una actitud política negativa en los años 60 era escuchar la música de *The Beatles*, sin embargo, en la década de 1980 era común escucharlo en las emisoras de radio más populares. Lo mismo ocurría con los emigrados cubanos hacia los Estados Unidos, que hasta la década de 1990 fueron considerados enemigos, calificados de ‘gusanos’, ‘apátridas’, ‘anticubanos’ y luego de la caída del campo socialista y la apertura del gobierno hacia la moneda extranjera y el turismo internacional, comenzaron a ser recibidos como pródigos.

La preocupación de la psiquiatría por las actitudes políticas negativas y la integración revolucionaria no tenía valor clínico como quizás lo tendrían otros como la

Las ‘guardias cederistas’ son rondas nocturnas (de madrugada) previamente planificadas que deben realizar los moradores a fin de mantener un estado de vigilancia constante en los barrios. Los trabajos voluntarios y los extintos ‘domingos rojos’ también formaban parte de las actividades del CDR, donde, previa planificación, los miembros de la comunidad dedicaban su tiempo libre (algunos domingos) a labores productivas industriales o de higienización del entorno comunitario. Las donaciones de sangre, aunque llamada de voluntaria constituye un aval positivo frente al gobierno y su no realización, así como con las otras actividades mencionadas han implicado un costo político importante para los ciudadanos cubanos, al menos hasta la década de 1990.

¹⁴⁰ Disponible en: <<https://damarisbetancourt.com/project/diez-dias-en-mazorra-i/>>.

ansiedad o las ideas suicidas, sino más bien es muestra de la ‘contaminación ideológica’ en el área de la salud mental. Al mismo tiempo muestra cómo ha sido fácil utilizar a la psiquiatría con fines políticos. La contaminación ideológica a la que me refiero tampoco fue algo espontáneo, sino que, como ya he analizado en otros epígrafes fue una importación directa del campo socialista, de la misma forma que fue importada la noción de centralización administrativa, por solo citar un ejemplo. Al igual que ocurría en los países del extinto bloque comunista, las posibilidades que le otorgaba la psiquiatría a estos gobiernos para controlar y reprimir fueron muy bien aprovechadas.

El psiquiatra Rolando relata que, en 1981, después de terminada la especialidad de psiquiatría escogió ir a trabajar en una ciudad de la región oriental del país, siendo uno de los pocos psiquiatras de la provincia. Rolando recuerda entonces que allí tuvo uno de los primeros “encontronazos con el poder”, al negarse a internar una persona que había sido detenida por el MININT¹⁴¹ y llevada para el hospital y que evidentemente no había “criterio” (psiquiátrico) para ello (ROLANDO, información verbal, 2019). Finalmente, relata el psiquiatra que el conflicto terminó de la forma siguiente:

Me llamó el delegado del MININT¹⁴² en (...) [Provincia] y se identificó diciendo que era una orden expresa de él ese ingreso. Le contesté que le hablaba el jefe de la guardia de psiquiatría y que yo no era subordinado de él, por tanto, el criterio que iba a prevalecer era el mío. Llamó al director el Dr. (...) quien me dijo que tenía que hacer ese ingreso. Le extendí el bolígrafo y le dije: lo ingresas tú, le pones tratamiento tú y lo evolucionas tú. Entonces lo hizo ingresar en una sala de medicina (ROLANDO, información verbal, 2019).

El psiquiatra argentino Alberto Orlandini fue una de las figuras que también sufrió en carne propia la politización de la psiquiatría cubana. Orlandini había llegado a Cuba en 1962 y enseguida comenzó a trabajar en el Ministerio de Salud Pública de la nación caribeña, desempeñándose como “médico, director de hospitales, como docente y como investigador en temas de salud mental”. A finales de la década de 1960, ya formado como psiquiatra en Santiago de Cuba, organiza el “servicio de psiquiatría y la docencia del trabajo social, de psicometría y de terapia ocupacional” en el Hospital Provincial de esa provincia, institución de la que fue director posteriormente (ORLADINI, 2014, p.11).

¹⁴¹ Ministerio del Interior de Cuba.

¹⁴² El delegado es la máxima autoridad ministerial en las provincias cubanas.

Orlandini se había formado como psiquiatra en La Habana, bajo la tutela del reconocido psiquiatra marxista Florencio Villa Landa, ya mencionado otras veces aquí. Esa formación de psiquiatras formaba parte del Plan Santiago, que tenía como objetivo adiestrar a profesores de medicina residentes en Santiago de Cuba en las diferentes especialidades para que luego pudieran transmitir esos conocimientos a sus alumnos en esa provincia. Orlandini se convirtió así en el primer psiquiatra graduado en Santiago de Cuba en 1967 y el primer profesor de psicología médica y psiquiatría en esa ciudad en 1977.

Una de las cuestiones apuntadas por el psiquiatra argentino como deficiencia en la gestión psiquiátrica de la salud mental en Cuba era la presencia escasa de la psicoterapia. En una ocasión en que fue cuestionado por no enseñar psicoterapia en el Hospital, Orlandini respondió: “De la Unión Soviética no hemos recibido literatura ni conferencias sobre psicoterapia. En Cuba no se ha publicado literatura sobre psicoterapia”. Y ni hablar del psicoanálisis, que había sido convertido en sacrilegio. Orlandini recuerda que, a pesar de no simpatizar con el Psicoanálisis, cierta vez tramitó la visita del psicoanalista también argentino Juan Carlos Volnovich para “dar un ciclo de conferencias” sobre psicoterapia y psicoanálisis. El psiquiatra marxista Guillermo Barrientos, asesor del ministro de Salud Pública en temas de psiquiatría, la habría vetado “por considerarla ideológicamente inconveniente” y porque en el gremio médico el psicoanálisis se consideraba “una ideología enemiga” (ORLANDINI, 2014, p. 134).

En 1976 Orlandini comandó la creación del Hospital Psiquiátrico Provincial “Gustavo Machín” de Santiago de Cuba, segundo en importancia del país y fue precisamente allí, algunos años después, donde sus conflictos con las instituciones políticas alcanzaron su máximo nivel. En 1985, el psiquiatra argentino se vio involucrado en una compleja trama política en que participaron dirigentes políticos, directivos del Ministerio de Salud Pública, un director facultativo del Hospital Psiquiátrico de Santiago de Cuba, una psicometrista, algunos militantes del Partido Comunista de Cuba y la policía política, el Departamento de Seguridad del Estado (DSE), conocido popularmente como G-2 (ORLANDINI, 2014).

De manera específica, el secretario del Partido, máxima autoridad política de la región donde se encuentra este hospital¹⁴³ y calificado como “ultraestalinista”,

¹⁴³ El Hospital Psiquiátrico de Santiago de Cuba se encuentra ubicado en el municipio de Songo-La Maya, una región rural distante de la capital provincial.

cuestionaba que una institución de salud fuera dirigida por un extranjero y encima alguien que no era militante comunista. Según afirma Orlandini, en esa época, los únicos extranjeros bienvenidos en esos espacios eran los soviéticos, que “cumplían funciones como asesores” (ORLANDINI, 2014, p. 129). Como en todos los ámbitos de la sociedad cubana y como está registrado en la Constitución de ese país, el Partido Comunista “es la fuerza política dirigente superior de la sociedad y del Estado” (MINJUS, 2022). Por tanto, es común que sea el ‘partido’ el que decida, apruebe o diseñe estrategias económicas, de movimientos de cargos o cualquier detalle administrativo en cualquier institución controlada por el Estado, como empresas, fábricas, escuelas, hospitales, etc. Por esa razón no sorprende que un dirigente partidista haya tomado la decisión de separar de su cargo a Orlandini.

Es así como, después de una reunión inquisitorial, donde fue acusado de ser “tolerante” con la homosexualidad de su secretaria, de practicar ritos religiosos de origen africano, de proteger a los alcohólicos, de practicar actos de corrupción, de no enseñar psicoterapia a sus colegas, Orlandini fue separado de su cargo como director del Hospital Psiquiátrico de Santiago de Cuba. No solamente fue expulsado, sino que les fue prohibido a sus antiguos colegas militantes del Partido visitarlo o mantener alguna otra forma de contacto con él. En 1995, Orlandini finalmente regresó a la Argentina (ORLANDINI, 2014, p. 133).

El ejemplo de lo ocurrido con el psiquiatra argentino Orlandini demuestra cómo la psiquiatría no solo era usada con fines de represión política, sino que también la política invadía el espacio de la gestión de salud mental, como ocurría en el resto de los ámbitos. De cualquier manera, el uso de la psiquiatría con fines represivos en Cuba es un asunto poco investigado y cubierto de un manto de oscuridad y silencio.

Que yo conozca, el estudio más completo realizado hasta ahora es el de *Freedom House of Human Rights* en los Estados Unidos, de los autores Charles Brown y Armando Mesa Lago, publicado en 1991 bajo el título *The politics of Psychiatry in revolutionary Cuba*, que recoge varios testimonios de disidentes cubanos diagnosticados con fines políticos, internados y ‘tratados’ contra su voluntad en el Hospital Psiquiátrico de La Habana (BROWN; LAGO, 1991). También han aparecido artículos y reportajes periodísticos sobre el tema en medios alternativos a la prensa oficial cubana (DE LLANO, 2017; ADN, 2021; BUSTO, 2021). En contraste, existe bastante material sobre el uso de la psiquiatría con fines políticos en la Unión Soviética (BOUKOVSKY, 1976, 1977, 1978; MEDVEDEV, 1972; VOREN, 2011).

Quizás haya que esperar a un cambio de sistema político para tener acceso a esos materiales en Cuba.

5.5 LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

La regionalización de la psiquiatría cubana finalmente fue nombrada Psiquiatría comunitaria en la década de 1980. La preocupación por la ampliación de los servicios de psiquiatría en función de la prevención y rehabilitación de las enfermedades mentales se había consolidado en el discurso de los psiquiatras cubanos, siguiendo, sobre todo, el modelo soviético de administración de salud. No obstante, la ampliación de los servicios hacia las comunidades no era una innovación de la psiquiatría soviética como tampoco de la cubana. Tal como afirma Huertas (1991), el modelo comunitario de la psiquiatría había surgido casi simultáneamente en varios países (Francia, Inglaterra, Estados Unidos, etc.) después de la Segunda Guerra Mundial, en un momento ideal de desarrollo de la industria capitalista, siendo la psiquiatría de sector francesa en la década de 1960 uno de sus paradigmas.

El modelo de la psiquiatría comunitaria respondía a una nueva política de bienestar social, donde el Estado tendría una mayor participación en la gestión de los servicios de salud. Así, la psiquiatría comunitaria incorporaba los principios de la salud pública a su actuación, es decir, la prevención, rehabilitación y promoción. Al mismo tiempo la psiquiatría se veía obligada a adaptarse a las nuevas realidades sociales y así poder acompañar las manifestaciones sociopsicológicas de la industrialización, es decir, los impactos de esta en la salud mental de los obreros y la forma de gestionarlos (HUERTAS, 1991; LABRADOR, 2012).

Según afirma Castel (1991), la psiquiatría de sector francesa, referente principal de este nuevo modelo de gestión, tenía como finalidad “romper con el aislamiento manicomial reinscribiendo los servicios psiquiátricos en la comunidad” (CASTEL, 1991, p. 143). Para ello, el hospital psiquiátrico debía abrirse a la comunidad, multiplicando las acciones terapéuticas en el medio donde el propio sujeto se desenvolvía, pero también visando la prevención de las ‘enfermedades mentales’.

Aunque no lo declarasen y asumiesen como único referente a la psiquiatría comunitaria soviética, los psiquiatras cubanos Guillermo Barrientos e Hiram Castro-López (1989), coincidían con sus colegas franceses. Para ellos, la psiquiatría

comunitaria, orientada desde los principios de la higiene mental, debía priorizar, además del tratamiento psiquiátrico, la prevención, por tanto,

no puede limitar su estudio y tratamiento al período de estado sintomático de la enfermedad. Necesariamente ha de extender su acción hasta la disminución o eliminación de secuelas, es decir, hasta la rehabilitación y reincorporación social de su paciente. De igual modo ha de extender su acción a los períodos prodrómicos de la enfermedad, a la prevención primaria y hasta la promoción de la salud con el fin de evitar la enfermedad (BARRIENTOS; CASTRO-LÓPEZ, 1989, p. 15).

Como parte de esa nueva visión fue creada una estructura organizativa similar a la que existía en la URSS, con una serie de instituciones especializadas en los distintos niveles de atención de la salud pública (primario, secundario y terciario), manteniéndose tal disposición hasta la actualidad.

En el nivel primario se encuentran los Servicios de Salud Mental, situados en los Policlínicos y compuestos por un psiquiatra, un psicólogo y un psicometrista. En el nivel secundario, los Centros Comunitarios de Salud Mental que son instituciones independientes, con espacios físicos y personal propios, funcionando como enlace entre los servicios de salud mental de los policlínicos y las instituciones especializadas (Hospital de Día, Salas de Psiquiatría y Hospital Psiquiátrico).

En el nivel secundario están los Hospitales de Día, que son salas específicas dentro de los Hospitales Clínico-Quirúrgicos, que cumplen la misma función de los hospitales psiquiátricos, pero sin internación y las Unidades de Intervención en Crisis (UIC), dentro de esos mismos hospitales, con la función de atender las urgencias psiquiátricas. Por último, los Hospitales Psiquiátricos, que serían el nivel terciario de atención de salud (REGALADO, 1986; KNAPP, 2005; OMS, 2011; CALATAYUD, 2012).

Ahora bien, en el caso de Cuba, a diferencia de la URSS, no fueron creados ni sanatorios ni hospitales psiquiátricos infantiles, y tampoco dispensarios narcológicos. La atención psiquiátrica dirigida a niños y adolescentes se ha venido realizando en los policlínicos, en los centros de salud mental comunitarios y dentro de los propios hospitales infantiles, en los cuales hay una sala de psiquiatría, para los casos en los que se determina su internación (BARRIENTOS; CASTRO-LÓPEZ, 1989). A pesar de que en Cuba no se han creado dispensarios para atender específicamente adicciones en la población, si se han creado programas específicos para ello dentro de los diferentes niveles de atención. No obstante, desde la década de 1990 existen centros especializados para el tratamiento psiquiátrico de las

adicciones, pero solo dirigidos a personal extranjero, mediante pagos en monedas extranjeras y dentro de villas turísticas, como es el caso de *La Pradera* en La Habana, *El Cocal* y *El Quinqué* en la provincia de Holguín y *El Colibrí* en Santiago de Cuba.

Ahora bien, la estructura comunitaria de la salud mental en Cuba descansa sobre una serie de principios, igualmente inspirados en el modelo soviético, los cuales son: Integralidad; Continuidad; Sectorialización; Regionalización; Dispensarización; Trabajo en equipo; y Participación de la comunidad. El primero de ellos, la *Integralidad*, implica no solo concebir los “aspectos preventivos, curativos, biológicos, psicológicos y sociales, así como las condiciones del ambiente físico en interacción con el individuo” como una unidad, sino también aumentar la interacción y la colaboración entre el “equipo de salud mental” y el resto de los especialistas (BARRIENTOS; CASTRO-LÓPEZ, 1989, p. 50).

Desde esa concepción, la psiquiatría no debe ser vista más como una especialidad aislada, relegada a los muros del manicomio, sino con capacidad de participar activamente en los programas de salud pública y en los planes de otras especialidades. Esto implica además que el flujo de información y la derivación de pacientes desde otras áreas médicas hacia la psiquiatría fluye más rápidamente (BARRIENTOS; CASTRO-LÓPEZ, 1989).

El principio de *Continuidad* implica la posibilidad de mantener indefinidamente la atención psiquiátrica a los pacientes y que esta se mantenga al alcance de ellos, o sea, “donde esta [la población] realice sus actividades, tanto dentro como fuera del área de salud” (BARRIENTOS; CASTRO-LÓPEZ, 1989, p. 51). Barrientos y Castro-López (1989) defienden además la idea de que un mismo equipo de salud mental realice el acompañamiento del paciente desde su entrada en el sistema, fuera la internación o el tratamiento ambulatorio, hasta su egreso. Desde esta lógica, no se busca independizar al paciente del tratamiento, sino todo lo contrario, mantener una relación de ‘seguimiento’ y ‘control’, lo que a largo plazo contribuye al reforzamiento del estigma y a la cronificación del malestar, sobre todo si tenemos en cuenta los efectos negativos de la medicalización psiquiátrica.

El tercer principio, de *Sectorialización*, es la esencia de la reorganización de la psiquiatría cubana en los años de la soviétización. Sobre la psiquiatría sectorizada Barrientos y Castro-López (1989) defienden “que cada equipo responsable de la salud mental de un área cuente con un número de camas o plazas de hospital de día que le

permita cubrir la demanda de este tipo de servicio. (...) Es la máxima garantía de la atención continuada” (BARRIENTOS; CASTRO-LÓPEZ, 1989, p. 51).

El principio de *Regionalización* tiene una relación directa con el anterior, pero también implica la “interrelación” entre las diferentes especialidades médicas y la psiquiatría. Cuando no es posible regionalizar la atención psiquiátrica, es decir, cuando en determinada área no exista consulta de psiquiatría, la posibilidad de establecer coordinaciones y gestionar el tratamiento a través de otras especialidades estaría garantizada (BARRIENTOS; CASTRO-LÓPEZ, 1989, p. 51).

El quinto principio se refiere a la *Dispensarización* de la psiquiatría. Desde esa visión el equipo de salud mental debe conocer las particularidades de la población a su cargo, es decir, las características sociopsicológicas de los habitantes de las comunidades donde se insertan para, de esa forma, trazar estrategias específicas de tratamiento y prevención para grupos que necesiten “atención activa y controlada” del psiquiatra. Barrientos y Castro-López (1989) mencionan en esos grupos que “requieren de dispensarización” a los adolescentes, psicóticos en remisión, alcohólicos, pacientes con enfermedades crónicas (BARRIENTOS; CASTRO-LÓPEZ, 1989, p. 51).

El *Trabajo en equipo*, sexto principio, implica que el psiquiatra no debe actuar de forma independiente, como también servirse del trabajo de otros especialistas tales como psicólogos, psicometristas, trabajadores sociales, enfermeras, etc. Unido a ello, el equipo de salud mental debe establecer coordinaciones con otros equipos de la misma especialidad y de otras, en relación con las “interconsultas”, en el “seguimiento de los casos” y en la “promoción de salud” (BARRIENTOS; CASTRO-LÓPEZ, 1989, p. 51).

Por último, el principio de la *Participación de la comunidad* fue definido como uno de los elementos fundamentales de la psiquiatría comunitaria. Barrientos y Castro-López (1989) afirman lo siguiente: “Difícilmente podrá intentarse la rehabilitación social de un paciente psiquiátrico con una actitud de rechazo por parte de la colectividad donde vive, estudia o trabaja” (BARRIENTOS; CASTRO-LÓPEZ, 1989, p. 52). Para la gestión de la salud mental de los pacientes y su reinserción en las comunidades la psiquiatría debía apoyarse fundamentalmente en las llamadas organizaciones de masas, que como es sabido tienen una esencia política. Al respecto afirman Barrientos y Castro-López (1989):

las acciones de promoción de salud e higiene mental se realizan con la participación de la propia comunidad organizada en los Comités de Defensa de la Revolución, Federación de Mujeres Cubanas, Asociación Nacional de Agricultores Pequeños¹⁴⁴, y demás organizaciones de masas (BARRIENTOS; CASTRO-LÓPEZ, 1989, p. 75).

Estas acciones en la práctica se realizan a través de la organización de la vida cotidiana de los pacientes en sus comunidades, en actividades que implican el uso del cuerpo: “las tareas de promoción de salud están centradas en la educación para la salud mental, la utilización del tiempo libre, la recreación y el deporte” (BARRIENTOS; CASTRO-LÓPEZ, 1989, p.53). En las décadas de 1970 y 1980 era común que en las barriadas cubanas las organizaciones como los CDR, la FMC y la UJC realizaran ese tipo de actividades ‘recreativas’, donde predominaban las competencias deportivas y algunas manifestaciones artísticas, acompañadas siempre de propaganda política¹⁴⁵.

En el mismo sentido, la psiquiatría se ha servido de los medios de comunicación dispuestos por el gobierno para realizar sus labores de higiene mental. En la década de 1980 se transmitieron programas de TV como “Nuestros hijos”, “Nace con la Vida” y “Ciencia y Salud”, donde se trataban temas como “la crianza de los niños en los aspectos de salud mental, el uso adecuado del tiempo libre (...), salud mental y psiquiatría” (BARRIENTOS; CASTRO-LÓPEZ, 1989, p.89). En la actualidad existen programas de TV similares, dirigidos a la orientación psicológica general y con menos referencias a la higiene mental. Tal es el caso de *Vale la Pena*, que fue creado en aquella época y es conducido por el destacado psicólogo Manuel Calviño. También fueron creados espacios en la radio y la prensa como la columna *Sexo Sentido* del periódico Juventud Rebelde, órgano oficial de la Unión de Jóvenes Comunistas.

La ampliación del alcance de la psiquiatría en esos años se dio también hacia el espacio educativo. Desde la década de 1960 la psiquiatría se vinculó directamente a los CDO (Centros de Diagnóstico y Orientación) adjuntos al Ministerio de Educación. Los CDO, ubicados en cada provincia del país están compuestos por equipos de “psicólogos, psicometristas, pedagogos, logopedas, psicopedagogos y trabajadores

¹⁴⁴ ANAP (Asociación Nacional de Agricultores Pequeños) es una organización política también dirigida por el PCC que tiene como objetivo reunir a los trabajadores agrícolas, así como diseñar e instrumentar sus líneas de trabajo, siempre dentro del marco ideológico del socialismo establecido por el gobierno.

¹⁴⁵ Un ejemplo típico fueron los “Planes de la Calle”, una serie de juegos deportivos para niños organizados en los barrios por los CDR, FMC y UJC, bajo la asesoría de profesores de educación física pertenecientes al INDER (Instituto Nacional de Deportes) (RUEDA et al., 1977).

sociales” (COBOS et. al., 2020). Los equipos de los CDO tienen como función primaria la detección y clasificación de trastornos mentales, desviaciones de la conducta y retrasos mentales en niños en el ámbito educativo, siendo derivados posteriormente a las consultas de psiquiatría o a las escuelas especiales. De esa forma, se mantiene la colaboración estrecha entre las instituciones educativas y la psiquiatría que había comenzado varios años atrás.

En resumen, la participación de las organizaciones políticas ha sido un factor recurrente en la estrategia de higiene mental revolucionaria. No solo la psiquiatría consigue intervenir en las comunidades a través de ellas, sino también estas tienen un cierto poder de influencia y de decisión en dicha estrategia. Así, por ejemplo, en la Ley Nro. 41 de Salud Pública, aprobada en 1983, el artículo 38 perteneciente a la Sección Novena “De los pacientes con trastornos psiquiátricos” establece:

El ingreso de un presunto enfermo mental en un hospital psiquiátrico puede solicitarse por las organizaciones sociales y de masas, por los familiares, por su representante legal o por el propio paciente y es determinante para acceder al mismo la decisión del especialista (MINJUS, 1983, p.6).

De esa forma, la ley de salud pública otorga a esas organizaciones un poder casi ilimitado a la hora de apuntar a cualquier persona como enfermo mental, incluso pudiendo estar mediada tal decisión por razones políticas o personales. Eso si tenemos en cuenta que los representantes de estas organizaciones, al ser masivas, pueden ser cualquier ciudadano sin que medie cualquier conocimiento científico o médico. A pesar de que, en la última parte del artículo se establece que se necesita de ‘la decisión del especialista’ para el presunto enfermo ser ingresado en un hospital psiquiátrico, el de etiquetar a alguien y ser solicitada la intervención de la psiquiatría por parte de una organización política no deja de ser un acto cuestionable y abusivo.

A la par que aumentaban sus redes comunitarias, a finales de la década de 1980 los servicios de psiquiatría en Cuba se habían ampliado considerablemente. De un total de 5 135 camas en el Hospital de Mazorra en 1959 aumentó a 6 301 diez años después y en 1980 ya habían 7 243, distribuidas por los 13 hospitales psiquiátricos que habían sido creados hasta ese momento¹⁴⁶. En el caso de los Hospitales de Día, de 10 que existían en la década de 1960 aumentaron para 24 en 1980. Además, hasta aquel año habían sido creadas salas de psiquiatría en 17 hospitales generales

¹⁴⁶ En 1976 se realizó una redistribución político-administrativa del país aumentando de 3 provincias para 14 y un municipio especial en la nueva división.

distribuidos por el país. De la misma forma aumentaba el número de psiquiatras formados y en formación, siendo la psiquiatría infantil la de mayor crecimiento: en 1972 había solo 9 especialistas en el país y en 1980, 53, para un 600 % de aumento (BARRIENTOS; CASTRO-LÓPEZ, 1989).

Es importante destacar que, aunque la atención primaria y las labores de prevención y divulgación son consideradas priorizadas, esto no le resta importancia al papel rector del hospital psiquiátrico y los tratamientos ortodoxos. Al igual que ocurría en Francia en la década de 1970, la hospitalización continuaba siendo considerada necesaria en muchos casos, como el recurso más seguro y efectivo frente a manifestaciones clínicas complejas. Unido a ello, los mismos equipos de psiquiatras que actuaban en los sectores franceses eran los mismos del hospital (CASTEL, 1991), y algo similar ocurre hasta hoy en Cuba. La mayoría de las veces son los mismos psiquiatras del hospital los que actúan en los centros comunitarios cubanos o al menos su formación ocurre allí, por lo que les resulta difícil abandonar la lógica hospitalaria, aplicándose una misma “continuidad de tratamientos”, como señala Castel sobre la realidad francesa (CASTEL, 1991, p. 153).

En ese mismo sentido, la figura del médico/psiquiatra continúa siendo la máxima autoridad, con la potestad de decidir sobre los estados normales o patológicos de los sujetos ‘enfermos mentales’, sobre cuándo, dónde y cómo debían ser tratados, si en un taller de rehabilitación o en el hospital psiquiátrico, dejando poco espacio o anulando totalmente la subjetividad del paciente. Por tanto, a pesar de la ampliación a la comunidad y de una teórica desmanicomialización la realidad mostraba que se ha seguido reproduciendo lo que Castel denomina “centralismo psiquiátrico”, es decir, una forma de ejercicio de poder “centrado sobre el manicomio”, donde el encierro o no del sujeto depende del parecer del psiquiatra (CASTEL, 1991, p. 154).

Por otro lado, la estrecha vinculación entre la psiquiatría, las organizaciones políticas y las instituciones educativas, pero también la ampliación de los servicios especializados en salud mental no solo perfeccionaba la estrategia de higiene mental, sino que contribuía a la consolidación del poder psiquiátrico en el país. La tan mencionada ‘promoción de salud mental’ ha continuado respondiendo a una lógica medicalizadora, amparada en la clásica distinción entre lo normal y lo psicopatológico. Es a partir de un modelo de normalidad, pero también de un nuevo ideal de sociedad que la psiquiatría revolucionaria ha intervenido en la vida cotidiana de los ciudadanos,

en sus cuerpos y en su pensamiento político, a fin de prevenir y gerenciar los riesgos sociales.

5.6 LA REHABILITACIÓN A TRAVÉS DEL TRABAJO

La reorganización de la psiquiatría cubana en la década de 1970 y su expansión a las comunidades no modificó en gran medida los tratamientos psiquiátricos clásicos, aunque sí se le dio especial importancia a la llamada Rehabilitación psiquiátrica, que, aunque teóricamente debía abarcar las diferentes formas de terapia psiquiátrica, así como la promoción y prevención de la salud mental, en la práctica el concepto se suele limitar a las actividades ergoterapéuticas, como se verá posteriormente.

La terapéutica psiquiátrica que se realiza en Cuba a partir del período republicano que comenzó en 1902 se ha dividido en dos grandes bloques: las terapias de tipo biológicas y las psicoterapias. La selección de los tratamientos dentro de cada tipo ha dependido en gran medida de los diagnósticos realizados por los psiquiatras, así como del nivel de gravedad considerado para cada caso. Después del triunfo de la revolución en 1959, se introduce la ergoterapia, donde el trabajo físico se transformó en su principal recurso.

Dentro de las terapias de tipo biológico el electroshock y la farmacología han sido los instrumentos preferidos de los psiquiatras cubanos. Habitualmente los psiquiatras cubanos han aplicado el electroshock en los casos de psicosis, específicamente en la psicosis maniacodepresiva (trastorno bipolar) y en las esquizofrenias (catatónica, hebefrenia y esquizofrenia simple) (NODAL et. al., 1991)¹⁴⁷, pero también en los intentos suicidas (FIGAREDO, 2007). El psiquiatra cubano René Yodú Prevez, en la década de 1980, alertaba sobre los riesgos de las convulsiones para la estructura ósea de los pacientes, así como la necesidad de evitar su uso en pacientes con patologías respiratorias y cardíacas. En el libro *Propedéutica y Clínica Psiquiátricas*, publicado inicialmente en 1983, Prevez planteaba lo siguiente:

Como contraindicaciones del tratamiento convulsivo, se deben tener en cuenta los casos de TB aguda [tuberculosis], la descompensación cardíaca, la arterioesclerosis generalizada avanzada, debiéndose, por precaución,

¹⁴⁷ Sobre los tipos clínicos de la esquizofrenia fue respetada la clasificación usada en Cuba en aquella época, correspondiente al Glosario Cubano de psiquiatría, versión de la CIE-8 adaptada a este país.

realizar un chequeo cardiovascular y respiratorio a los pacientes que van a ser sometidos a esta técnica (NODAL et. al., 1991, p. 359-360).

Fuera de esas indicaciones médicas específicas no se mencionan los efectos colaterales a nivel cerebral, cognitivo y afectivo que produce este tipo de procedimientos. Casi treinta años después, los psiquiatras cubanos han continuado defendiendo el uso del electroshock y omitiendo los efectos negativos tanto a nivel orgánico como psicológico.

En 2007, el psiquiatra Pablo Hernández Figaredo, profesor de medicina en el Instituto Superior de Ciencias Médicas de la provincia de Camagüey, en su artículo *Psiquiatría y ética médica* afirma:

Mención aparte merece la terapia electroconvulsivante (TEC), recurso de gran eficacia para el tratamiento de las depresiones profundas cuando existe verdadero riesgo suicida, así como en los cuadros catatónicos y delirantes que no responden a la terapia convencional. (21) Esta terapia se utiliza desde hace aproximadamente 60 años y ha provocado una de las más grandes polémicas entre Psiquiatría y sociedad, siendo quizás el tratamiento médico más cuestionado, promoviéndose incluso en algunos lugares su total prohibición. En Cuba se utiliza racionalmente, y previo el consentimiento del paciente, o de sus familiares, o, en el caso de que no haya familiares allegados y el paciente no esté apto para opinar, de una comisión creada al efecto y conformada por tres especialistas en Psiquiatría, que serán los encargados de evaluar si es pertinente el uso de esta terapia en el paciente y de firmar el documento (FIGAREDO, 2007).

Tampoco se mencionan en este artículo los efectos negativos del electroshock, aunque el autor reconoce que existen resistencias en la población, sobre todo entre los pacientes y sus familiares, pero él se lo atribuye solamente a un manejo inadecuado por parte de la opinión pública y de la cinematografía (FIGAREDO, 2007).

Otras de las terapias de tipo biológico que se usaban con frecuencia en aquella época fueron el coma insulínico o insulino-terapia y la terapia con litio. Sobre la insulino-terapia hemos en Cuba hemos encontrado pocas referencias, aunque en los textos académicos de la década de 1980 aparece como una de las terapias biológicas, se explicándose su uso de forma detallada, así como en qué casos debía usarse. Así, por ejemplo, Prevez explica que las dosis de insulina aplicadas en los pacientes tenían como objetivo “suspender la actividad de ciertas partes del sistema nervioso” hasta conseguir el estado comatoso. La insulino-terapia en psiquiatría se recomendaba en los casos de esquizofrenia paranoide, hebefrénica, catatónica y simple, pero también en la neurosis obsesiva y en la neurosis grave (NODAL et. al, 1991, p. 360).

Nuevamente las contraindicaciones estaban relacionadas con antecedentes patológicos personales de tipo cardiaco, respiratorio y renal, y obviamente en los casos de diabetes. A pesar de las contraindicaciones, el psiquiatra Prevez no menciona los efectos a corto y largo plazo que tendrían en los pacientes las enormes dosis de insulina aplicadas diariamente (oscilando de 10 o 20 unidades a 300) sin que existiese la diabetes como condición médica (NODAL et. al., 1991).

Resulta curioso, además, que ya desde la década de 1950 la insulino-terapia como tratamiento psiquiátrico había quedado en desuso, tal como afirmó el psiquiatra británico Harold Bourne en *The Insulin Myth*, artículo publicado en *The Lancet* en aquella época. Bourne, afirma:

Las evidencias sobre el valor de la insulina como tratamiento [de la esquizofrenia] es poco convincente. Desde este punto de vista, en los casos precoces, en los crónicos y en los estudiados de forma individual, no existen evidencias de cualquier tipo de efecto terapéutico, como tampoco sobre la influencia en su pronóstico (BOURNE, 1953, p. 968, traducción personal).

Bourne no solo afirmaba que el coma insulínico para tratar la esquizofrenia era ineficaz, sino también lo denunciaba como un procedimiento peligroso para los pacientes, sobre todo por las cifras de mortalidad, que según él no eran “despreciables”, pero también para los propios psiquiatras, por el costo relativamente alto de recursos médicos y humanos, pues implicaba un equipo de enfermeras a disposición en cada sesión (BOURNE, 1958, p. 1016, traducción personal).

Sin embargo, en Cuba, al menos hasta la década de 1980 su uso continuaba siendo prescrito por la psiquiatría. Lo mismo ocurría en China y en la Unión Soviética en esa fecha, según lo apuntado por Pimm (2014). Llama la atención que los tres países mencionados hayan sido paradigmas del sistema socialista mundial, lo que abre nuevas perspectivas de investigación sobre la psiquiatría socialista. Al parecer, después de la desaparición del campo socialista, el coma insulínico dejó de ser usado por la psiquiatría cubana, pues en los textos de psiquiatría más actuales, ya no se hace mención del tema. Eso no significa que no se continuara enseñando y practicando ampliamente las terapias de corte biológico, específicamente la farmacología y la Terapia Electroconvulsiva.

La psicofarmacología, desde su llegada a Cuba, ha sido la terapia predilecta de la psiquiatría, haciéndole competencia solamente la ergoterapia y el electroshock. La facilidad para prescribir medicamentos fuera del hospital psiquiátrico le ha dado a la psicofarmacología un poder mayor que las demás. La psicoterapia había sufrido

graves ataques desde el principio por los reflexólogos, sobre todo aquellas consideradas idealistas y burguesas o porque supuestamente se dirigían a grupos reducidos y tendrían una duración demasiado larga como el psicoanálisis.

Unido a ello, algunos psiquiatras reconocen que no han tenido los recursos suficientes para realizar este tipo de terapias en los espacios fuera del hospital (BARRIENTOS; CASTRO-LÓPEZ, 1989). Es comprensible dada la falta de privacidad y de espacio en los consultorios de los policlínicos cubanos. Al mismo tiempo, existe un consenso entre gran parte de la población que considera a los psiquiatras de los policlínicos como médicos “que no tienen tiempo de oír a los pacientes, o que lo único que hacen es indicar ‘pastillas” (BARRIENTOS; CASTRO-LÓPEZ, 1989, pp. 116-117). Esto demuestra que la predilección de los cubanos por los psicofármacos no debe ser atribuido solamente a una población ansiosa o deprimida, sino que, como se vio en el epígrafe anterior, la libertad de prescripción por parte de los médicos no especialistas y el entusiasmo por la experimentación que ha caracterizado a los psiquiatras cubanos pueden haber contribuido a ello.

Por otro lado, la ergoterapia, como ya fue dicho, se convirtió rápidamente en una de las principales banderas de la psiquiatría cubana desde los inicios del período revolucionario, sobre todo por la asociación que se estableció con el trabajo como actividad socialmente útil y como terapia. La cuestión del trabajo ha tenido una connotación diferente en el socialismo. Si bien en el sistema capitalista la productividad y la eficiencia del trabajo están en función de la acumulación de capital, en el socialismo estos factores estarían asociados a la construcción de una sociedad utópica, donde el dinero no tendría razón de existir y por tanto el acto de trabajar tendría como único objetivo el bienestar colectivo. En la práctica, sobre todo en países como Cuba, el modelo económico socialista de inspiración soviética se aplicaba al pie de la letra, por tanto, la planificación rígida de la economía y el mandato de elevar a toda costa la producción se convirtieron en una obsesión del gobierno, obviando las motivaciones individuales y la cuestión material como estímulo para el trabajo.

En el proyecto de aumentar la producción y la productividad socialista, ningún ciudadano podía quedar fuera. Trabajar, ya fuera de forma remunerada o voluntaria para elevar la producción era un imperativo en las primeras décadas de la revolución cubana. Uno de los principales artífices de este proyecto fue el líder argentino-cubano Ernesto Ché Guevara. Al referirse al tema de la producción socialista, el Ché afirma:

(...) debe ser la obsesión de todos nosotros en estos momentos, aumentar la producción, aumentar la productividad, luchar por el ahorro, por los costos, hacer innovaciones tecnológicas de todo tipo. Esa debe ser la meta fundamental de todos nosotros; y por eso hay que dedicarse con los cinco sentidos a la tarea que se está haciendo (MARTÍNEZ, 2014).

En esa 'tarea' los pacientes de psiquiatría también fueron implicados de alguna forma. En 1962, por iniciativa de su director, el médico militar Eduardo Bernabé Ordaz, fue creado en el Hospital Psiquiátrico de La Habana un Departamento de Terapia Ocupacional y Rehabilitación con un Servicio asociado. El propio Ordaz explica que "era absolutamente necesario movilizar a aquella masa de varios miles de enfermos ociosos, con todos los síntomas del hospitalismo añadidos a los de su afección mental, y tratar de mejorarlos, rehabilitarlos y devolverlos a la comunidad hasta donde les fuera posible" (ORDAZ, 1992, p. 12).

El Servicio de Terapia Ocupacional y Rehabilitación constaba de amplios talleres y campos deportivos, donde los pacientes eran colocados para desarrollar las actividades programadas por el equipo de psiquiatras, enfermeras y terapeutas ocupacionales. Como sabemos, el uso de la terapia ocupacional en psiquiatría es bastante antiguo (LÓPEZ, 2001), solo que en el caso de Cuba cobró mayor auge en el periodo revolucionario. Los fundamentos de la terapia ocupacional en Cuba fueron la neurofisiología y la teoría de la actividad y el aprendizaje soviéticas, tomándose como referentes principales a P. Y. Galperin, A. N. Leontiev y L. S. Vigotsky (ORDAZ, 1992).

Figura 31 – Enfermeras y paciente en el Hospital Psiquiátrico de La Habana



Fuente: Revista El Estornudo / Foto: Damaris Betancourt¹⁴⁸

Desde la concepción neurofisiológica, la enfermedad mental sería un desequilibrio de la actividad nerviosa superior, en los procesos de excitación, inhibición, el sistema de señales a ellos asociados o alteraciones en la corteza o subcorteza cerebral. Por tanto, la rehabilitación psiquiátrica a través de la ergoterapia o terapia ocupacional tendría como objetivo “mejorar o compensar el déficit que arrastra el paciente como secuela de su enfermedad”. Los “reflejos condicionados patológicos (síntomas)”, causas del “comportamiento anormal” del paciente, serían extinguidos o atenuados “mediante la sustitución gradual y paulatina” por otros que no tuviesen “significación y contenido morboso” (ORDAZ, 1992, p. 16).

Es en ese punto de la creación de nuevos reflejos que las teorías del aprendizaje y de la actividad propuestas por los teóricos soviéticos, serían aplicadas. Se trataba de que los pacientes aprendieran nuevos conocimientos, hábitos y habilidades a través de la realización de actividades físicas, sobre todo labores constructivas, agrícolas, artesanales y también deportivas. En un informe de 1963 Gilbertina Puertas Hyman, jefa del Servicio de Terapia Ocupacional y Rehabilitación del Hospital Psiquiátrico de La Habana, declaraba que la meta del hospital era transformar ese espacio en un “Gran Sanatorio-Taller-Granja” (LAMBE, 2018, p. 152, traducción personal).

En aquel mismo año se construyó un estadio de beisbol con capacidad para 6000 personas, así como salones de belleza, salones de baile y talleres. El deporte, y sobre todo el beisbol pasó a ser considerado un elemento esencial en la rehabilitación. El director Ordaz era un fanático de ese deporte, por lo que, además de la construcción del estadio creó un equipo donde se mezclaron jugadores amateurs destacados con pacientes del hospital (DEL RISCO, 2022). Según relata su hijo Roberto Ordaz, en un documental titulado *Papá Ordaz*, varios jugadores del equipo Metropolitanos de Beisbol, uno de los más populares en el país, pasaban temporadas de entrenamiento en el campo deportivo del Hospital, pero también la institución habría sido premiada en varias ocasiones en olimpiadas de salud mental (PAPÁ ORDAZ, 2012).

Figura 32 – Pacientes en el Hospital Psiquiátrico de La Habana

¹⁴⁸ Disponible en: <<https://revistaelestornudo.com/mazorra-1998/>>.



Fuente: Revista El Estornudo / Foto: Damaris Betancourt¹⁴⁹

Ya en el caso del trabajo manual como terapia, además de los talleres de carpintería y artesanías dentro del propio hospital, se crearon en diferentes regiones de la capital los Centros de Rehabilitación Protegidos con Albergue, los que se mantienen funcionales hasta la actualidad. El documental titulado *La Revolución de Mazorra*, dirigido por Jesús Muñoz es una excelente muestra de la importancia que se le ha otorgado al trabajo físico como forma de terapia.

En ese material audiovisual se muestra, además de las clases de ballet y canto a las que eran sometidos los pacientes, dos de los centros de rehabilitación más conocidos: el *Albergue del Parque Lenin* y el *Albergue de la Playa Santa María del Mar*. A igual que el hospital psiquiátrico estos espacios estaban situados fuera de los grandes centros urbanos, funcionando como pequeños hospedajes donde pernoctaban los pacientes que durante el día trabajaban en la agricultura o la limpieza de grandes áreas. El Parque Lenin, por ejemplo, tiene un área aproximada de 472 hectáreas y los pacientes/trabajadores del albergue eran los encargados de la higienización de las áreas verdes. Lo mismo ocurría con la limpieza de la Playa Santa María del Mar, con un área de 10 km aproximadamente (LA REVOLUCIÓN DE MAZORRA, 1999).

Uno de los supervisores de los pacientes que limpiaban las áreas del Parque Lenin afirma:

Para mí, trabajo mejor con pacientes que no con personas normales, porque son más disciplinados. Ellos son más disciplinados. Usted le dice 'vamos a hacer esto' y ellos lo hacen sin [inaudible], normalmente, vaya, no hay que estar 'oye haz esto, lo otro', no. Uno le explica 'mira, vamos a hacer esto, esto y esto' y ellos los trabajan normal (LA REVOLUCIÓN DE MAZORRA. 1999).

¹⁴⁹ Disponible en: <<https://revistaelestornudo.com/mazorra-1998/>>.

Ya a mediados de la década de 1970, todos los pacientes del hospital psiquiátrico habían sido implicados de alguna forma en el trabajo físico. Ahora bien, la elección del tipo de actividad a desarrollar no era totalmente libre, dividiéndose sobre todo por criterios de género. Así, las mujeres eran empleadas en labores como la costura, la fabricación de cajas, ramos florales, cestas de paja o juguetes. Para los hombres estaba reservado el trabajo más duro, sobre todo en la construcción y la agricultura (LAMBE, 2018). Es importante destacar que, a pesar de que la rehabilitación mediante el trabajo físico era una de las estrategias terapéuticas priorizadas, no dejaban de aplicarse los psicofármacos y en menor grado de importancia, las psicoterapias (ORDAZ, 1992; LA REVOLUCIÓN DE MAZORRA, 1999; PAPÁ ORDAZ, 2012).

Según afirma Lambe (2018), en la década de 1970, durante la famosa zafra de ese año, donde fue movilizada gran parte de la población, fueron empleados pacientes del Hospital Psiquiátrico de La Habana en el corte de caña, pero también para la construcción del famoso Parque Lenin¹⁵⁰, ya mencionado y en la edificación del Hospital René Vallejo, en la provincia de Camagüey, a una distancia aproximada de 537 km de la capital. Incluso, por esa fecha, la editora del propio Hospital Psiquiátrico de La Habana publicaba un folleto titulado 'Caña y construcción', donde se defendía las labores agrícolas como una forma de terapia, pero también como una contribución a los planes de desarrollo económico del país (LAMBE, 2018).

Sobre el trabajo de los pacientes en la zafra azucarera de 1970 existen varios relatos. Así, por ejemplo, el historiador e ingeniero Juan de las Cuevas Toraya recuerda lo siguiente:

en la Zafra de los 10 millones nosotros estábamos permanente allí en el Central Osvado Sánchez, el central que nos asignó el MICONS¹⁵¹ y yo sí recuerdo perfectamente que la caña que venía de los lotes que tenía el comandante Ordaz, la caña se sabía que era de él, porque brillaba la caña, no era ni una pajita, nada, nada, nada, nada... era una caña pero que con brillo llegaba la caña al ingenio (PAPÁ ORDAZ, 2012).

¹⁵⁰ El Parque Lenin es un parque natural situado a 20 km del centro de La Habana que cuenta con diversas instalaciones como un acuario, cines, un teatro infantil y otro de marionetas, galerías de arte, un lago artificial, espacios para la práctica de equitación, un taller de escultura cerámica, una biblioteca, un anfiteatro, canchas deportivas, bares y restaurantes, además de un ferrocarril propio (AGENCIA DE VIAJES, 2022).

¹⁵¹ Ministerio de la Construcción de Cuba.

También Roberto Ordaz recuerda una anécdota que alguien le contó sobre su padre:

estaba conversando con mi padre discutiendo el plan del día y dice que uno de los pacientes dijo 'caballero, está lloviendo, miren qué clase de aguacero' y todos se mandaron a correr y se metieron debajo de una mata, y, no había lluvia ninguna. Mi padre sacó la mano y dijo: arriba que ya escampó y uno de los pacientes dijo 'dice el doctor que ya escampó. ¡A trabajar se ha dicho!' Y todos cogieron sus herramientas y se metieron a la caña a trabajar (PAPÁ ORDAZ, 2012).

En el documental “Papá Ordaz” se muestra una especie de cartel con las siguientes informaciones: “La Plata. Brigada de macheteros voluntarios del Hospital Psq. de la Habana. Su fundador. Dr. Eduardo B. Ordaz en el año 1960. Participando hasta el presente 046 zafras continuas. Aportando a la economía del país 120 810 918 arrobas de caña cortadas” (PAPÁ ORDAZ, 2012). De esa manera no solo se ensalzaba la figura del director del Hospital Psiquiátrico de La Habana, sino también se pretendía mostrar cuan eficiente podía ser el empleo de los pacientes psiquiátricos en el desarrollo de la industria agrícola, una de las principales metas del gobierno en aquella época.

La ergoterapia era presentada como uno de los grandes logros de la psiquiatría dentro de los marcos de la revolución cubana y el Hospital Psiquiátrico de la Habana, con sus salones ‘impecablemente limpios’, sus ‘pacientes laboriosos’, ‘disciplinados’ y ‘dóciles’ servía como una pieza esencial del engranaje propagandístico del gobierno de Fidel Castro (MINSAP, 1971; DEL RISCO, 2022). En ese sentido, el psicoanalista argentino Juan Carlos Volnovich, quien vivió en Cuba algunos años recuerda: “residiendo allí en épocas de escasez y de racionamiento extremo, era vox populi que los únicos que comían bien en Cuba eran los pacientes internados en Mazorra” (VOLNOVICH, 2014).

Figura 33 – Pacientes en uno de los talleres de artesanía del Hospital Psiquiátrico de La Habana



Fuente: DamarisBetancourtPhotography / Foto: Damaris Betancourt¹⁵²

También la revista *Bohemia*, en 1980 publicaba una entrevista realizada al académico soviético Boris Petrovski, ministro de Salud Pública de la URSS, bajo el título *La salud una cuestión social*. En la entrevista, donde alababa el alto nivel de los médicos cubanos, el cirujano soviético relató que había visitado diferentes hospitales del país, entre ellos el Psiquiátrico de La Habana como parte de un Convenio Intergubernamental de Colaboración entre Cuba y la Unión Soviética sobre salud pública. Sobre esa institución, Petrovski afirmó:

¡Es muy humano! Ya lo había visitado en otra ocasión. Valoro tanto su trabajo, que en una conferencia de médicos de Institutos de Países Socialistas lo recomendé. Y dos ministros de salud pública, el de Polonia y el de Checoslovaquia, vinieron a verlo. Ahora en mi segunda visita, volvió a producirme muy grata impresión. En este hospital se logra la relación humana con el enfermo. Tiene cubiertas todas las necesidades para alcanzar la curación y rehabilitación de sus pacientes. Aquí, en el Hospital Psiquiátrico de La Habana, la bondad humana tiene la oportunidad de manifestarse (MOREJÓN, 1980, p. 41).

Otro de los elementos principales en la estrategia propagandística sobre la psiquiatría revolucionaria fue la figura del director del Hospital Psiquiátrico de La Habana. Cuando ya ninguno de los altos jefes militares cubanos usaba barba, excepto Fidel Castro, el comandante Bernabé Ordaz todavía ‘ostentaba’ ese símbolo de autoridad que lo acercaba ideológicamente al líder de la revolución, sino también permitía que se estableciesen “analogías fáciles” con él, como destaca Del Risco (2022).

¹⁵² Disponible en: <<https://damarisbetancourt.com/project/diez-dias-en-mazorra-i/>>.

Figura 34 –Eduardo Bernabé Ordaz director del Hospital de Dementes “Mazorra”, hoy Hospital Psiquiátrico de La Habana



Fuente: Rialta Magazine / Foto: Damaris Betancourt¹⁵³

Ordaz parecía autorizado a muchas cosas dentro de la revolución, como mantener la barba cuando ya no era moda entre militares y políticos cubanos (evitándose generar confusiones), pero también gerenciar, sin las trabas burocráticas socialistas al antiguo ‘almacén de locos’ (DEL RISCO, 2022) y mantener su fe católica cuando la mayoría de los religiosos eran perseguidos y obligados a esconderla o abdicar¹⁵⁴. El calificativo de “Papá” otorgado por los pacientes y por algunos psiquiatras subordinados (PAPÁ ORDAZ, 2012; VÁZQUEZ, 2007) no es casualidad, sino que respondía a una lógica de gestión de la salud mental donde la autoridad médica ocupa el nivel central.

El comandante Ordaz fue, desde el triunfo de la revolución hasta su muerte en 2006 aquella figura de autoridad que es reconocida como portadora de una especie de don divino o un saber experto que lo coloca en una posición de superioridad frente al paciente (CAPONI, 2004). Lo más importante en cuanto a la figura de Ordaz no era su saber psiquiátrico pues su formación era en anestesiología, sino otro tipo de saber que interesaba más al gobierno: la administración de aquel enorme hospital y sus habitantes. Con Ordaz al mando de la gestión de la psiquiatría revolucionaria, la

¹⁵³ Disponible en: < <https://rialta.org/mazorra-profunda-libro-damaris-betancourt/>>.

¹⁵⁴ El historiador de la Ciudad de La Habana, Eusebio Leal recuerda la boda católica de Ordaz, poco tiempo después del triunfo de la revolución, donde este iba vestido con su uniforme militar y la novia con el traje típico de ese evento. Obviamente la celebración de una boda católica de un alto dirigente cubano no hubiera ocurrido sin la autorización de Fidel Castro (PAPÁ ORDAZ, 1999).

población de 'enfermos mentales' del país podría ser efectivamente controlada y socialmente rehabilitada, es decir, insertadas en la nueva sociedad que se pretendía construir. Así, la lógica de la compasión piadosa que analiza Caponi (2004) continuaba presente en la gestión de los pacientes psiquiátricos cubanos.

El director del hospital, el comandante Ordaz fue justamente aquel padre/médico/benefactor presente en la lógica de la compasión piadosa, al que se le subordinaba el paciente 'incapaz' y 'desamparado' que una y otra vez deberá ser rescatado por la terapia de la rehabilitación. Ese paciente, a pesar de la asistencia psiquiátrica y de la reinserción social no dejará de ser considerado socialmente peligroso o indeseable y por tanto no será dejado fuera del control psiquiátrico. En ese sentido, afirma Caponi (2004):

Es por eso por lo que cotidianamente podemos observar a inmorales pero piadosas actitudes que, respondiendo a la fuerza de la compasión y a la búsqueda del bienestar, reproducen la más legítima -aunque legalizada-coerción: aquella que personas caritativas ejercen sobre los infortunados (CAPONI, 2004, p. 17, traducción personal).

Los ejemplos de este tipo de coerción piadosa en el contexto de la psiquiatría revolucionaria son varios y algunos de ellos ya fueron mencionados, como la movilización masiva de pacientes en labores de construcción o agrícolas, en nombre de la rehabilitación y la cura. Al mismo tiempo, como parte de esa propia lógica se espera que ese paciente 'desvalido' se muestre eternamente agradecido y obediente al poder psiquiátrico (CAPONI, 2004).

6 ¡GOODBYE PÁVLOV! LA DESAPARICIÓN DEL CAMPO SOCIALISTA Y LA REORIENTACIÓN DE LA PSIQUIATRÍA REVOLUCIONARIA¹⁵⁵

La desintegración de la URSS y la desaparición del Consejo de Ayuda Mutua Económica (CAME)¹⁵⁶ a principios de la década de 1990 tuvo un enorme impacto sociopolítico y económico no solo para los países de Europa del Este que conformaban el campo socialista sino también para Cuba. La isla caribeña dejaba de ser dependiente del comercio con los Estados Unidos en la década de 1960 para dejar en manos de la Unión Soviética y el CAME su desarrollo económico. Por eso, la desaparición acelerada de estas estructuras sumió a Cuba en una profunda crisis económica, impactando rápidamente en el ámbito social.

Según apuntan Reyes, Cornejo y Elizondo (1997), la gravedad de la crisis tuvo múltiples causas, entre ellas “el modelo de planificación centralizada” copiado de la URSS en la década de 1970, la retirada del apoyo económico de los países que formaban el bloque socialista, el desmontaje de las estructuras industriales manufacturera y alimentaria (provocando que hubiese que importar esos productos de Europa), “la dependencia energética” del petróleo soviético, la importante deuda externa de Cuba, sobre todo con Rusia y el embargo económico impuesto por los Estados Unidos (REYES; CORNEJO; ELIZONDO, 1997, p. 117). Es importante señalar que durante el periodo de relaciones de Cuba con la URSS y el CAME el impacto del embargo económico de los Estados Unidos no fue tan significativo, pues justamente las necesidades comerciales del país eran suplidas por los países socialistas.

Los que éramos niños en la década de 1980 en Cuba recordamos cómo productos alimenticios básicos como la carne molida, los frijoles, la remolacha, las zanahorias o la manteca llegaban enlatados a Cuba procedentes de la Unión Soviética y los países del CAME. Lo mismo ocurría con la ropa, los juguetes, gran parte de la

¹⁵⁵ En este capítulo fueron analizados, además de materiales documentales, los resultados de entrevistas realizadas a dos informantes privilegiados, vinculados directamente a los servicios de salud mental del país. Las entrevistas fueron, además, abiertas y sin límites de tiempo prefijado, ocurriendo de forma remota, a través de videollamadas y grabadas, previo consentimiento de los entrevistados.

¹⁵⁶ El Consejo de Ayuda Mutua Económica (CAME) fue una organización creada en la época del dictador Iósif Stalin que tenía como objetivo el desarrollo de relaciones comerciales entre los diferentes estados que componían el campo socialista, planificadas y controladas por la URSS (RADIO PRAGUE INTERNATIONAL, 2021).

televisión y la literatura eran igualmente importados, por solo citar algunos ejemplos. A cambio, se enviaba desde Cuba a los países socialistas europeos productos como azúcar y mariscos. Ello demuestra cómo la economía cubana, siguiendo criterios ideológicos había sido forzada a una total dependencia de la relación comercial con la Unión Soviética y el CAME.

Al desaparecer la URSS los créditos soviéticos millonarios dejaron de ser recibidos, al igual que los envíos de petróleo; se paralizaron las inversiones soviéticas y el personal técnico de los países socialistas que vivían en Cuba en calidad de asesores y controladores abandonaron el país. Según afirma Santana (2017),

el producto interno bruto (PIB) cubano cayó un 35%; disminuyeron las producciones de sus principales rubros exportables; la inflación pasó del 0,5% al 26%; las exportaciones descendieron un 80%, mientras que las importaciones decrecían un 75%, lo que provocó una aguda escasez de alimentos, combustibles, manufacturas e insumos de todo tipo (SANTANA, 2017).

El 29 de agosto de 1990 el gobierno cubano finalmente reconocía la existencia de la crisis económica que comenzaba y fue declarado oficialmente el inicio del Período Especial en Tiempo de Paz. El concepto se deriva de un plan del gobierno cubano para enfrentar una guerra hipotética donde habría un bloqueo naval y aéreo del país que le impediría continuar el intercambio con otras naciones y que fue nombrado Período Especial en Tiempo de Guerra. El Período Especial en Tiempo de Paz o como ha sido conocido popularmente en Cuba, 'Período Especial' se tradujo en la drástica reducción de productos de consumo básicos y no básicos, es decir, de alimentos, ropas, calzados, medicinas, juguetes, equipos electrodomésticos, maquinarias agrícolas, piezas para el mantenimiento industrial, recursos energéticos, recursos para la salud, etc. (RODRÍGUEZ, 2020).

Desde el punto de vista social la crisis económica provocó una “enorme carga de sufrimiento, desencanto y deterioro de la calidad de vida” de los cubanos (SKLODOWSKA, 2013, p. 82). Enseguida quedó expuesta -a la vez que aumentaba de forma alarmante-, la división social de clases que con tanto celo la propaganda oficial había intentado ocultar en todos esos años de Revolución. Entre las medidas urgentes tomadas por el gobierno para contrarrestar el impacto de la crisis y que ayudaron a acelerar dicha división, estuvo la despenalización de las monedas extranjeras y la apertura al turismo internacional.

La tenencia de dólares norteamericanos, que antes era penalizada con prisión, le otorgó a un sector pequeño de la población un estatus social elevado y la capacidad de adquisición de productos prohibidos para el resto, ya fuera por su ausencia en la mayoría de los espacios o por su elevado costo. Al mismo tiempo, la llegada de turistas extranjeros provocó el aumento del tráfico de drogas y la prostitución. Sin embargo, la apertura a la inversión extranjera y el trabajo no estatal continuaron siendo demonizados y autorizados en casos muy puntuales.

La historia ha demostrado que tales medidas no tuvieron un impacto positivo en la calidad de vida de los cubanos ni en la economía del país. Fue solo a finales de la década de 1990, con la firma de un importante acuerdo energético entre el expresidente de Venezuela Hugo Chávez y Fidel Castro que la economía cubana comenzó a dar señales de alguna mejoría, pero aplicando nuevamente la política de dependencia económica de otras naciones con mayores recursos.

Desde el punto de vista político, el gobernante Fidel Castro y el proyecto de construcción del socialismo en Cuba quedaban aislados al perder su principal aliado. Los discursos bélicos contra los Estados Unidos, el enemigo principal del gobierno cubano se recrudeció y el embargo económico volvió a ser colocado como la causa principal de la crisis económica permanente del sistema socialista cubano. Al mismo tiempo el gobierno no fue capaz de asumir la responsabilidad por el desastre económico provocado por la aplicación de un modelo estalinista de sociedad socialista. También se incrementaron los discursos de resistencia dirigidos a la población, intentando elevar los niveles de motivación política de los cubanos y su capacidad de sobreponerse a las dificultades.

Uno de los espacios donde la crisis del socialismo se vio reflejada fue en los centros de enseñanza, principales centros de formación y difusión de la ideología marxista-leninista, bajo la orientación del partido comunista. Entre otras causas se destacan el abandono masivo de profesores de marxismo-leninismo de sus puestos de trabajo en las universidades y las escuelas, así como la redistribución laboral de profesores de idioma ruso. Estos profesores en muchos casos tenían un estilo de enseñanza dogmático, autoritario y con escasas habilidades para motivar a los estudiantes. Por último, se destaca la ausencia de una ideología propia que pudiese sustituir a la importada de la Unión Soviética (BENITEZ, 2018).

En los otros sectores de la sociedad también comenzó un abandono del marxismo-leninismo, aunque como apunta Heredia (2001) no fueron autorizados

espacios de debate sobre ideologías alternativas, incluso dentro del mismo campo de la izquierda. Los cubanos, además, estaban más preocupados por la sobrevivencia y por salvar las economías familiares que por cuestiones político-ideológicas. Poco a poco las referencias al socialismo soviético y al marxismo-leninismo fueron desapareciendo, tanto en las escuelas y universidades como en los medios de comunicación masiva, aunque no se abandonó el discurso anticapitalista y bélico contra los Estados Unidos. El socialismo en Cuba fue sufriendo una transformación camaleónica intentando darle un matiz más nacionalista, sustituyendo algunos de los 'clásicos' como Lenin y Engels (sin abandonar totalmente a Marx) y rescatando a José Martí (HEREDIA, 2001).

6.1 EL ABANDONO DE LA REFLEXOLOGÍA

El rechazo del marxismo-leninismo como doctrina enyesada también se vio reflejado en el campo de la psiquiatría, específicamente en el abandono de la reflexología y los autores soviéticos como referentes teóricos. Según afirma Otero (2001), la desaparición del campo socialista impedía a los psiquiatras cubanos el acceso a materiales actualizados sobre psiquiatría, así como el intercambio con otros colegas. En realidad, se había perdido el acceso a la bibliografía que llegaba del campo socialista y al intercambio con especialistas de aquellos países, pero se abría la posibilidad para ellos de continuar su formación con sus homólogos norteamericanos y europeos.

Rolando afirma que no había tenido en su formación como psiquiatra una influencia directa de la psiquiatría soviética, a pesar de haber realizado la residencia en esa especialidad entre los años de 1979 y 1981, justamente en un período donde predominaba el discurso de la reflexología y de los autores soviéticos. Rolando recuerda que sus profesores de psiquiatría se habían formado antes de 1959 y no compartían tales referencias, formando parte de un pequeño grupo de resistencia que se había opuesto "a que se incorporara a nuestro saber, cuando intentaron difundirla entre los residentes de la época y que algunos tuvieron que asimilar" (ROLANDO, información verbal, 2019).

Rolando recuerda también que luego de la desaparición de la URSS los psiquiatras cubanos tuvieron más libertad para escoger sus referentes teóricos. Al mismo tiempo, comenzaron a destacarse algunos "autores cubanos" como "el

Profesor Ricardo González, el fallecido Hiram Castro López y el Profesor Alberto Clavijo” (ROLANDO, información verbal, 2019). La libertad de escoger referentes parcialmente restaurada en los años 90 llevó a que se hiciera común la práctica del eclecticismo en la psiquiatría, ocurriendo lo mismo en campo de la psicología. Según afirma Viguera (2017), el eclecticismo en este tipo de prácticas responde “al supuesto de aglutinar arbitrariamente referentes, métodos e instrumentos opuestos para ofrecer una interpretación, explicación de la realidad o solución a determinado problema”. Para el autor, el eclecticismo en la psicología cubana responde más a la “exigencia práctica de una realidad demandante” y no tanto por “interés impersonal, lógico–abstracto” (VIGUERA, 2017, p. 100).

La psicología y la psiquiatría en Cuba, sobre todo después de 1959, compartieron destinos similares. Ambas fueron direccionadas hacia el referente ‘psi’ soviético e implicadas, como el resto de los sectores de la sociedad cubana, hacia la construcción del socialismo y la ‘creación’ del hombre nuevo. Hay que tener consideración además que algunos psiquiatras como Diego González Martín, Oscar Ares Freijo y René Vega Vega fueron encargados de la fundación de la nueva escuela de psicología cubana, la psicología revolucionaria. En el mismo sentido, al menos hasta donde he podido conocer, tanto por mi experiencia personal como por la de mis colegas, durante el período revolucionario ha persistido una relación de subordinación del psicólogo clínico al psiquiatra. Es decir, el psicólogo que se desempeña habitualmente en el ámbito de la salud pública (hospitales, policlínicos, centros de salud mental) ha sido considerado una especie de ‘técnico’ que debe no solo seguir las orientaciones del psiquiatra sino también, en algunos casos asumir el papel de psicometrista o el de ayudante (VIGUERA, 2017; ROLANDO, información verbal, 2019).

Si antes del triunfo de la revolución existían en Cuba psicoanalistas, conductistas, reflexólogos, etc., que podían ser lo mismo psicólogos que psiquiatras, no es hasta después de la desaparición de la URSS que la diversidad de las prácticas comienza a reaparecer en el país, algunas de forma muy tímida aún, como el psicoanálisis. Pero, aun así, la existencia de grupos de formación orientados por alguna corriente¹⁵⁷ es un fenómeno raro, prefiriéndose, tanto entre psicólogos como psiquiatras, el eclecticismo (VIGUERA, 2017; ROLANDO, información verbal, 2019).

157 El Psicoanálisis es un caso particular dentro de este fenómeno, pues si bien fue el más atacado por los defensores de la psicología y psiquiatría soviéticas, también ha sido, sobre todo desde finales

Según Rolando, después de la desaparición del campo socialista la psiquiatría cubana se abrió de una vez a la influencia de la norteamericana, siendo el norte principal de esa práctica hasta la actualidad, a pesar de haberse autorizado el eclecticismo. Al mismo tiempo, afirma el psiquiatra, la libertad de práctica en el campo de la psiquiatría cubana encuentra sus límites en los programas de formación académica, en las “directrices” y en la “política” del ministerio de salud pública (ROLANDO, información verbal, 2019). Es decir, ninguna de las libertades concedidas a los psiquiatras cubanos implica, por ejemplo, la práctica privada, la enseñanza de cualquier teoría no autorizada y mucho menos cualquier manifestación pública o asociación que puede entrar en conflicto con las directrices político-ideológicas establecidas por el gobierno.

6.2 UN TÍMIDO AMAGO A LA PSIQUIATRÍA DEMOCRÁTICA

En 1995 fue diseñada una nueva política asociada a la “desinstitucionalización del enfermo mental” en Cuba, sobre todo después que el reconocido psiquiatra Guillermo Barrientos, jefe del Grupo Nacional de Psiquiatría en aquel momento estableciera un vínculo con el grupo de Trieste en Italia (ROLANDO, información verbal, 2019). Ese mismo año se celebró el Taller Encuentro titulado *Reorientación de la psiquiatría hacia la atención primaria*, coordinado por el Grupo Nacional de Psiquiatría del Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP), la Cooperación Italiana¹⁵⁸ y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En el evento, que prometía un giro importante en la política oficial de salud mental en el país participaron dos importantes figuras de la psiquiatría democrática italiana, Benedetto Saraceni y Franco Rotelli (DE OLIVEIRA, 2010).

Saraceni había trabajado con Franco Basaglia y también tuvo un papel protagónico en el proyecto de Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica en Latinoamérica que resultó en la redacción de la Declaración de Caracas de 1990 y

de la década de 1990, el que ha mostrado sistematicidad y capacidad de organización. En ciudades como Santiago de Cuba y La Habana surgieron grupos de estudios en psicoanálisis, formado tanto por psicólogos y psiquiatras como estudiantes de áreas afines. Algunos de estos grupos, como la Nueva Escuela Lacaniana de La Habana han ganado reconocimiento y membresía internacional.

¹⁵⁸ “La Agencia Italiana de Cooperación para el Desarrollo – AICS es la agencia pública del Gobierno de la República Italiana que se encarga de la promoción del desarrollo internacional, acorde a las indicaciones de la Agenda 2030 y la política de cooperación internacional y desarrollo de la Unión Europea” (ITALIA, 2022).

Rotelli había participado junto a Basaglia también en el desmantelamiento del manicomio de Trieste, en Italia. De esa forma, la participación de estos dos personajes daba un aire de democratización al proceso de reorientación de la psiquiatría cubana.

El momento era propicio para que la psiquiatría cubana entrara en el movimiento de desmanicomialización de la salud mental y se desprendiera de los lazos ideológicos, pero también teóricos que la unían a la recién extinta Unión Soviética. Pocos años atrás había ocurrido la Declaración de Caracas, resultado de la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistema Locales de Salud (SILOS), que fue convocada por la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, (OMS/OPS) y apoyada por el Instituto de Investigaciones Mario Negri de Milán¹⁵⁹.

En la Declaración de Caracas se propuso reestructurar la atención psiquiátrica en los países de Latinoamérica hacia la Atención Primaria de Salud y la promoción de un modelo comunitario, intentando acabar con la hegemonía del hospital psiquiátrico y resaltando la necesidad de respetar “la dignidad personal y los derechos humanos y civiles” (DE CARACAS, 1990, p.3). Ya desde la década de 1980, la psiquiatría cubana se había reorganizado en función de la atención primaria de salud y ampliado su radio de acción hacia las comunidades. Ahora bien, la irradiación hacia las comunidades no implicaba necesariamente el abandono de la hegemonía del hospital psiquiátrico ni tampoco la lógica medicalizadora.

Pues bien, el mencionado evento en La Habana habría sido una especie de réplica en miniatura del evento en Caracas y sus resultados fueron publicados como Carta de La Habana. En esa declaración, el Ministerio de Salud Pública de Cuba adoptó oficialmente la Atención Primaria de Salud para el caso de la salud mental, siguiendo las directrices de la OPS e inspirándose en la Declaración de Caracas. Se confirmaba además la proyección territorial y comunitaria de la atención psiquiátrica, así como el predominio de la rehabilitación, la prevención y la promoción como parte de la política del gobierno en materia de salud pública.

Ahora, en la Carta de La Habana hay un punto particularmente interesante que no se debe pasar por alto. En una parte del documento se expresa lo siguiente: “las experiencias internacionales innovadoras aportan elementos positivos y de interés que pueden incorporarse de manera creativa a nuestras propias experiencias” (DE LA

¹⁵⁹ El Instituto Mario Negri es una organización científica privada e independiente, sin ánimo de lucro, que actúa en el campo de la investigación biomédica desde 1961.

HABANA, 1995, p. 2). Es importante esta frase porque indica la necesidad que tenían los psiquiatras cubanos de abrirse a lo que ocurría a nivel internacional, una vez que la burbuja soviética había explotado. Claro está que esto no ocurría sin la autorización del Ministerio de Salud Pública y mucho menos sin la del Partido Comunista de Cuba. La apertura de Cuba 'hacia el mundo' respondía a una estrategia de sobrevivencia económica y política del gobierno cubano luego del enorme impacto de la desaparición del campo socialista (RITTER, 1993).

Uno de los resultados que se pretendía en el campo de la salud mental en América Latina luego de la Declaración de Caracas era la disminución de las camas del hospital psiquiátrico, lo que implicaría el abandono de la lógica asilar, de la cronificación del sujeto y de la concepción del sufrimiento mental como enfermedad (CALDAS DE ALMEIDA, 2007). Un proyecto menos ambicioso si tomamos en consideración que el movimiento de Trieste, impulsado por Basaglia, que en teoría habría inspirado el Taller de Reorientación de la psiquiatría cubana proponía la total superación del manicomio/hospital psiquiátrico (BASAGLIA, 2010). Pero ni una cosa ni la otra. A pesar del nombre 'reorientación' y de la inspiración italiana, la cantidad de camas psiquiátricas en Cuba aumentaban, lo que demuestra que no se abandonó la lógica del enfermo mental cuidado/controlado en el espacio Hospitalar.

Según afirman Minoletti y Calderón (2007) en el período nominado por ellos como Modelo hospitalario, que abarcó de 1960 a 1986, la cantidad de camas de psiquiatría creció, debido sobre todo a la construcción de 11 nuevos hospitales psiquiátricos en el país, 15 servicios de psiquiatría en los diferentes hospitales generales y 4 servicios de psiquiatría en hospitales psiquiátricos. En el período posterior, llamado Modelo ambulatorio y de atención primaria (1987-1995), en una dirección opuesta al movimiento antimanicomial en Europa y América, el número de camas no disminuyó y, no solo eso, sino que aumentaron los espacios de intervención de la psiquiatría, creándose centros comunitarios de salud mental, unidades de intervención en crisis (20), hospitales de día (30) y nuevos servicios de psiquiatría en hospitales generales (23) y en hospitales pediátricos (10). De la misma forma, afirman los autores, "el total de camas psiquiátricas se duplicó en este periodo, alcanzándose una tasa de 1 por 1.100 habitantes" (MINOLETTI; CALDERÓN, 2007, p. 77-78).

Por último, en el período más reciente, que comienza en 1996 y que ha sido bautizado como Modelo de Psiquiatría Comunitaria, la ampliación del radio de acción de la psiquiatría hacia las comunidades se fortaleció. Minoletti y Calderón (2007)

informan que para finales de 1999 la cantidad de centros de ese tipo aumentó en 111. Si nos fijamos en las estadísticas de salud publicadas por el Hospital Psiquiátrico de La Habana, encontramos un crecimiento en el total de ingresos en dicho hospital entre 1988 y 1994. En 1988 habían ingresado al Hospital Psiquiátrico de La Habana un total de 1315 pacientes, aumentando a 1483 en el año 1990 y a 2976 en el año 1994 (HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LA HABANA, 1991; 1995). Eso sería solamente en el principal hospital psiquiátrico de Cuba. Sobre la cantidad de ingresos en los otros hospitales de su tipo en el país no encontré información en las fuentes consultadas.

Sin embargo, el número de ingresos en esos hospitales a partir de 2009 sí está disponible para ser consultado en el sitio web oficial de la Oficina Nacional de Estadísticas de Cuba. Al consultar esos datos, se puede observar el mismo fenómeno de aumento en la cantidad de ingresos en hospitales psiquiátricos. Así, por ejemplo, en el año 2009, en los 24 hospitales psiquiátricos del país fueron internadas un total de 6506 personas, de ellas 3 409 solamente en la capital¹⁶⁰. Al mismo tiempo, si observamos el número de consultas de psiquiatría realizadas en todo el país desde la década de 1970, se aprecia igualmente un crecimiento. En 1970 fueron realizadas 308 291 consultas de psiquiatría, en 1980 fueron 466 809, en 1990 aumentó para 709 363 y en 2009 para 853 501 (MINISTERIO DE ECONOMÍA Y PLANIFICACIÓN, 2022).

Solo a partir del año 2011 se aprecia un ligero decrecimiento en el número de camas ocupadas en los hospitales psiquiátricos del país (5 911 camas en 2011; 5 593 en 2012; 5 565 en 2013; 5 386 en 2014; 5 170 en 2015 y 4 954 en 2016). A partir de 2017, a pesar de que el estado cubano continúa publicando estadísticas oficiales sobre economía, educación, salud, etc., ha dejado de informarse específicamente el número de camas destinadas a los pacientes psiquiatrizados (MINISTERIO DE ECONOMÍA Y PLANIFICACIÓN, 2022). Desconozco las razones de tal omisión. De cualquier modo, la disminución de las camas de psiquiatría, es decir, de los ingresos en hospitales psiquiátricos a partir de 2011 es un indicador de que alguna transformación en ese campo comenzó a suceder.

Podríamos pensar que se trataba finalmente de un movimiento hacia la desmanicomialización/deshospitalización de la psiquiatría cubana, pero es necesario entender el contexto en que esto sucedía. Según afirma Mesa-Lago (2012), hasta el año 2007 el gasto del estado cubano en materia de servicios sociales había

¹⁶⁰ En 2022 el número de habitantes de Cuba es de aproximadamente 11 millones.

“aumentado de manera constante”, pero al año siguiente, al asumir la presidencia de Cuba el general Raúl Castro, el crecimiento se detuvo, debido a una serie de reformas y recortes presupuestarios implementados por él (MESA-LAGO, 2012, p. 180).

Los recortes en el área de la salud, por ejemplo, se vieron reflejados en el número de camas en los diferentes hospitales del país. Afirma Lago que “el número de camas de hospital por 10.000 habitantes” se había reducido un 23 % en el 2010. También, la cantidad de hospitales había disminuido en 17 % en el período de 2005-2010. Además, el deterioro de las instalaciones hospitalarias se hizo bien evidente, así como la falta de recursos de todo tipo (MESA-LAGO, 2012, p. 191).

El autor describe de manera fidedigna la situación de los hospitales de Cuba:

los ingresados en los hospitales deben llevar sábanas, almohadas, toallas, jabón, medicinas, alimentos, vasos, cubiertos, cubetas y bombillas eléctricas. Aunque se han restaurado algunas instalaciones la mayoría está deteriorada, muchos equipos son obsoletos o no funcionan, hay una severa escasez de utensilios, material para pruebas e insumos esenciales... (MESA-LAGO, 2012, p. 191).

En el campo de la atención primaria, principal fortaleza del sistema de salud cubano desde la década de 1970 también hubo una reducción tanto de los recursos materiales como del personal médico. Afirma Mesa-Lago (2012) que en 2008 se habían cerrado “más de la mitad de las oficinas de médicos de familia” (18 %) provocando que las restantes tuviesen que “atender el doble de la población anterior” (MESA-LAGO, 2012, p. 190). El deterioro de la atención primaria no se debía solamente al recorte del presupuesto estatal, sino también a la salida del país de una cantidad significativa de especialistas, ya sea por cumplimiento de misiones médicas oficiales o por decisión personal de emigrar (MESA-LAGO, 2012). Esos datos permiten afirmar que el principal motivo de la disminución de camas de psiquiatría respondía a la reducción de gastos públicos que afectó directamente al sector de la salud y no a un cambio real de perspectiva sobre la gestión del sufrimiento mental.

6.3 DEAMBULANTES, BUZOS, ALCOHÓLICOS Y LOCOS.

La era postsoviética fue también una época que la psiquiatría cubana comenzó a ocuparse de un fenómeno que antes no existía o permanecía muy bien oculto de las miradas públicas. Se trata de los eufemísticamente nombrados como ‘deambulantes’, que no son otra cosa que personas en situación de pobreza a los que

en algunos casos se les atribuyen trastornos mentales. Justamente, la atribución de trastornos mentales a estas personas le ha permitido al estado cubano no reconocer directamente que los deambulantes son un producto de la desigualdad social pero también le facilita ejercer un control solapado de una población considerada de riesgo.

Para dar un sustento jurídico a la intervención estatal sobre estas personas, el gobierno provincial de la Ciudad de La Habana, por ejemplo, creó el manual *Procedimientos para la atención a las personas con conductas deambulantes en La Habana*. En este documento, los deambulantes son definidos como personas

en situación de vulnerabilidad social con ausencia de productividad, afectado por problemas de vivienda, relaciones familiares deficientes y/o un estado de salud mental deteriorado que se manifiesta como: depresión, carencia de alimentación, vestuario deficiente, patrones desajustados de conducta social, falta de aseo, conducta migratoria, mendicidad, pérdida de la autoestima, afectaciones toxicómanas que pueden o no desencadenar en una conducta disocial (TOROS et al., 2019).

A pesar de que se menciona la vulnerabilidad social de estas personas, se evita apuntar a la responsabilidad del estado en esta situación. Lo que está por detrás de esa falta de productividad mencionada en la definición son las cifras crecientes de desempleo justamente en la época más cruda del Período Especial. Según cifras del Grupo Banco Mundial para el año 1991 había un 7,9 % de desocupación laboral en Cuba, alcanzando el punto más alto en 1995, con 8,3 % (GRUPO BANCO MUNDIAL, 2022).

No obstante, para Díaz (2003), las fuentes que alimentan estas estadísticas siempre han sido las mismas desde 1959, es decir, el propio gobierno cubano, por lo que podrían ser manipuladas con fines políticos. En ese sentido el autor afirma que “el desempleo en la Cuba actual es muchísimo mayor que el reflejado en las publicaciones del gobierno y reflejadas en los análisis que hace CEPAL de la situación económica de la Isla” (DÍAZ, 2003, p. 43). Sobre la situación de la vivienda, otra de las causas apuntadas por el gobierno sobre la existencia de deambulantes, la propia prensa oficial reconoce un “declive en la construcción de viviendas y en la producción de materiales”, mantenida hasta la actualidad (SAN MARTÍN, 2019).

Aun así, en la citada definición la responsabilidad recae fundamentalmente en la existencia de trastornos mentales y conductas transgresoras de las propias personas, razón por la cual los deambulantes han pasado a ser un asunto ‘de psiquiatría’. El psiquiatra Alejandro García, jefe del Departamento de Salud Mental del municipio capitalino de Centro Habana refuerza la idea de que detrás de la situación

de estas personas se encuentra un “trastorno” mental, sobre todo asociados al “alcoholismo” (TOROS et al., 2019). Según este experto,

La mayoría son personas que perdieron, sus casas, sus familias, sus trabajos, terminan viviendo en la calle sin compromiso ni sentido de pertenencia a ningún lugar. El problema más importante es que se resisten a institucionalizarse, a establecer una vida social clásica, o sea, vivir en familia, aceptar las normas sociales y ahí entra un conflicto legal, ético y social, porque no se puede obligar a una persona a estar en su casa (TOROS et al., 2019).

Esa población desamparada y marginada, llamada de deambulante vuelve a aparecer como una amenaza a la seguridad interna, como un riesgo social enorme para el proyecto de la revolución cubana y la imagen de prosperidad que se proyecta para el mundo. Al mismo tiempo la psiquiatría vuelve a ser convocada como herramienta del estado para la represión de los desvíos sociales, para restaurar el equilibrio a través de la medicalización. El mencionado psiquiatra critica al movimiento de la antipsiquiatría colocándolo como responsable por el cierre de “grandes instituciones psiquiátricas, sacando a las calles una gran cantidad de pacientes” y por tanto por la proliferación de la “conducta deambulante” como “fenómeno internacional” (TOROS et al., 2019).

Así, la única política pública que propone el estado cubano es volver al encierro, dando dos opciones a esas personas: el ‘estar en su casa’ o ‘institucionalizarse’. Como no pueden ser obligadas a estar en su casa -sin considerar que muchas veces esas casas ni existen-, entonces se toma el camino de la institucionalización.

La institucionalización se realiza en muchas ocasiones en los hospitales psiquiátricos de las diferentes provincias, aunque, al menos en La Habana funciona un Centro de Protección Social ubicado en las afueras de la ciudad. No pocas veces la internación se realiza contra la voluntad de estas personas y mediante el empleo de fuerzas policiales. Una trabajadora social vinculada a este proceso afirma que es común que estas personas se escondan cuando ven aproximarse el ómnibus donde las llevan a las instituciones de internación. Según un directivo del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, la ‘recogida’ de deambulantes se realiza diariamente, al menos en la capital del país (TOROS et al., 2019). Al respecto, el funcionario relata:

La Habana es la provincia cubana donde más deambulantes existen en el país. Diariamente a las nueve de la mañana sale una guagua, presupuestada por la dirección de trabajo, para recoger a esas personas. En ella van tres trabajadores sociales y oficiales de la Policía Nacional Revolucionaria (PNR) (TOROS et al., 2019).

Después de la ‘recogida’, los deambulantes son fichados en un expediente donde se reseña si existen antecedentes criminales y se coloca un resumen de los resultados de algún estudio socioeconómico realizado a las prisas por trabajadores sociales. Luego se establecen contactos con familiares y se notifica al Ministerio de Salud Pública, al Ministerio de Trabajo Social, a la Fiscalía General de la República y a la Policía (TOROS et al., 2019).

Los propios funcionarios del Ministerio de Salud Pública y del Ministerio del Trabajo y Seguridad Social han reconocido que las políticas públicas del estado cubano son deficientes y que el protocolo establecido de ‘recogida, higienización, clasificación y reinserción social’ es sumamente precario, no solo porque no se destinan los recursos materiales necesarios, sino también porque no existen suficientes locales para la institucionalización (TOROS et al., 2019). A pesar de ello, no existen hasta la actualidad alternativas diferentes a las del encierro y mucho menos propuestas que tomen en consideración los criterios y la voluntad de los propios sujetos.

6.4 PSIQUIATRÍA COMUNITARIA SÍ, PERO NO SIN EL HOSPITAL

En 2009, el psiquiatra cubano Raúl Gil Sánchez, director del Centro Comunitario de Salud Mental (CCSM) del municipio Regla en La Habana y jefe de Psiquiatría del Ministerio de Salud Pública de Cuba, concedió una entrevista a un médico investigador brasileño sobre la psiquiatría comunitaria en el país y el funcionamiento del centro que él dirigía. El psiquiatra cubano relata las dificultades que encontró a principios de la década de 1990 con la creación de un proyecto de salud mental comunitaria que luego se transformó en el CCSM de aquel municipio habanero. En el imaginario social de aquella comunidad, pero también en la concepción de muchos de sus colegas, la función de aquel psiquiatra era la de “dar consulta, atender a los enfermos” (DE OLIVEIRA, 2010).

Sin embargo, según afirma el propio Sánchez su pretensión era ir un poco más lejos y no ocuparse de “enfermedad” y sí de la “salud mental”. Sánchez explica que se concentró inicialmente en hacer un “diagnóstico comunitario”, es decir, las características de la comunidad, los recursos, las necesidades, los signos culturales y las figuras políticas, pero también en el modo de gestión del sufrimiento mental por

parte de los psiquiatras del municipio. Todo ello le permitiría llevar a cabo el diseño de un “programa de salud mental” que vendría a romper un poco con la lógica de atención llevada a cabo hasta ese momento (DE OLIVEIRA, 2010, p. 228).

Lo que encontró Sánchez sobre la atención psiquiátrica en aquel municipio era lo mismo que ocurría en cualquier otra comunidad cubana. Allí, los pacientes tenían que esperar largos periodos de tiempo para recibir una primera consulta de psiquiatría y encima, esta consulta transcurría de forma breve. Las otras consultas de seguimiento a los pacientes demoraban mucho y en ocasiones no era el mismo médico quien las dispensaba. El diagnóstico, según este psiquiatra, era fundamentalmente “sindrómico” y el tratamiento predominante era el farmacológico (DE OLIVEIRA, 2010, p. 228).

Entonces, con un discurso más hacia el lado de la psiquiatría comunitaria y una postura diferente a la del médico que solo consulta y receta psicofármacos, Sánchez se propuso introducir algunas transformaciones en aquel espacio. Luego del diagnóstico comunitario, que implicaba obtener un conocimiento profundo sobre la cantidad de habitantes del municipio, los grupos etarios, las características de las viviendas, de los centros escolares, etc., el psiquiatra desarrolló un proyecto de intervención en salud mental, dirigido sobre todo a la promoción y la educación.

El proyecto fue dividido en varias “áreas”. La primera de ella fue llamada “Área medicopsicológica”. Dentro de ella, funcionaba lo que Sánchez nominaba “consulta de clasificación”. Así, todos los pacientes eran clasificados y reconducidos según criterios previamente establecidos por el saber psiquiátrico, es decir, el propio psiquiatra decidía a qué grupo pertenecía cada uno y qué tipo de tratamiento debía recibir. A partir de la clasificación serían creados dos grandes grupos: “la población dispensariada” y “el paciente psiquiátrico de menor riesgo” (DE OLIVEIRA, 2010, pp. 232-233).

Entre la población dispensariada Sánchez situaba a las personas con un historial de intentos suicidas o en fase de ideación, también los diagnosticados con “patología psiquiátrica de larga evolución” como las psicosis, retraso mental, adultos mayores y portadores de adicciones. Algunos datos de estas personas como nombre y apellidos, dirección particular, dirección del trabajo y datos sociolaborales estarían registrados en unas tarjetas llamadas TD1, junto con el diagnóstico psiquiátrico, ingresos anteriores, conducta suicida si fuera el caso, y los “antecedentes patológicos personales” y familiares (DE OLIVEIRA, 2010, p. 232).

En el otro grupo, Sánchez sitúa a “todas las personas con reacciones situacionales, trastornos psicósomáticos, depresiones menores, patologías que no constituyen un riesgo”. Para ambos grupos estarían destinadas las terapias alternativas, que conformarían el área de “tratamientos especiales”. Entre ellas la psicoterapia de grupo, la psicoterapia familiar, la psicoterapia de pareja, pero también técnicas de relajación corporal (DE OLIVEIRA, 2010, p. 233). Algunos años después de fundado el Centro Comunitario del municipio Regla, el psiquiatra presentaba como otro de los logros de su gestión la creación de un hospital diurno, una unidad de intervención en crisis, un área destinada a personas con retraso mental y otra para la población infanto-juvenil.

En el área de los tratamientos especiales no faltaban los tratamientos con psicofármacos, llamada por Sánchez como “consulta de neurolépticos de depósito” y dirigida sobre todo a pacientes diagnosticados como esquizofrénicos. Estos pacientes iban cada 21 días a recibir la medicación a través de inyecciones colocadas por un equipo de enfermeras entrenadas y subordinadas al psiquiatra. En caso de que las enfermeras detectasen algún “síntoma productivo” el paciente era derivado automáticamente al psiquiatra (DE OLIVEIRA, 2010, p. 233). Pero no solo eso, la enfermera, así como una trabajadora social subordinada al psiquiatra comenzaron a realizar visitas regulares al hogar de los pacientes, a fin de tener un mejor control de la evolución de los tratamientos indicados. Al mismo tiempo los médicos de familia de la comunidad comenzaron a recibir entrenamiento en diagnóstico psiquiátrico, en identificación de riesgos suicidas, en tratamiento psicofarmacológico y en técnicas de terapia grupal y relajación.

Por último, como parte de la estrategia de promoción y educación en salud mental, Sánchez comenzó a impartir conferencias y talleres de formación en diferentes espacios del área a su cargo, como una biblioteca municipal, un museo, escuelas y hasta en la propia sede del gobierno municipal. El público no solo estaba compuesto por personal de salud, médicos, psiquiatras, psicólogos del área, sino también por pobladores interesados en escuchar y participar. Los temas que introdujo el psiquiatra Sánchez eran variados, entre los que se encontraban el alcoholismo, la sexualidad, la relación entre padres e hijos, así como los estilos educativos.

Sánchez presentó como resultados de su labor la disminución de los ingresos en los hospitales y de la tasa de suicidio porque, según él, los pacientes contaban con “una mayor accesibilidad” a tratamientos que antes no existían (DE OLIVEIRA, 2010,

p. 236). En 2001 el Centro Comunitario de Salud Mental de Regla había conseguido vincular su gestión con algunas instituciones artísticas, aprovechando que ese municipio habanero cuenta con una tradición cultural bastante fuerte. Así, en la sede del CCSM fue ubicada una galería de arte con obras de los propios pacientes, pero también se realizaron conciertos, talleres de psicodrama y narración, cine debates, etc.

El discurso sobre la “salud mental” sustituía poco a poco al de la locura. Sánchez declaraba que la misión de este centro, así como el de los 124 restantes en el país era la eliminación del estigma que asocia estos espacios a la ‘alienación mental’, la promoción del bienestar de la población y “cambiar estilos de vida” (DE OLIVEIRA, 2010, p. 248). A pesar de ello, el propio Sánchez reconoció que a nivel mundial han existido dificultades en el acogimiento social de las personas psiquiatrizadas y que en vez de “desinstitucionalización” lo que ha ocurrido es una “deshospitalización”, pero evitando hablar directamente de las particularidades de ese fenómeno en Cuba y de los obstáculos para llevar a cabo una reforma real y profunda de la gestión de la salud mental.

Finalmente, cuando el entrevistador le preguntó a Sánchez sobre el uso del electroshock la respuesta fue un tanto diferente de las anteriores. Si en otros momentos de la entrevista el psiquiatra cubano no economizó en detalles sobre las estrategias usadas para mejorar la gestión de los pacientes y los logros de la psiquiatría comunitaria en el país, esta vez la respuesta fue más concisa. Sánchez afirmó así que “el tratamiento electroconvulsivante sigue siendo un elemento dentro del arsenal terapéutico de nuestra especialidad”, defendiendo su aplicación por los psiquiatras cubanos siempre que siguieran “una guía de buenas prácticas” acorde a normas internacionales (DE OLIVEIRA, 2010, p. 255). En 2008, un año antes de realizada esa entrevista Sánchez había sido designado jefe del Grupo Nacional de Psiquiatría del Ministerio de Salud Pública, el cargo más importante dentro de esa especialidad en Cuba y por tanto responsable de la creación de la política de salud mental y de la asesoría a los principales dirigentes en el país.

Es así que, después de la desaparición del Campo Socialista y de la influencia soviética el movimiento de reforma en el discurso psiquiátrico cubano terminó de orientarse hacia el campo comunitario, con un supuesto abandono del modelo hospitalar/manicomial. La reformulación de la práctica médica hacia la atención primaria en la década de 1980 habría creado las bases para ello. No obstante, en la

práctica no hubo una real ruptura con el modelo hospitalar, así como tampoco con las formas invasivas de tratamiento, ampliamente criticadas a nivel mundial incluso dentro del propio campo de la psiquiatría.

La forma en que fue concebido el Centro Comunitario de Salud Mental de Regla, inspirador de otros en el país, así lo demuestra¹⁶¹. La entrevista al psiquiatra Raúl Gil Sánchez creador de ese centro modelo aporta varios elementos en ese sentido. Cuando el psiquiatra coloca como una deficiencia el hecho de que los diagnósticos realizados por sus colegas eran “sindrómicos” está defendiendo un tipo de clasificación más nosológica, es decir, más acorde con los manuales de clasificación, específicamente las ediciones del DSM a partir de 1980 (CAPONI, 2018). Es decir, lo más importante para este psiquiatra no era el hecho de tener un grupo de síntomas orientando un diagnóstico, mucho menos el contenido o el significado asociado a ellos, sino tener una clasificación directa de algún trastorno.

La época en la que Sánchez comenzó a desarrollar el proyecto de salud mental comunitaria en el municipio de Regla a principios de la década de 1990 se encontraba vigente la tercera versión del DSM, justamente aquella que había marcado una “ruptura” en el campo de la psiquiatría, con una estrategia diagnóstica que prioriza “nuevas agrupaciones de síntomas” por encima de “las narrativas de los pacientes” (CAPONI, 2018, p. 98). Y, como ya fue mencionado, es justamente a partir de la década de 1990 que la psiquiatría cubana comenzó a reorientarse hacia la psiquiatría norteamericana, por lo que la lógica del DSM comenzaba a ser el fundamento de esa práctica médica en el país.

Por otro lado, la búsqueda de información en la comunidad, el interés por la ‘cultura’ de sus habitantes ocupaba un lugar secundario a la hora de registrar una clasificación. Las manifestaciones subjetivas asociadas a los síntomas caen por tierra cuando el psiquiatra coloca a un grupo de pacientes en una misma categoría extraída de un manual de clasificación como el DSM. La psiquiatría cubana confirmaba su tendencia kraepeliniana, pues tal como afirman Caponi & Martínez-Hernández (2013) este tipo de “tarea clínica” busca “trascender el orden de la variabilidad sintomatológica para llegar a la correcta delimitación de las entidades mórbidas”, lo que le otorga además un disfraz de científicidad (CAPONI; MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, 2013, p. 485).

¹⁶¹ Al momento de la entrevista existían alrededor de 125 Centros Comunitarios de Salud Mental en todo el país.

Al mismo tiempo, la inserción de la psiquiatra en el 'terreno' comunitario, es decir, su vínculo con la comunidad servía para presentar una versión 'humanizada' de la psiquiatría que se interesa por el arte local o por las condiciones de habitabilidad de los pobladores, sin renunciar a los electroshocks, a la internación forzada y a la contención química. En el mismo sentido el discurso psicopatológico y la lógica clasificatoria se ampliaba a otros espacios de la atención primaria como el médico de familia y al personal de enfermería. Este personal, como ya se mencionó, comenzó a ser entrenado en diagnóstico psiquiátrico e intervención.

Ya habíamos visto que en décadas anteriores se presentaba aquella versión humanizada de la psiquiatría como parte de una estrategia política, donde los pacientes eran llevados a realizar trabajos físicos bajo la bandera de la rehabilitación y la construcción del socialismo. Lo cuestionable no es que el arte o el trabajo manual vengan en auxilio del sufrimiento mental (siempre que sea una iniciativa personal y se respeten las diferencias individuales), sino que la psiquiatría se los apropie como recursos terapéuticos. Todo ello contribuía a fortalecer el poder de la psiquiatría en la comunidad, tornándola un tanto omnipotente, con la facilidad de operar a través de otros, ya fuera de la propia medicina de familia o del arte.

Por último, cuando el entrevistador trata el tema del electroshock, el psiquiatra cubano lo que hace es naturalizarla y defenderla. Así, a pesar de todo el discurso sobre el movimiento hacia la salud mental comunitaria, sobre el papel transformador del arte, etc., no existe un real cuestionamiento a la práctica controladora y abusiva de la psiquiatría ni a las instituciones psiquiátricas como espacios de encierro y aislamiento social. Mucho menos Sánchez se cuestiona el ejercicio de poder de la psiquiatría sobre los habitantes de la comunidad, con la facultad de decidir quién era mentalmente enfermo y quién no, qué tratamiento debía recibir cada uno, con qué frecuencia o si debiera ser internado.

6.5 EL DSM, LA NUEVA BIBLIA DE LOS PSIQUIATRAS CUBANOS

En cuanto a la formación teórica de los psiquiatras cubanos, hacia finales de la década del 90 ya habían sido abandonados los manuales soviéticos, sustituyéndose por algunos clásicos de la psiquiatría norteamericana y alemana, pero también ocurrió un fenómeno interesante, que es el rescate y consolidación de los autores cubanos, sobre todo de aquellos formados después de la revolución. La psiquiatra Janet afirma

que en el periodo que se formó como psiquiatra, en el período de 1998-2000, entre los textos fundamentales de autores extranjeros estaban el libro *Psiquiatría Clínica*, del psiquiatra alemán radicado en Inglaterra William Mayer-Gross y el *Tratado de Psiquiatría*, de los norteamericanos Alfred Freedman, Harold Kaplan y Benjamín Sadock. Entre los autores cubanos estaban los dos tomos de *Psiquiatría* de Hiram Castro-López y Guillermo Barrientos, publicado por la editorial Pueblo y Educación en 1989, el libro *Propedéutica y Clínica Psiquiátricas*, de un colectivo de autores, publicado por la misma editorial en 1983, el *Glosario Cubano de Psiquiatría* en su tercera edición y más reciente, el libro *Manual de Psiquiatría* de Ricardo González y Juan Emilio Sandoval Ferrer, publicado en 2019 (JANET, información verbal, 2021).

El texto de Mayer-Gross es considerado un clásico de la psicopatología y fundamento de una creciente tendencia hacia el modelo biológico dentro de la teoría psiquiátrica (CORDÁS, LOUZÁ, 2003; MONCRIEFF, 1999). Al respecto, afirma Moncrieff que ese libro, publicado originalmente en Inglaterra en 1954, “transmitió un mayor entusiasmo por los tratamientos físicos, particularmente la TEC en la depresión y la terapia con insulina en la esquizofrenia, con la mayoría de las secciones sobre el tratamiento dedicadas a su descripción” (MONCRIEFF, 1999, p. 480, traducción personal). Ya después de 1969, en una nueva edición de ese texto, “hubo aún más énfasis en los fármacos neurolépticos y los antidepresivos figuraron como el tratamiento de primera línea recomendado para la depresión, aunque la TEC todavía recibió mucha cobertura” (MONCRIEFF, 1999, p. 480, traducción personal).

En el mismo sentido, el *Tratado de Psiquiatría* de Alfred Freedman, Harold Kaplan y Benjamín Sadock, conocido entre los psiquiatras cubanos como ‘El Kaplan’, es una versión traducida al español del *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Este libro fue concebido como una especie de enciclopedia (4000 páginas aproximadamente) y según sus propios autores, cuenta “con más de 450 contribuciones de notables psiquiatras y científicos del comportamiento”, situándolo como uno de los textos fundamentales en la formación de médicos y psiquiatras norteamericanos y de la psiquiatría biológica. En cada edición del *Tratado* los autores han actualizado el contenido “de secciones clave”, tales como la “psicofarmacología, neurofisiología y bioquímica aplicada a la conducta humana” (SADOCK, 2016, s/p, traducción personal). Al mismo tiempo, los apartados relacionados con la clasificación psiquiátrica “ha sido reorganizada para adaptarse a la última edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*” (FREEDMAN et al, 1975). En Cuba, fue

publicada en 1984 por la Editorial Revolucionaria una versión en tres tomos de ese *Tratado de psiquiatría*.

Ya en el caso de los textos cubanos, los cuatro tomos del libro *Psiquiatría*, de Hiram Castro-López y Guillermo Barrientos, fueron concebido como una respuesta ideológica a los libros norteamericanos y, también, aunque de forma menos directa, a los manuales soviéticos. La primera edición de *Psiquiatría* fue publicada en 1987, época en la que ya ocurría en Cuba el proceso llamado ‘Rectificación de errores y tendencias negativas’, en un momento en el que, aunque todavía no había desaparecido la URSS y el campo socialista europeo, el gobierno cubano ya lo preveía. Ese fue un momento de tensión y de cierta ruptura con la política soviética donde el movimiento de apertura y reorganización del sistema socialista impulsado por Mikhail Gorbachov no era visto con agrado en la cúpula de poder cubana, por lo que, de cierta forma, se pensaba en poner ciertos límites a la relación histórica de dependencia de la URSS (HEREDIA, 2018)¹⁶².

Ya en el campo de la psiquiatría cubana se pensaba en la actualización de la literatura y en la creación de materiales autóctonos, al tiempo que se reconocía que la influencia de la psiquiatría norteamericana volvía a ganar terreno, como lo demuestra la publicación en Cuba del tratado de Kaplan y Sadock. Castro-López y Barrientos lo confirman en la presentación de su texto:

Hasta el momento nuestros residentes estudian por diferentes textos. Muchos de ellos desactualizados ya, otros incompletos. Los más tienen un fundamento ideológico ajeno, cuando no antagónico, con nuestra concepción científica del mundo, el materialismo dialéctico. Reflejan el medio en que fueron escritos y como es lógico las características del ejercicio de la medicina en ese medio. Algunas introducen elementos teóricos y prácticos que podemos considerar como diversionistas¹⁶³ (BARRIENTOS; CASTRO-LÓPEZ, 1989).

Cada uno de los tomos de *Psiquiatría* corresponden a una temática específica. Así, el primer tomo está dedicado a la nosología, presentando la segunda edición del

¹⁶² En julio de 1988 el gobernante cubano expresaba públicamente su rechazo a la perestroika soviética: “A veces, incluso, he criticado que era tal nuestro celo por aplicar nuestras interpretaciones, que dejábamos de utilizar experiencias positivas de los países socialistas; pero, a veces, también copiamos experiencias negativas de los países socialistas, esa es la verdad. Ahora seguiremos buscando nuestro camino, nuestras fórmulas, seguiremos siempre atentos de lo que pueda ser útil que haga cualquier país socialista, y seguiremos siempre reacios a copiar servilmente recetas para otros males que nosotros no hemos padecido” (CASTRO, 2013, p. 8423).

¹⁶³ El diversionismo ideológico fue un concepto ampliamente usado en Cuba en las décadas de 1970 y 1980 para referirse a la influencia cultural de los países capitalistas, la cual no solo debía ser criticada, sino perseguida y enfrentada.

Glosario cubano de enfermedades mentales (GC-2), versión de la CIE. El segundo tomo trata sobre la terapéutica psiquiátrica y el tercero y el cuarto sobre la neurofisiología y psicología, la psiquiatría infantil, la psiquiatría militar, la psiquiatría forense, así como a la organización de la política de salud mental (BARRIENTOS; CASTRO-LÓPEZ, 1989).

Sobre la Clasificación internacional de Enfermedades los autores asumen una postura más crítica, opinando que esta tendría “una señalada influencia de la clasificación norteamericana”, la cual, a su vez, estaría “permeada” por la “psicobiología de Meyer y el psicoanálisis de Freud” (BARRIENTOS; CASTRO-LÓPEZ, 1989). Justamente el texto de Meyer ha sido uno de los consagrados a la formación de los psiquiatras cubanos en la era postsoviética. Aunque los autores no profundizan en ello, la referencia Meyer confirma la creciente presencia de la psiquiatría norteamericana en esa nueva etapa de reordenamiento de la psiquiatría cubana y cuánto esto preocupaba a los psiquiatras más ortodoxos, es decir, los orientados por los referentes soviéticos.

Sobre el libro *Propedéutica y Clínica Psiquiátrica* vimos en un epígrafe anterior que este había sido elaborado para sustituir el Manual de Psiquiatría de Kérbikov y en el mismo sentido, el *Glosario cubano* de clasificación de enfermedades mentales buscaba presentar una adaptación de la CIE a la realidad de ese país. Por último, entre la literatura básica de la psiquiatría cubana actual se encuentra el libro de Ricardo González Menéndez y Juan Sandoval Ferrer *Manual de Psiquiatría* (2019). Este *Manual...* es una actualización del ya mencionado *Propedéutica y Clínica Psiquiátricas* (1991) y de otro texto similar, elaborado también por el psiquiatra Ricardo González Menéndez y publicado en 2006, *Clínica Psiquiátrica Básica Actual*. Los tres forman una serie que tiene como objetivo sistematizar “las nuevas propuestas de diagnóstico y clasificación”, específicamente la 5ta versión del DSM y la 11na edición de la CIE. Además, los autores mencionan que buscan actualizar a los estudiantes de psiquiatría sobre “los acelerados avances de las neurociencias, el desarrollo de diversos enfoques psicoterapéuticos, los modelos asistenciales y las políticas sanitarias” (MENÉNDEZ; FERRER, 2019).

Si bien el Glosario cubano de clasificaciones es presentado como una alternativa a los manuales internacionales y una adaptación a la realidad del país, lo cierto es que no hay una imposición de su uso en la práctica de los psiquiatras cubanos. En las entrevistas sostenidas con los psiquiatras cubanos estos

reconocieron que existe libertad a la hora de elegir el manual que orienta los diagnósticos de los psiquiatras cubanos, sea la CIE-11, el GC-3 o el DSM-V. Janet afirma, por ejemplo, que en los informes estadísticos que deben llenar los psiquiatras en los hospitales se exige que la clasificación de los pacientes se realice desde la CIE, pero en la práctica cotidiana es el DSM la guía de la mayoría de los psiquiatras cubanos. La influencia de la psiquiatría norteamericana y del DSM está presente incluso en los programas de formación académica, siendo requerido que los residentes de psiquiatría lo utilicen en los exámenes donde deben clasificar los casos, aunque también se espera de ellos un dominio profundo del contenido de la CIE (JANET, información verbal, 2021).

La entrevistada afirma que, en ocasiones, la elección de uno u otro manual depende de la influencia de determinado profesor y sus preferencias. Así, para ella, la influencia a veces “tiene que ver con qué manual le gusta más al profesor, digamos, a Sandoval¹⁶⁴ le gusta mucho el GC-3 que es el manual de psiquiatría que tiene un sistema clasificatorio de ocho ejes”. También la elección de determinado manual de clasificación responde a un interés investigativo o de línea de intervención del propio psiquiatra, como es el caso de la entrevistada, que es especialista en educación y terapia sexual y prefiere no usar el Glosario Cubano por desacuerdo con la nomenclatura utilizada para clasificar los “trastornos sexuales” (JANET, información verbal, 2021).

Ahora bien, ¿qué encontramos de novedoso en los materiales de estudio principales de la psiquiatría cubana actual? Encontramos una continuidad en la tendencia hacia la psiquiatría biológica, que ya existía desde antes de la revolución y no desapareció con esta. Si bien hubo una ruptura con algunas formas de gestión de la salud mental a partir de la década de 1960, concretamente con la prohibición de la práctica privada, la eliminación de las clínicas mutualistas y el enfrentamiento directo a las escuelas de psicoterapia diferentes de la reflexología es posible afirmar también que otras han continuado aplicándose y actualizándose. Se trata, sobre todo de la psicofarmacología, el electroshock, la contención mecánica y la internación.

Si tomamos los textos anteriormente mencionados, vemos que la mayor parte de su contenido está dedicado a la clasificación de ‘enfermedades mentales’ y a las terapias de tipo biológica, en detrimento de las psicoterapias. Así, por ejemplo, en el

¹⁶⁴ Se refiere al reconocido psiquiatra Juan Emilio Sandoval Ferrer, coautor del libro *Manual de Psiquiatría*, profesor de psiquiatría y secretario de la Sociedad Cubana de Psiquiatría.

libro Propedéutica y Clínica Psiquiátrica (1991), de un total de 431 páginas, 33 son dedicadas a la “Terapéutica Psiquiátrica”, también llamada en el texto de “Terapéutica biológica”. Es decir, para los autores cubanos, la terapéutica psiquiátrica estaría limitada simplemente a la de tipo biológico. En ese grupo estarían reunidos el “Tratamiento electroconvulsivo o electrochoque”, la “Insulinoterapia o coma hipoglucémico” y los “Psicofármacos o medicamentos psicotrópicos” (NODAL et. al., 1991, p. 357).

Por otro lado, al apartado dedicado a la psicoterapia, diferente del de la “Terapéutica Psiquiátrica”, los autores dedicaron un total de 28 páginas. El psiquiatra José A. Bustamante, a quien le fuera encomendada la redacción del apartado de psicoterapia, se limitó a presentar, a grandes rasgos las teorías que sustentan las terapias psicológicas más conocidas, como el psicoanálisis, la hipnosis, el psicodrama o la terapia de grupo y algunos aspectos históricos de cada una. Lo mismo ocurre con el libro de texto más reciente de los psiquiatras cubanos, el *Manual de Psiquiatría* de Ricardo González Menéndez y Juan Sandoval Ferrer. De 306 páginas, 19 están dedicadas a las “Terapias Biológicas en Psiquiatría” y sólo 10 páginas a la Psicoterapia.

Entre las terapias biológicas, además de la farmacología clásica y la terapia electroconvulsiva, los autores traen una actualización de técnicas como la Estimulación magnética transcraneal, la Estimulación del nervio vago, la Estimulación cerebral profunda, la Luminoterapia y la Psicocirugía estereotáctica. En el apartado de Psicoterapia, los autores son aún más escuetos que en el libro anterior, limitándose a repasar nuevamente algunos de los conceptos esenciales de las terapias psicológicas clásicas (MENÉNDEZ; SANDOVAL, 2019).

Esto demuestra que la psicoterapia continúa ocupando un lugar secundario en la gestión de la salud mental por parte de la psiquiatría cubana. Sobre ese aspecto, la psiquiatra Janet identifica como uno de los “grandes problemas” de la psiquiatría en Cuba la ausencia de escuelas teóricas que definan una formación y orienten una práctica concreta. La entrevistada recuerda que todavía a finales de la década de 1990 cuando ella comenzó su formación como psiquiatra “no se podía hablar de psicoanálisis” (JANET, información verbal, 2021).

Aunque el rechazo al psicoanálisis ya no es tan radical como en las primeras décadas del periodo revolucionario, la psiquiatra reconoce que el psicoanálisis no ha tenido tanta repercusión como en el campo de la psicología. Así, afirma la especialista

que en la psiquiatría cubana cuando se trata de intervenciones psicoterapéuticas la tendencia es hacia el enfoque cognitivo-conductual o hacia el eclecticismo, pero sobre todo la enseñanza se concentra más en los aspectos teóricos que en los prácticos (JANET, información verbal, 2021). Sin embargo, como ya fue analizado, otras formas de terapia ampliamente cuestionadas como el electroshock han continuado siendo herramientas fundamentales del arsenal de la psiquiatría cubana y son defendidas abiertamente tanto en publicaciones especializadas como en la prensa oficial.

6.6 UNA VERSIÓN 'HUMANIZADA' DEL ELECTROSHOCK

En 2018, en la revista del *Hospital Psiquiátrico de La Habana*, única publicación de esa especialidad en Cuba apareció un pequeño artículo titulado *Protocolización y aspectos éticos de la terapia electroconvulsiva*, de Elieser López Cabezas. Este psiquiatra propone una vez más humanizar al electroshock presentándolo como una técnica terapéutica efectiva y necesaria en el abordaje de la depresión (psicótica o no), el suicidio o la esquizofrenia cuando la respuesta a la farmacología no es la esperada.

Según este psiquiatra la Terapia electroconvulsiva puede provocar “trastornos mnémicos”, pero estos serían “transitorios y limitados al periodo de tratamiento”, sin que existan afectaciones a “otras áreas cognitivas ni de aprendizaje en la vida futura del paciente” (CABEZAS, 2018). Unido a ello, Cabezas afirma que tal práctica se ampara en “el principio de la beneficencia”, es decir, se estaría aplicando la TEC por el bienestar del paciente, por lo tanto, para él no habría contradicción con otro principio ético, el “de no inducir mal al enfermo”. También, afirma este psiquiatra, la respuesta de la TEC sería más rápida que “un antidepresivo tricíclico ‘patrón’, como es la imipramina” en casos de peligro para la vida como el suicidio. Por último, como el paciente carecería “en algunas ocasiones” de “consciencia de enfermedad” para consentir la aplicación de la TEC, el psiquiatra cuenta con la posibilidad de recurrir a otras fuentes de información como “familiares” o “amigos” (CABEZAS, 2018).

A pesar de la versión humanizada del electroshock que pretende mostrar el psiquiatra cubano, este tipo de publicaciones que promueven su uso van en contra de décadas de investigaciones y de testimonios de varios pacientes sobrevivientes de estas prácticas abusivas. Desde la década de 1970 el psiquiatra norteamericano Peter Breggin ha investigado numerosos casos que demuestran que la TEC causa no solo

disfunciones y daños cerebrales permanentes sino también afectaciones cognitivas, sobre todo a nivel de memoria (BREGGIN, 2007). Por otro lado, Breggin (2007) afirma que es un mito que la TEC pueda prevenir el suicidio, demostrándose que en ocasiones esta pudiera ser la causante o al menos un factor decisivo para llevarlo a cabo.

El último argumento del psiquiatra cubano, referente a la “consciencia de enfermedad” también es cuestionable. Que sea el psiquiatra el único autorizado a determinar la existencia de una ‘enfermedad mental’ y el nivel adecuado de consciencia del paciente revela la esencia normalizadora y controladora de la psiquiatría. El psiquiatra, desde su posición hegemónica, se siente autorizado a endosar etiquetas como la ‘imposibilidad de decidir por sí mismo’, limitando al paciente su capacidad de nombrar su sufrimiento y elegir algún tratamiento si así fuese su deseo. Desde el inicio del diagnóstico psiquiátrico los enunciados del paciente son despojados de su valor de ‘verdad’, reservándose tal privilegio únicamente a los enunciados del médico psiquiatra (FOUCAULT, 2006; CAPONI, 2016).

Al afirmarse que no existe ‘consciencia de la enfermedad’, tal como lo hace el psiquiatra cubano, el desalojo de la verdad ocurre de manera doble, pues el único enunciado verdadero que le restablecería cierta credibilidad al paciente sería el de autorreconocimiento de la ‘locura’. No se trata solo de que el sujeto es diagnosticado como un enfermo mental, sino que, como este no se reconoce como tal, su situación se torna un poco más grave. Cuanto más pierde valor de verdad el enunciado del paciente, más autorizado se siente el psiquiatra a ejercer el poder (FOUCAULT, 2006; CAPONI, 2016).

6.7 PARA QUÉ PSICOTERAPIA SI TENEMOS PSICOFÁRMACOS

En el uso de la psicofarmacología ocurre algo similar a la aplicación de electroshock. Como habíamos visto anteriormente, la prescripción de fármacos por parte de los psiquiatras cubanos ha sido una práctica común, incluso preferida a otras menos expeditas como la psicoterapia. En 2004 fue publicado en la *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana* un estudio sobre la utilización de antipsicóticos en casos de esquizofrenia en cuatro países, entre los que estaba Cuba. El estudio buscaba realizar una comparación entre España, Estonia, Hungría y el país caribeño a finales de la década de 1990 (MARTÍNEZ, et al, 2004).

Los resultados mostraron que, en los cuatro países la “Terapéutica Farmacológica” ocupaba “un papel principal en la atención a pacientes”, siendo que casi la totalidad de los internados por psiquiatría, así como los recibidos en Atención Primaria fueron tratados con psicofármacos. A diferencia del resto de los países estudiados que se usaron neurolépticos atípicos, en el caso de Cuba, en el 100 % de los casos se usaron neurolépticos clásicos. Unido a ello, explican los autores, en Cuba habría una tendencia “al uso simultáneo de dos o tres neurolépticos”, asociados con “fármacos anticolinérgicos” (80% de los casos), aunque no se especifica en ese estudio cuáles fueron prescritos (MARTÍNEZ, et al, 2004).

Entre los neurolépticos más usados en Cuba para el tratamiento de la esquizofrenia está, en primer lugar, la Clorpromazina (38% de los pacientes y una dosis diaria de 158 mg); en segundo lugar, el Haloperidol (33%, 10 mg); en tercer lugar, la Flufenazina (12%, 15 mg); en cuarto lugar, la Levomepromazina (6%, 39 mg); y, por último, la Trifluoperazina (4%, 26 mg). A pesar de ser el Haloperidol el segundo en la lista de prescripción de los psiquiatras cubanos, su uso es superior a la de los demás países (España, Estonia, Hungría), tanto en frecuencia como en dosaje. Los autores apuntan además que, el uso exclusivo de neurolépticos clásicos se debe a la ausencia en la industria cubana de psicofármacos atípicos, lo que provocaría además que, la estancia de los pacientes en los hospitales psiquiátricos de Cuba sea aún mayor que en la del resto de los países estudiados (MARTÍNEZ, et al, 2004).

Sin embargo, en el caso de la asociación frecuente de los neurolépticos clásicos con fármacos anticolinérgicos, los autores afirman que esto no se debe a la ausencia de neurolépticos atípicos en el país, los que tendrían la función de suplir la acción preventiva de efectos adversos. Para los psiquiatras, el uso de esta combinación responde a que los “esquemas de prescripción” cubanos están inspirados en un estilo de “polifarmacia”, el mismo que en algunos países europeos como España, Suecia y Estonia (KIIVET, et al, 1995, p. 467, traducción personal; MARTÍNEZ, et al, 2004).

En fin, para los autores del estudio, los resultados obtenidos indican la necesidad de “mejorar” los esquemas de prescripción que implican la polifarmacia en Cuba. No obstante, en su artículo no aparecen referencias a la cantidad de efectos indeseables que trae consigo la asociación de neurolépticos clásicos con fármacos anticolinérgicos, llegando incluso, en algunos casos, a empeorar la sintomatología que se desea eliminar, por ejemplo, la discinesia tardía. De hecho, la discinesia tardía es

“una de las reacciones extrapiramidales más temidas”, siendo común su aparición con el uso de antipsicóticos más antiguos (CALANDRE; IRIBAS, 1992, p. 28) como los usados en Cuba. Muchos menos se hace alusión en el artículo a los efectos secundarios que de modo general provoca el uso de los psicofármacos ni se presentan alternativas terapéuticas menos invasivas.

En 2005 fue publicado otro estudio cubano sobre el uso de psicofármacos, titulado *Caracterización del patrón de prescripción de carbamazepina: provincias seleccionadas de Cuba, año 2005* (GANEN, et al, 2005). Lo que motivó la realización de este estudio fue la detección por el Ministerio de Salud de “un alza del consumo de este fármaco en algunas provincias del país”. Las investigadoras descubrieron que la mayor cantidad de prescripciones de Carbamazepina (3538), se realizaron en la Atención Primaria de Salud en las provincias de Pinar del Río, Ciudad de La Habana, Matanzas, Sancti Spíritus, Ciego de Ávila y Santiago de Cuba. La prescripción fue, sobre todo, por parte de médicos especialistas en Medicina General Integral, seguido de la Atención Secundaria (hospitales) donde la prescripción se realizó por parte de psiquiatras y neurólogos (GANEN, et al, 2005).

La mayoría de los pacientes a los que les fue prescrita la carbamazepina fueron menores de 15 años y de sexo masculino (537), aunque en la población general (niños, adolescentes y adultos), predominó su uso entre el sexo femenino (1856). Entre los certificados que analizaron las autoras, el diagnóstico preponderante fue el de epilepsia (2165 para un 61,3%), seguido de una variedad de trastornos psiquiátricos (690 para un 19,6%). Hubo además 88 “diagnósticos incorrectos” y 8 sujetos sin diagnóstico. Entre los diagnósticos realizados por psiquiatría donde se prescribió carbamazepina está el de esquizofrenia, trastornos de personalidad, trastorno obsesivo-compulsivo, retraso mental y síntomas extrapiramidales (asociados a otros fármacos) (GANEN, et al, 2005).

Las autoras explican el alza de prescripciones de carbamazepina por la “relación riesgo-beneficio favorable sobre otros fármacos” en el tratamiento de los síntomas de la epilepsia, mayormente diagnosticada en menores de 16 años. En cuanto a la prescripción para diagnósticos psiquiátricos las autoras explican el alza por el hecho de existir “enfermedades que requieren de este medicamento”, es decir, “de base neurológica o psiquiátrica” y al no haber una cantidad suficiente de especialistas en psiquiatría y neurología, los médicos generales cuentan con autoridad para recetar psicofármacos (GANEN, et al, 2005).

Diferente del artículo analizado anteriormente, de esta vez sí fueron colocadas algunas referencias sobre los efectos secundarios de la carbamazepina, pero solo como un llamado a la precaución por parte de los médicos y a un mejor control de los diagnósticos y las dosis recomendadas. Esto no implicó en ningún momento que se hiciera algún cuestionamiento sobre el discurso medicalizador, sobre la hegemonía del modelo biomédico en psiquiatría o la ampliación del poder psiquiátrico, ejercida a través de otros agentes como enfermeras y médicos generales.

Varios años después la misma tendencia creciente de prescripción de psicofármacos continúa. En 2019, fueron publicados los resultados de una investigación conjunta entre la Universidad Federal de São Paulo en Brasil y la Universidad de Oriente en Santiago de Cuba sobre el 'uso y abuso' de benzodiazepinas en la atención primaria de ambos países (FEGADOLLI; VARELA; CARLINI, 2019). Entre los resultados obtenidos en la investigación se destaca que, en Cuba existe una desconexión entre las recomendaciones farmacológicas (uso no superior a cuatro semanas) y la práctica real de los médicos. Así, a pesar de reconocer que las benzodiazepinas se prescriben de forma indiscriminada, los médicos cubanos entrevistados depositan la responsabilidad en las estructuras de dirección de salud pública, las cuales regularían de forma ineficiente su uso. Los médicos cubanos afirman además que, si la autorización estuviese circunscrita a los psiquiatras, tal vez pudiese ser mejor regulado su uso (FEGADOLLI; VARELA; CARLINI, 2019).

Otro de los factores asociados descritos por farmacéuticos entrevistados es la 'cultura medicamentosa' de los cubanos (FEGADOLLI; VARELA; CARLINI, 2019), donde existe, como ya vimos anteriormente, una predilección por el uso de ansiolíticos para resolver problemas de la vida cotidiana. Los cubanos sabemos que es común que alguien pueda pedir 'prestado' a algún vecino lo mismo 'un poco de sal' para cocinar que un 'meprobamato' para combatir el insomnio o que algún médico de la familia, que es un vecino más en la comunidad, 'resuelva' una receta de duralgina o fenobarbital. A ello se une, como ya sabemos, la venta liberada de este tipo de medicamentos psicotrópicos en el periodo revolucionario y la autorización para prescribirlos por parte de médicos no especialistas.

La investigación también descubrió que en varias ocasiones se hace un uso inadecuado del medicamento, es decir, se prescribe por causas injustificadas, como por ejemplo alteraciones del humor comunes a cualquier persona. Pero, según afirman algunos médicos, como muchas veces las personas han creado una

dependencia de ese medicamento, ellos se ven en la obligación de continuar prescribiéndolo indefinidamente, como una especie de acto caritativo. Esto está relacionado con una ausencia importante de información sobre los efectos adversos de los medicamentos, que, aunque los médicos los conocen por su formación, no es repasada lo suficientemente bien a los pacientes o no es tomada en cuenta por ellos. No obstante, el abuso de benzodiazepinas, tal como afirman los autores, no parece preocupar ni a los propios médicos ni a las autoridades de salud cubanas, más concentrados en resolver problemas epidemiológicos frecuentes como los brotes de Dengue, Zika, Chikunguña, etc. (FEGADOLLI; VARELA; CARLINI, 2019).

6.8 “EVITAR A TODA COSTA QUE EL MUCHACHO SE DETERIORE”. PSICOFÁRMACOS PARA EL DOMINIO DE LA INFANCIA

Si a inicios de la década de 2000 la psiquiatría cubana todavía no contaba en su arsenal psicofarmacológico con neurolépticos atípicos, veinte años después ya es posible hablar de una actualización en ese sentido. En noviembre de 2021, fue celebrada en Cuba la II Convención Virtual de Especialistas y Residentes de Psiquiatría, bajo el título: *La Complejidad y la Diversidad de la Psiquiatría del siglo XXI*, auspiciada por el Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, de La Habana.

En ese evento participaron psiquiatras y médicos de diferentes países: Argentina, Colombia, Costa Rica, Cuba, España, Guatemala, País Vasco y República Dominicana. Los temas tratados por los participantes fueron diversos, entre ellos el tabaquismo y otras adicciones, los trastornos disociativos, trastornos de la alimentación, las psicosis, la depresión, el suicidio, las comorbilidades psiquiátricas y neurológicas, la relación entre medicina y psiquiatría, el enfoque de género en psiquiatría, intersectorialidad, disfunciones endocrinas y trastornos psiquiátricos, el COVID y los trastornos psiquiátricos, los estigmas asociados a la salud mental en el campo de la medicina, las dificultades en el diagnóstico y la psicoterapia, el papel de la familia en la sociedad cubana, así como el uso de psicofármacos en la práctica cotidiana de los psiquiatras.

De un total de 28 trabajos, la delegación de Cuba fue la que presentó la mayor cantidad (16) sobre temáticas diversas como familia, depresión, tabaquismo, comorbilidades en psiquiatría, disfunciones endocrinas y enfermedades psiquiátricas,

intersectorialidad, dificultades en psicoterapia y psicofármacos. De los 16 trabajos presentados por la delegación cubana 3 fueron dedicados exclusivamente al uso de psicofármacos, específicamente a la Clozapina para el tratamiento de la esquizofrenia llamada 'refractaria', confirmando la relevancia del tema dentro del gremio de los psiquiatras.

La psiquiatría biológica define a la Esquizofrenia refractaria o resistente no como un subtipo clínico o una forma diferente de manifestarse los síntomas, sino como una especie de condición evolutiva negativa, donde el paciente resistiría a los tratamientos psicofarmacológicos. Así, los criterios para definir la esquizofrenia resistente serían los siguientes:

1. Persistencia de al menos 2 de los 4 síntomas positivos contemplados en la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica (BPRS), Desorganización conceptual o incoherencia, Susplicacia, Alucinaciones o Contenido inusual del pensamiento (PSYCHIATRIC TIMES, 2021);

2. Gravedad de la enfermedad según los criterios de la propia BPRS y de la Impresión Clínica Global (CGI);

3. Persistencia de la enfermedad, afectando los ámbitos social y laboral por lo menos durante 5 años;

4. Resistencia o refractariedad a los tratamientos psicofarmacológicos (antipsicóticos clásicos durante 3 periodos en 5 años o clorpromazina por 6 semanas);
y

5. Inexistencia de mejoría según los criterios de la BPRS o rechazo de haloperidol (10 a 60 mg diarios) durante 6 semanas (KANE et al, 1988).

Podemos ver que los criterios para definir la Esquizofrenia resistente son basados únicamente en la no efectividad de algunos psicofármacos, sea la Clorpromazina o el Haloperidol, pero no se menciona, en momento alguno, otras formas de tratamiento diferentes del farmacológico que pudieran aplicarse a los sujetos diagnosticados con esquizofrenia, por ejemplo, la psicoterapia. Desde que fuera autorizado su uso por la FDA¹⁶⁵ a principios de la década de 2000, la Clozapina

165 La U.S. Food & Drug Administration (FDA) es una institución gubernamental de prestigio mundial responsable por la evaluación, aprobación y garantía de seguridad de medicamentos humanos y veterinarios en los Estados Unidos.

es presentada como la única solución para aquellos casos de esquizofrenia donde los fármacos de primer orden no funcionan, a pesar de los riesgos ampliamente expuestos. Incluso, dentro del propio campo de la psiquiatría habría resistencia a su prescripción (GHOSSOUB, 2021).

La Clozapina, como un antipsicótico atípico ha venido siendo usada en la prevención de la conducta suicida y también en sujetos diagnosticados con esquizofrenia, pero del grupo particular denominado como “pacientes resistentes” (HERRERA-ESTRELLA, 2016, p. 2). La psiquiatría biológica defiende el uso de Clozapina en la llamada “esquizofrenia resistente”, al considerar que el “efecto terapéutico” es “superior” al de la Clorpromazina, incluso teniendo en consideración “los más peligrosos y, en ocasiones, letales efectos secundarios, la agranulocitosis”¹⁶⁶ (HERRERA-ESTRELLA, 2016, p. 2).

Pues bien, volviendo al evento de psiquiatría mencionado, los tres trabajos presentados por médicos cubanos sobre psicofármacos se inscriben en esa misma línea de defensa de la Clozapina. El primero de ellos, titulado *Costo efectividad del uso de la clozapina en Esquizofrenia Resistente* fue presentado por la presidenta de la Sociedad Cubana de Psiquiatría, la doctora Miriam de la Osa O'Reilly. La psiquiatra comienza su exposición afirmando que la esquizofrenia resistente es un tema “de gran relevancia dentro de los protocolos de actuación” de la psiquiatría debido a la complejidad para diagnosticarla y tratarla, al tiempo que constituye “un problema de salud pública”, debido al hecho de que afecta “a muchas personas”, es “de larga evolución”, necesita “un tratamiento costoso”, tiene “consecuencias invalidantes” y alcanza “a los grupos más desfavorecidos” (PSICOAMEIJEIRAS, 2021). Tal afirmación fue seguida de una serie de cifras asociadas a la esquizofrenia a nivel mundial, que justificarían la categoría de ‘problema de salud pública’.

Sobre el tratamiento a la esquizofrenia a nivel mundial, la psiquiatra se limitó a mencionar a la psicofarmacología como un recurso fundamental. Para ella, la elección del “mejor antipsicótico” debe realizarse teniendo en consideración su “efectividad”, el “menor número de efectos secundarios” y el “menor costo tanto para la salud de los pacientes como para las instituciones de Salud”. Además de los costos

166 “La agranulocitosis es un trastorno hematológico grave caracterizado por una reducción severa y selectiva de los neutrófilos circulantes que determina riesgo vital con una mortalidad aproximada entre 3 a 25%.” Puede producirse por la acción de diferentes fármacos, entre ellos los psicotrónicos como los Antidepressivos tricíclicos, el Meprobamato, las Fenotiazinas y la Clozapina (DAVRIEUX, 2007, p. 35).

económicos, la psiquiatra afirma que es preciso considerar el “impacto personal y social de la esquizofrenia” a la hora de elegir el tratamiento (PSICOAMEIJEIRAS, 2021).

Para O’Reilly, la Clozapina es un tratamiento efectivo toda vez que implica costos menores, tanto personales como sociales y económicos. En el Servicio de Psiquiatría del Hospital Hermanos Ameijeiras de la Ciudad de La Habana, donde ella se desempeña como psiquiatra, la Clozapina comenzó a usarse en 2009, en “los primeros casos identificados” como portadores de esquizofrenia resistente. Sin embargo, es en 2011 que “se comienza la organización del control hematológico y la vigilancia en el Servicio de Psiquiatría”. Es decir que, durante los dos primeros años de uso de este fármaco en aquel hospital, el seguimiento de los efectos secundarios más graves (hematológicos) no fue realizado. En el estudio llevado a cabo por O’Reilly y presentado en el evento se incluyen 46 pacientes, entre ellos 2 adolescentes del Hospital Pediátrico Juan Manuel Márquez de la misma ciudad de La Habana. La psiquiatra aclara además que en todos los casos se obtuvo el “consentimiento informado de los familiares” (PSICOAMEIJEIRAS, 2021).

Al realizar una comparación del valor económico de los principales antipsicóticos atípicos utilizados en la psiquiatría cubana, O’Reilly sostiene que la Clozapina tiene para el Estado un costo diario menor que otros similares como la Risperidona y la Quetiapina. Por otro lado, la psiquiatra defiende que el número de internaciones en los pacientes usuarios de la Clozapina ha disminuido considerablemente en períodos que varían desde las 8 semanas hasta los 5 años. A partir de ahí, O’Reilly concluye su presentación afirmando que:

1. La Clozapina “ha demostrado superioridad frente a los antipsicóticos de primera y segunda generación, tanto en términos de adherencia terapéutica como de calidad de vida”;
2. “Hubo una reducción de admisiones” en los hospitales psiquiátricos, y
3. “La efectividad y bajo costo de la Clozapina hacen que entre los antipsicóticos de segunda generación este resulte la estrategia dominante”.

Los resultados de este primer trabajo demuestran un mayor interés por parte de la psiquiatría en el aspecto económico y organizativo de los servicios de salud mental en detrimento de las consecuencias negativas que tiene el uso de la Clozapina. El precio reducido de ese fármaco implica un fortalecimiento del modelo biológico y

específicamente de la estrategia psicofarmacológica. Por otro lado, el bajo costo de la Clozapina supone menos gastos para el Estado cubano, pero también la disminución de las internaciones, por tanto, mayor cantidad de camas disponibles y menos requerimientos en otros aspectos logísticos como alimentación, ropas, aseo, etc.

Al mismo tiempo es alarmante que la psiquiatra O'Reilly no mencione si hubo seguimiento a aquellos pacientes tratados con Clozapina durante dos años, aún a sabiendas de sus efectos nocivos. Tampoco menciona el seguimiento médico necesario a estos pacientes, tal como la sistemática realización de exámenes hematológicos y de otro tipo, impactando sin lugar a duda en el gasto del estado.

La disminución de las internaciones es un viejo sueño de la psiquiatría que aparece una y otra vez en el discurso de la psiquiatría, sobre todo en aquella sostenida en el enfoque biomédico de la salud mental. La disminución de las internaciones no significa el abandono de la visión psicopatológica sobre el sufrimiento mental, pues, aun estando fuera del hospital psiquiátrico, el sujeto no dejará de ser un 'paciente' y esto se traduce no solo un control estricto por parte del equipo de salud mental, que implica el uso de herramientas estadísticas, reevaluaciones, nuevas internaciones y sobre todo tratamientos psicofarmacológicos permanentes. Es decir, como ya mencionado, el paciente entra, para nunca más salir, en el circuito de la medicalización.

Desde esta visión importa más la posibilidad de un fármaco que consiga una 'normalización efectiva' sin que quede claro a cuáles costos para el propio paciente (CAPONI, 2019). En ese sentido, Caponi, analizando el descubrimiento de la Clorpromazina y su uso en el campo psiquiátrico afirma que "el medicamento contribuyó para transformar las enfermerías y salas de los hospitales psiquiátricos en espacios más calmos y administrables, en espacios que la comunidad podrá pasar a considerar como siendo 'espacios médicos' y no como un lugar de exclusión de la locura" (CAPONI, 2019, p. 57, traducción personal). Por el lado de los pacientes, el costo para la propia vida, las implicaciones a corto y largo plazo en cuanto a su salud física quedan en un segundo plano. Esa misma lógica es aplicable a la Clozapina, presentado por la psiquiatra cubana como un fármaco 'superior' a otros antipsicóticos.

El equipo de médicos cubanos presentó en aquel evento un segundo trabajo titulado *Alteraciones hematológicas y bioquímicas en pacientes con Esquizofrenia refractaria tratados con Clozapina*, resultado de un estudio realizado por un grupo de

especialistas del laboratorio clínico del Hospital Hermanos Ameijeiras, encabezados por la Dra. Eloisa Casas Morell y en colaboración con el servicio de psiquiatría del propio hospital. El objetivo del estudio fue determinar si luego de un año de uso de la Clozapina en 19 pacientes habían aparecido “alteraciones endocrino-metabólicas”, y “parámetros inflamatorios relacionados con la enfermedad” (PSICOAMEIJEIRAS, 2021).

Los resultados presentados por la especialista indican que, debido al uso de la Clozapina hubo alteraciones en al menos dos variables hematológicas: el “recuento global de leucocitos” y el “recuento absoluto de neutrófilos”¹⁶⁷. De los 19 pacientes, solo 2 de ellos tuvieron una alteración del recuento global de leucocitos (reducción) y en 1 de ellos hubo disminución del recuento absoluto de leucocitos. Por otra parte, de las variables bioquímicas estudiadas hubo alteraciones en el colesterol y los triglicéridos en 6 de los 19 pacientes y de la glicemia en 3 de ellos. En cuanto a la variable endocrina también hubo alteraciones inflamatorias en 6 pacientes en la hormona estimulante de la tiroides (TSH) y en otros 5 en la Interleucina 6. La especialista sostiene que la alteración en la TSH en los 6 pacientes podría deberse a un “hipotiroidismo subclínico” y no al efecto de la Clozapina directamente. Aun así, concluyó afirmando que en todos los casos las alteraciones encontradas son “ligeras” o “moderadas” (PSICOAMEIJEIRAS, 2021).

Las conclusiones de este estudio, lejos de llamar la atención sobre los efectos nocivos de la Clozapina y del riesgo vital a largo plazo que esta puede suponer, sirve para reforzar a los psiquiatras la idea de que su aplicación es segura siguiendo determinados protocolos clínicos de control. En el estudio, aunque se les resta importancia, se reconocen alteraciones de variables hematológicas y bioquímicas en un corto período como es el de un año, pero no se arriesgan referencias sobre los efectos a largo plazo de la Clozapina. El hacerlo iría en contra del objetivo de estos trabajos, que es la defensa de los psicofármacos, particularmente de la Clozapina.

Según Mazzotti y Stucchi (1995), además de las más conocidas alteraciones hematológicas debido al uso de la Clozapina a largo plazo, habría un riesgo mayor de

¹⁶⁷ Los leucocitos son un tipo de glóbulo sanguíneo producido en la médula ósea, encontrándose en la sangre y en el tejido linfático. Los leucocitos, que forman parte del sistema inmunológico juegan un papel fundamental en el combate a las infecciones y otras enfermedades. Los neutrófilos son leucocitos de tipo granulocito que tienen también una función de combate a infecciones en el cuerpo (INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER, 2022).

convulsiones que en otros neurolépticos (un 10% en un período de casi 4 años). Tal riesgo aumentaría en proporción con la dosis administrada. Para los autores,

La gran mayoría de las convulsiones corresponde a crisis tónico-clónicas generalizadas. Debe considerarse, sin embargo, la dificultad para detectar crisis parciales, debido a generalización secundaria rápida, ocurrencia durante el sueño, falta de un informante confiable o la imposibilidad de diferenciar entre algunas experiencias psicosensores paroxísticas y los síntomas propios de la enfermedad del paciente. (MAZZOTTI; STUCCHI, 1995, p. 13).

Al mismo tiempo, el uso prolongado de Clozapina puede provocar crisis de hipotensión ortostática, taquicardia, cambios frecuentes en el ECG, hipertensión arterial y miocarditis. También, con frecuencia aparece sialorrea, que, en los casos en que se manifiesta de noche, ha llegado a provocar “sensación de ahogamiento”. Es frecuente también el aumento de peso, que puede aparecer desde los 6 meses hasta el tercer año de uso (MAZZOTTI; STUCCHI, 1995, p. 14). A pesar de todos esos efectos altamente nocivos de la Clozapina, resulta preocupante que sean colocados en segundo plano o que sean simplemente obviados por los médicos cubanos. La gestión biologicista de la enfermedad mental que defienden estos expertos prioriza, a través de los psicofármacos, el “manejo ambulatorio de pacientes (...) transformados en sujetos calmos y obedientes” (CAPONI, 2019, p. 64, traducción personal).

La postura de estos especialistas viene a reforzar la idea defendida por Caponi (2019) de que el modelo psicofarmacológico “continúa centrado en el modelo de la droga”, a pesar de que su uso se ampare en un modelo centrado en la enfermedad mental. Es decir, para la autora, desde el discurso de la psiquiatría biológica la existencia de una entidad clínica concreta no es la razón fundamental para el uso de un psicofármaco específico, sino que, el efecto que produce el medicamento es lo que define el diagnóstico (CAPONI, 2019, p. 63). Como se verá enseguida, es precisamente el diagnóstico de ‘esquizofrenia refractaria’ uno de los argumentos para la prescripción de Clozapina.

El tercer trabajo presentado por el equipo de psiquiatras cubanos se titula *Experiencia cubana en el uso de Clozapina en adolescentes* y es resultado de un estudio llevado a cabo por la reconocida psiquiatra infantil Zenaida María Sáez. La psiquiatra cubana presentó los resultados de un experimento con Clozapina en dos adolescentes internados en el Hospital Pediátrico Juan Manuel Márquez de la Ciudad de La Habana diagnosticados con esquizofrenia. La psiquiatra Sáez comienza su presentación con un panorama de la salud mental global que estaría caracterizado

por un aumento de “cuadros clínicos severos en niños y adolescentes resistentes a tratamientos habituales”, entre los que se encuentra la esquizofrenia. A partir de ese aumento, la propuesta de Sáez es la de una intervención temprana en la infancia, lo que, en sus propias palabras tiene como fin “evitar a toda costa que el muchacho se deteriore, que su rendimiento y su pronóstico futuro se ensombrezca”. Por tanto, no habría que esperar a la adultez para realizar un abordaje psiquiátrico (PSICOAMEIJEIRAS, 2021).

Ya desde el inicio aparece el ya conocido discurso sobre el control de los riesgos, que constituye el armazón de una psiquiatría preventiva. Desde esta visión, constituyen prioridad la “identificación precoz de riesgos y la necesidad de intervenir y medicar los desvíos” (CAPONI, 2013, p. 116, traducción personal). Es por ello por lo que, para la psiquiatra Sáez resulta esencial la intervención precoz en la infancia para eliminar o reducir comportamientos desviados de la norma, traducidos en señales de riesgo para el futuro, aunque en los casos presentados por ella se trata de diagnósticos ya constituidos como la esquizofrenia.

Y es así como, siguiendo la misma línea de los trabajos anteriores, la reconocida psiquiatra infantil presenta a la Clozapina como la respuesta más adecuada para estos casos. Para ella, este medicamento sería capaz de “influir en la calidad de vida del paciente y en el pronóstico de la enfermedad”. Sáez reconoce que su estudio es piloto en el país y espera poder ampliarlo. Así, para la indicación de la Clozapina, fue creado un protocolo de evaluación que contempla algunos datos generales y algunos criterios clínicos, entre ellos nombres y apellidos del paciente, edad, historia psicosocial, diagnósticos previos, número de hospitalizaciones, tratamientos psicofarmacológicos prescritos y aplicación de Terapia Electroconvulsiva. Unido a ello, el protocolo exige la aplicación previa de una serie de exámenes médicos como hemograma, química sanguínea, tomografía de cráneo, fondo de ojo, electrocardiograma, electroencefalograma, ultrasonido abdominal, pero también realizar interconsulta con endocrinología y psicología (PSICOAMEIJEIRAS, 2021).

El primer caso que presenta Sáez es el de un adolescente de 17 años sin “antecedentes de daño orgánico pre, peri o postnatal” pero sí Antecedentes Patológicos Familiares (APF), con “una madre ‘explosiva’, ‘impulsiva’, ‘fuerte’ y ‘agresiva’” pero “buena mamá”, con “ideación suicida en adolescencia”, habiendo recibido tratamiento psicológico. El padre, por otro lado, “sufre una psoriasis, tiene

rasgos neuróticos”. En el mismo sentido, el abuelo paterno es descrito como alguien “con conductas raras, de esas que no podemos especificar, que no tiene un diagnóstico preciso”. Por último, “un tío materno con trastorno de personalidad explosivo” (PSICOAMEIJEIRAS, 2021).

En cuanto al comportamiento de adolescente, la psiquiatra lo describe como alguien que “siempre fue tímido, poco sociable” y que “tiene una historia de un conflicto escolar serio” en los finales de la enseñanza primaria. Unos seis meses antes, había abandonado la escuela “por rechazo y falta de concentración, inutilidad y sentimientos de culpa” (PSICOAMEIJEIRAS, 2021). Cuando Sáez presenta los llamados Antecedentes Patológicos Personales (APP), que al igual que los APF forman parte de la anamnesis psiquiátrica, está apuntando justamente para aquellos comportamientos habituales o no que comienzan a ser interpretados por la psiquiatría como desvíos de la norma y por tanto como riesgos.

Por eso, cuando la psiquiatra enfatiza comportamientos del adolescente como la timidez, la poca sociabilidad, los conflictos escolares, el abandono escolar, la falta de concentración, etc., no está intentando comprender el sufrimiento mental ni las particularidades subjetivas de la conducta de su paciente, sino que está listando una serie de señales de riesgo que habrían aparecido antes del diagnóstico. Con ello justifica el diagnóstico psicopatológico otorgado al niño y coloca una guía que orienta a sus colegas para la identificación del riesgo futuro, es decir, toda vez que el clínico se encuentre con aquellos comportamientos mencionados, puede tener certeza de que se trata de una patología mental.

Para la psiquiatra Sáez, los comportamientos del adolescente, junto a los de su familia, habrían motivado diferentes diagnósticos psiquiátricos como “trastorno psicótico agudo” y “manifestaciones obsesivo-compulsivas”, manifiestas en una segunda y tercera internaciones, bastante largas, según afirma. Sobre estos dos últimos ingresos particularmente, la psiquiatra coloca como una dificultad la poca “aceptación” del tratamiento por parte de la familia, por lo que hubo que solicitar “su consentimiento” (PSICOAMEIJEIRAS, 2021). La psiquiatra no explica cuál tratamiento había despertado las resistencias de la familia, requiriendo un consentimiento más formal, pero justamente ese elemento abre varios cuestionamientos sobre el manejo de ese caso por parte de la especialista. Unido a ello, que la psiquiatra interprete la resistencia familiar como una dificultad refuerza el estigma de la enfermedad mental,

no solo sobre el pequeño paciente, sino sobre sus padres y también retira cualquier responsabilidad del médico sobre el fracaso de su terapéutica.

Sobre el último período de internación, la psiquiatra Sáez afirma que no hubo una buena evolución del adolescente por lo que le fue sumado otro diagnóstico, el de “trastorno esquizofreniforme”, siendo sustituido finalmente por el de “esquizofrenia de inicio temprano” ya que presentaba “síntomas de menos tiempo” y con una evolución “tórpidas”. Este nuevo diagnóstico estaría justificado por un cuadro clínico “con pérdida de intereses, con alucinaciones sobre todo auditivas, con ideas delirantes de contenido paranoide, con una conducta desorganizada, descuido de hábitos higiénicos, muy irritable, hostil” (PSICOAMEIJEIRAS, 2021).

La dificultad en la gestión del sufrimiento mental en este caso es colocada únicamente del lado del paciente. El ‘agravamiento’ de su estado aumenta los diagnósticos, lejos de reducirlos. No existe, por parte de la psiquiatra Sáez un cuestionamiento sobre los diagnósticos, sobre los tratamientos dispensados, y mucho menos sobre la necesidad de considerar la subjetividad del paciente y las características particulares de la propia terapeuta. Esto demuestra cómo, para la psiquiatría la frontera entre lo normal y lo patológico es sumamente permeable y sobre todo adaptable en función de sus intereses. Es decir, el no poder sostener un diagnóstico supone la libertad de agregar al tiempo que se van ajustando formas de tratamientos hasta alcanzar un estado ideal de docilidad (CAPONI, 2019).

Sáez afirma que, en el período de un año, mientras no llegaba a un diagnóstico definitivo fue ensayando diferentes tratamientos psicofarmacológicos. A la par de ello, los exámenes médicos complementarios arrojaban resultados normales. Sobre ese período la psiquiatra refiere: “Estábamos asistiendo a la desestructuración de su personalidad”. Así, el adolescente fue medicado con Risperidona, como fármaco principal, con Levomepromazina “para los trastornos del sueño”, con Benadrilina, con Haloperidol como una “cura neuroléptica por la agresividad y la hostilidad”, con Olanzapina, con Sertralina para “momentos de depresión, de tristeza”, con Carbamazepina y con Flufenazina. Por último, la psiquiatra ensayó con Clozapina, obteniendo finalmente resultados “muy favorables”, según ella misma afirma (PSICOAMEIJEIRAS, 2021).

El segundo caso que fue presentado es el de otro adolescente, de 15 años que, al igual que el anterior no presenta “antecedentes de daño orgánico pre, peri o postnatal”, pero sí en el caso de los antecedentes patológicos familiares, el padre es

descrito como “nervioso”. Sobre el comportamiento del joven, la psiquiatra lo describe como “tranquilo, que no se defiende bien, que tiene historia de *bullying* en la escuela”. La situación de acoso escolar es justificada por la psiquiatra Sáez de la siguiente manera: “es importante reconocer que este muchacho estaba sobrepeso”. A la par, los resultados escolares serían buenos, aunque recientemente el adolescente comenzó a decir “que estaba muy gordo”, además de que “no salía, no se relacionaba”. Al poco tiempo comenzó a hacer “una dieta autorre restrictiva increíble (...), una dieta muy restrictiva que llegó a ingerir muy pocos alimentos”, por lo que fue tratado por nutricionistas y endocrinos. Según Sáez, por parte de su paciente habría una preocupación constante por mirarse en cualquier superficie, como “espejos” o “pantalla de televisor”, a fin de “evaluarse” y “reconocer que estaba gordo” (PSICOAMEIJEIRAS, 2021).

El diagnóstico colocado inicialmente por esta psiquiatra fue el de “dismorfofobia” porque el joven “no se aceptaba a sí mismo”. Luego, “aquellas conductas obsesivo-compulsivas con la alimentación y con todo lo que estaba a su alrededor” motivó un nuevo diagnóstico: “espectro esquizofrénico”, concretamente “esquizofrenia de inicio temprano”. La psiquiatra refuerza su diagnóstico diciendo que, al igual que en el primer caso, estuvieron presentes las alucinaciones, las ideas delirantes, la hostilidad y el rechazo al contacto social, el descuido de hábitos higiénicos y estéticos y la pérdida de intereses.

En este caso, al igual que en el anterior, ciertos comportamientos muchas veces comunes de los adolescentes se transforman en señales de alerta para los psiquiatras infantiles y así, automáticamente en patologías mentales. La tranquilidad, la falta de habilidades para defenderse, el acoso escolar o la inconformidad con el propio cuerpo son situaciones de aparición bien común en las etapas infantil y de la adolescencia y, en no pocas ocasiones pueden ser exteriorizaciones de sufrimiento mental. Sin embargo, una vez más, son identificadas como factores de riesgo de enfermedades mentales y utilizadas para justificar diagnósticos psiquiátricos. Si bien, estos comportamientos desviados de las normas no derivaron en el diagnóstico de esquizofrenia en ambos casos, sí constituyen un argumento fundamental y un complemento para la elaboración de una ‘historia clínica’, la cual acompañará al sujeto por el resto de su vida, cual documento de identidad.

Los tratamientos aplicados a este adolescente, al igual que en el primer caso, fueron exclusivamente de tipo biológico, predominando el uso de psicofármacos como

la Risperidona y para los síntomas depresivos la Sertralina, la Quetiapina y la Olanzapina. Ahora bien, según afirma Sáez, debido a la “gravedad de los síntomas” y porque “era una conducta muy difícil de manejar para todos” le fue aplicada la Terapia Electroconvulsivante, con el consentimiento de los padres. Aun así, para ella, la evolución del paciente “no fue favorable”, pues “no se le podía acercar nadie, era una conducta totalmente impropia y desorganizada” (PSICOAMEIJEIRAS, 2021).

Los diagnósticos de esquizofrenia en estos dos adolescentes, la “gravedad” de los síntomas y la respuesta ‘no favorable’ a los psicofármacos detectada por esta psiquiatra motivaron su inclusión en el experimento con Clozapina. Luego de reunirse un grupo de “expertos”, entre ellos psiquiatras de adultos, psiquiatras infantiles y psiquiatras de áreas de salud (especialistas en psiquiatría comunitaria), fue creado un segundo protocolo para la aplicación de la Clozapina, que venía a complementar el ya mencionado. El protocolo consistía en “una ficha del paciente” con datos generales de identificación, resultados de exámenes físicos globales como peso, temperatura corporal, frecuencia cardíaca y respiratoria y tensión arterial. Unido a ello, un espacio para colocar grupos de síntomas asociados al uso del medicamento (gripales, respiratorios, cardiovasculares, gastrointestinales, urinarios, dermatológicos, neurológicos y raros). La aparición de estos síntomas debe ser evaluada cada semana, según dicta el protocolo. En la ficha del paciente debía constar, además, un espacio para los resultados de exámenes complementarios, sobre todo los de hematología.

De forma preliminar, la psiquiatra Sáez afirma que después de comenzado el tratamiento con Clozapina los resultados en ambos casos han sido “muy favorables”, por lo que no dudaba en recomendar su uso en el público infanto-juvenil. Al momento de su presentación, la psiquiatra llegó a informar de la existencia de un tercer paciente, otro adolescente al que se también se le administraba la Clozapina de forma experimental. Sáez reconoce que el uso de este fármaco en adolescentes aún no había sido aprobado por instituciones como la FDA. No obstante, justifica su uso experimental en adolescentes por el hecho de que en algunos servicios de psiquiatría de otras partes del mundo está siendo aplicado en ese rango de edad. Así, para la psiquiatra sería posible avanzar en ese sentido, monitoreando “el recuento leucocitario”, así como los antecedentes de enfermedades cardíacas y síntomas que puedan indicar la aparición de infecciones en el futuro (PSICOAMEIJEIRAS, 2021).

Finalmente, la psiquiatra Sáez define a la Clozapina como una forma de “intervención temprana” en la infancia que ayudaría a “no prolongar el sufrimiento” de los pacientes. Al mismo tiempo hace un llamado a los psiquiatras de las comunidades a informarse al respecto, toda vez que son ellos los encargados del seguimiento a esos pacientes en las diferentes áreas de salud, así como de la renovación del tratamiento.

Esa estrategia de la psiquiatría que se muestra con un matiz benéfico, que afirma aliviar el sufrimiento mental y que desde hace años intenta parecerse a una práctica médica es la misma que acompañaba el discurso sobre la revolución psicofarmacológica de la década de 1950 con el descubrimiento de la Clorpromazina y la “mejora definitiva” que se prometía (CAPONI, 2019, p. 59, traducción personal). Aquello que desde hace años propugna la psiquiatría como ‘mejora’, afirma Caponi (2019) que

parece estar centrado en la construcción de una subjetividad distante, indiferente a la realidad en que se encuentra, capaz de convivir con sus alucinaciones y delirios calmamente, de modo silencioso y colaborando en las tareas cotidianas del hospital. Quiere esto decir, un sujeto disciplinado, dócil y, en la medida de lo posible, capaz de trabajar (CAPONI, 2019, p. 59, traducción personal).

De esa forma, el ‘no prolongar el sufrimiento’ de estos niños medicándolos con Clozapina tiene como objetivo primordial transformar sus comportamientos indeseados en conductas normalizadas, y a ellos mismos en sujetos colaboradores, dóciles e indiferentes con su sufrimiento mental por el resto de su vida. La intervención temprana sobre ellos deberá garantizar que el futuro estos adolescentes no sean adultos que incomoden a la sociedad, asegurándole así un lugar de prestigio a la psiquiatría dentro del gremio médico (CAPONI, 2019). Esto si los efectos colaterales de la Clozapina no terminan antes con su salud física.

Desde el inicio la construcción de los casos presentados por la psiquiatra Sáez se realiza desde la lógica explicativa de la psiquiatría ampliada, donde la narrativa de los propios pacientes sobre su sufrimiento no es tomada en consideración, a no ser como fundamento de los síntomas. Cuando Sáez comienza a presentar sus casos, sitúa las ‘historias familiares’ al mismo nivel de los síntomas, en una lógica que recuerda al degeneracionismo. Así, aunque las patologías orgánicas son descartadas, el diagnóstico se alimenta de una serie de características psicológicas de los familiares, descritas e interpretadas como signos patológicos,

apuntando como hipótesis una posible transmisión hereditaria de las patologías (CAPONI, 2015). En ese sentido, Caponi (2015) apunta que esta lógica explicativa es muestra de la preocupación de la psiquiatría ampliada por “crear una clasificación confiable y objetiva de enfermedades mentales, basada en los postulados de las ciencias biológicas y médicas” (CAPONI, 2015, p. 164).

La presentación de los casos realizada por la reconocida psiquiatra infantil Zenaida María Sáez demuestra que el diagnóstico psicopatológico continúa teniendo fundamentos extremadamente frágiles. La respuesta clasificatoria de la psiquiatría frente a los síntomas está permeada de las propias subjetividades de los psiquiatras, de sus limitaciones para escuchar lo que se esconde detrás de los síntomas y de su ausencia de empatía. Diferente de la medicina, donde a veces existe controversia sobre determinados indicadores que llevan a un diagnóstico o si determinadas alteraciones son suficientes para concluir que se trata de una patología y no de otra, en psiquiatría lo que se cuestiona justamente es el diagnóstico psicopatológico como tal (TIMIMI, 2021).

Según Timimi (2021), cuando se cuestiona un diagnóstico psiquiátrico como el TDH, por ejemplo, los criterios que lo determinan, etc., las respuestas son muy subjetivas. Así, para el autor, la filosofía del diagnóstico psiquiátrico es tautológica porque utiliza la descripción de los síntomas como única explicación. Tomando el TDAH como ejemplo, Timimi deconstruye la lógica de clasificación psiquiátrica de la siguiente forma:

Si me preguntaran por qué un niño es ‘hiperactivo’ e ‘inatento’ y contestara que es porque tiene TDAH, entonces una pregunta legítima sería: ‘¿Cómo sabes que está causado por el TDAH?’. La única respuesta que puedo dar a esa pregunta es que, sé que es TDAH porque es hiperactivo e inatento (TIMIMI, 2021, p. 214).

Si realizamos el mismo ejercicio que realiza Timimi con el TDAH, y le preguntamos a la especialista cubana por qué la hostilidad, la tristeza, la depresión, la pérdida de hábitos higiénicos, la pérdida de interés, las alucinaciones y las ideas delirantes, entre otros está presente en aquellos adolescentes tratados con Clozapina, la respuesta probable sería: porque son esquizofrénicos.

Ahora, si se le pregunta seguidamente por qué ella tiene certeza de que son esquizofrénicos, la única respuesta que puede dar es repetir los síntomas descritos por ella misma. De forma alguna puede apuntar como causa alguna lesión cerebral o un disturbio genético, como ocurre comúnmente en el caso de las enfermedades

médicas, donde es posible casi siempre apuntar a una causa orgánica. Es por eso por lo que, en cualquier diagnóstico psicopatológico encontramos este tipo de “trampa de pensamiento circular” a la que se refiere Timimi (2021, p. 214).

Por fin, tal como en los otros trabajos presentados sobre la Clozapina, las consecuencias de su uso para los pacientes son relegadas a un segundo plano, en función del costo-beneficio, de la prevención de los riesgos y de una supuesta evitación del sufrimiento. Desde la perspectiva de la psiquiatría cubana actual, los beneficios económicos, pero también los relacionados con la reducción de los síntomas psicopatológicos justifican la prescripción de la Clozapina, a pesar de los costos para la salud de los pacientes, tanto a corto, como mediano y largo plazo. Unido a ello, resulta evidente que otras formas de intervención frente al sufrimiento mental, menos invasivas, como la psicoterapia, no son prioridad, dejando el espacio preponderante a las terapias biológicas, como la psicofarmacología y el electroshock.

A nivel mundial son cada vez más conocidas experiencias de cuidado mutuo por parte de exusuarios de servicios de salud mental, así como movimientos alternativos que han denunciado a la psiquiatría hegemónica y a técnicas represivas como la contención mecánica, la contención química y el electroshock. En el caso de Cuba, lamentablemente no es posible hablar de este tipo de espacios de autocuidado, de crítica, de debates e incluso de oposición, tanto dentro como fuera del campo de la psiquiatría. Por el contrario, las prácticas abusivas mencionadas anteriormente todavía son normalizadas, autorizadas oficialmente y utilizadas como parte del arsenal terapéutico psiquiátrico. Así, los pacientes cubanos continúan siendo clasificados, internados, medicados, amarrados en las camas psiquiátricas o recibiendo electroshocks.

CONCLUSIONES

El desarrollo acelerado de Cuba en el siglo XIX fue un elemento de enorme importancia para la creación de políticas de control social por parte del gobierno colonial español, intentando colocar a la Isla caribeña en el ámbito de la modernidad. La gestión gubernamental desde una perspectiva biopolítica se concentró en los espacios sanitarios, de beneficencia y de seguridad y tuvo como principal objeto de intervención a la población marginada, tanto la autóctona como la de esclavos africanos y asiáticos.

Los dispositivos para el control sanitario de enfermedades contagiosas y epidemias como la lepra o el cólera sirvieron de base para las estrategias de gestión de un grupo específico dentro de los marginados: los dementes. Identificarlos, clasificarlos y aislarlos en un espacio especialmente destinado para ello fueron las principales formas de gestión del sufrimiento mental en la Cuba colonial antes de la aparición de la psiquiatría como especialidad médica. En Cuba, a diferencia de Europa, los leprosarios no fueron convertidos en manicomios, sino que, para los dementes, el gobierno colonial y la Iglesia católica destinó un espacio específico. Si bien los dementes no heredaron los leprosarios, sí compartieron el rechazo social que los enfermos de lepra padecieron.

En ese sentido la iglesia católica, que controlaba las labores benéficas y de sanidad, jugó un papel fundamental en el desarrollo de la estrategia de gestión del sufrimiento mental. La iglesia realizaba su labor benéfica y sanitaria desde la lógica de la compasión piadosa, que le permitía el ejercicio de poder y control sobre un tipo de población considerada peligrosa. Instituciones como la Cárcel de La Habana, la Casa de Beneficencia y la Casa de Recogidas fueron espacios que, si bien no se dedicaron exclusivamente a encerrar a los dementes, ayudaron a conformar la lógica del encierro y la punición a la transgresión social.

No obstante, fue en la década de 1820 que hubo una ruptura con lo que hasta ese momento era la gestión del sufrimiento mental en Cuba. Una nueva campaña higienista desarrollada por la iglesia para el ámbito sanitario fue decisiva para la creación de una estrategia específica de control de los enajenados. Esa población que antes se encontraba mezclada con el resto de los marginados en las casas de corrección o con los delincuentes en las cárceles fue descubierta por la Iglesia y no por la psiquiatría como ocurrió en Europa.

Con la creación de la Casa de Locos en 1828 en una zona extramuros de La Habana se puso en práctica una estrategia de gestión que conjugaba el aislamiento social y el tratamiento moral. Desde sus inicios, la legislación asociada a la internación de los dementes les otorgó facilidades a las autoridades eclesiásticas, a los familiares y a los vecinos, a costa de la libertad del propio internado.

Desde su inicio, en el primer manicomio cubano los tratamientos aplicados fueron las duchas frías, el encierro en calabozos, el uso de cepos, pero también el trabajo físico. También en esos inicios la figura del vigilante o “loquero” tuvo un papel esencial en el control de esa población, diferente de lo que ocurría en Europa donde este personaje tenía una función más intermediaria entre el paciente y el médico. Esto fue debido sobre todo a que en Cuba el manicomio funcionó por varios años sin la existencia de un médico alienista, por lo que en la estructura jerárquica del lugar el loquero ostentaba la máxima autoridad. La ausencia de alienista fue provocada sobre todo por las resistencias de las autoridades encargadas de autorizar el ejercicio de la medicina (iglesia y gobierno) y porque existía la creencia de que el aislamiento y el encierro serían suficientes para gestionar el sufrimiento mental.

El saber médico-psiquiátrico se introdujo en Cuba al tiempo que el manicomio era trasladado hacia un lugar más apartado de la ciudad, a fin de efectivizar aún más el aislamiento social de los llamados enajenados, pero también como una respuesta higienista, toda vez que los habitantes del asilo fueron colocados como unos de los responsables por las epidemias de cólera morbo que azotaron el país a lo largo del siglo XIX. En el nuevo manicomio, llamado Asilo General para Enajenados y conocido a partir de ese momento como “Mazorra” continuaron aplicándose los métodos antiguos para el control de los pacientes, como las celdas de castigo y los golpes. No obstante, además de los baños fríos, se introdujo por primera vez el trabajo físico como una forma de tratamiento moral, conjugando el control del sujeto con el beneficio económico para la institución. Este recurso nunca más desapareció del arsenal terapéutico de la psiquiatría cubana.

Al mismo tiempo, aunque de forma tímida, la estrategia médica asilar, inspirada en la psiquiatría francesa, se fue introduciendo a través de las clasificaciones de los enajenados “por especies”. No obstante, el alienismo cubano volvía a tropezar con las resistencias de las autoridades eclesiásticas, del gobierno y de la administración del propio asilo, interesados más en la lógica benéfica que en la medicina para el tratamiento de la locura. Frente a las limitaciones que encontraba

dentro del asilo, el discurso psiquiátrico se introdujo entonces a través de las publicaciones científico-médicas. De esa manera, comenzaron a surgir una serie de trabajos sobre la psiquiatría francesa en los anales de la Academia de Ciencias, específicamente sobre el tratamiento moral y la teoría degeneracionista. Estos espacios suponían una mejor recepción y por tanto permitían habituar a los científicos cubanos a los nuevos saberes sobre alienación mental de una forma que les resultaba menos invasiva a las autoridades del manicomio.

Particularmente el discurso degeneracionista a finales del siglo XIX sirvió para ampliar el radio de acción de la psiquiatría en Cuba, hasta ese momento restringido a los muros del asilo. A pesar de ello, las resistencias y los antagonismos entre los expertos del asilo continuaron, dando espacio para que la teoría degeneracionista se desarrollase con más amplitud en el campo de la medicina legal. Aun así, en los frecuentes debates sobre criminología y cuando llamados en calidad de expertos, los alienistas cubanos demostraban confusión, desacuerdos en los diagnósticos y fragilidades teóricas que con frecuencia los situaba en un plano poco profesional. Muchos de los diagnósticos de enajenación mental se basaban en características físicas de los sujetos analizados y en sus patrones hereditarios. Al mismo tiempo, en estos debates eran escasas las alusiones al asilo de enajenados, principal espacio de la práctica psiquiátrica. A la par, el asilo continuaba abandonado a su papel de almacén de dementes. La participación de los alienistas cubanos como expertos en medicina legal era más importante pues les daba más poder y prestigio social que el espacio aislado y oscuro del manicomio.

A inicios del siglo XX ocurrió un giro en el discurso psiquiátrico cubano hacia el tema de la prevención de las enfermedades mentales, permitiéndole ramificarse hacia los campos de la higiene y la educación. El discurso de la prevención sirvió de base para la ampliación de la psiquiatría, tomando como uno de sus ejes de intervención a la infancia, considerada por defecto, más vulnerable a padecer enfermedades mentales y a la influencia del medio social. Con la intervención norteamericana y el comienzo del período republicano el modelo manicomial norteamericano se implantó en Cuba. Este modelo reunía tanto el tratamiento moral como otros métodos más cercanos a la psicofarmacología, además de la separación rigurosa de los pacientes no solo por nivel de peligrosidad sino por clases, razas y género.

Al mismo tiempo, la psiquiatría cubana, a través del discurso de la beneficencia se fue ampliando hacia otros espacios de intervención como la infancia considerada anormal, apoyándose en la pedagogía y la criminología. La escuela se transformó en un espacio privilegiado donde la psiquiatría podía encontrar los síntomas de anormalidad en comportamientos que antes se consideraban normales. La década de 1920 fue un momento propicio para la consolidación del higienismo mental en Cuba, estableciéndose con fuerza no solo en el discurso médico, sino también en el pedagógico. Ese movimiento, que tuvo a la infancia como objeto de intervención privilegiado, fue fundamental para la creación de la psiquiatría infantil cubana.

Durante el periodo republicano cubano, que duró hasta finales de la década de 1950, el Hospital de Dementes de Mazorra se consolidó como epicentro del discurso y la práctica de la psiquiatría cubana, sin poder expandirse de forma significativa más allá de los muros del manicomio, a pesar del movimiento de higiene mental, de la interacción con los discursos pedagógico y jurídico y de las prácticas privadas de los psiquiatras. A la par, en los espacios académicos comenzaron a aparecer debates teóricos sobre terapéuticas psicológicas como la hipnosis, pero también sobre tratamientos psiquiátricos. A pesar de expansión a nivel mundial de la hipnosis y el psicoanálisis y de la presencia en Cuba de practicantes de estas terapéuticas, la mayoría de los psiquiatras cubanos mostraban su inclinación hacia las intervenciones biológicas. De esa forma, el electroshock y la psicofarmacología cobraron mucha más fuerza que las terapias psicológicas, sostenidas por la influencia directa de la psiquiatría biológica norteamericana y en un discurso sobre la necesidad de tratamientos expeditos.

Con la instauración del periodo revolucionario en la década de 1960 y la importación del modelo soviético como forma de gobierno de la sociedad cubana, la psiquiatría fue la especialidad médica que más se identificó con la ideología Marxista-leninista. A la par que los psiquiatras cubanos se formaban desde los principios de la higiene mental soviética, fueron prohibidas tanto la práctica privada como cualquier forma de terapia psicológica alternativa a la reflexología. El modelo biológico de la psiquiatría pasó de ser hegemónica para convertirse en exclusiva, apoyada en una sólida base neurofisiológica importada de los soviéticos, desde el cual se interpretaba cualquier fenómeno psicológico como un reflejo condicionado de la actividad cerebral. Por tanto, tal como ocurría en la Unión Soviética, la terapia electroconvulsiva, la

psicofarmacología, la insulino-terapia y la terapia con litio, circunscritas al cuerpo, encontraron acomodo en el discurso pavloviano.

El uso de las terapias biológicas ortodoxas no implicó el abandono de una herramienta fundamental que ya se usaba desde la época colonial: la ergoterapia. El trabajo físico se convirtió en una de las principales banderas de la psiquiatría cubana desde los inicios del período revolucionario. Desde la concepción marxista-leninista se podía establecer una asociación entre el trabajo como actividad socialmente útil y como terapia. Si bien para la psiquiatría clásica el trabajo físico era una forma de terapia, para los psiquiatras de corte marxista-leninista se trataba además de una cuestión político-ideológica pues el acto de trabajar tendría como objetivo principal el bienestar colectivo y la construcción de la sociedad socialista.

Es también en el período revolucionario que la psiquiatría cubana consigue finalmente salir de los muros del manicomio como práctica clínica, es decir, a través de instituciones comunitarias. Esa expansión hacia las comunidades se sostuvo en una estrategia de higiene mental que buscaba responder al ideal de formación de un nuevo tipo de ciudadano de la sociedad socialista: el hombre nuevo. La estrategia de higiene mental de modo general se basaba en los principios de formación especial del personal médico, de la precocidad del diagnóstico y del tratamiento, de la prevención de las enfermedades mentales, de la implicación de los ciudadanos en las cuestiones relacionadas con la higiene mental y de la ampliación de los servicios psiquiátricos más allá de los hospitales clásicos.

Ahora bien, el movimiento de higiene mental socialista en Cuba tuvo dos particularidades esenciales, copiadas del modelo soviético: el matiz abiertamente político e ideológico de la psiquiatría; y la estrecha colaboración entre la psiquiatría, el sistema judicial y las fuerzas encargadas del orden interior. Un impacto significativo del higienismo mental socialista fue la difuminación de las fronteras entre la enfermedad mental y las disidencias (política, ideológica, cultural y sexual), con el objetivo de normalizar a la población.

A inicios de la década de 1990 la disolución de la URSS y la desaparición del Campo Socialista provocaron la erosión de la ideología marxista-leninista en Cuba, al tiempo que se instauraba una importante crisis política y económica en todos los sectores de la sociedad. El discurso psiquiátrico cubano también se despojó de las banderas del marxismo-leninismo y del pavlovismo para iniciar el rescate de la psiquiatría biológica norteamericana. Así, el DSM se convirtió en la guía diagnóstica

principal de la mayoría de los psiquiatras cubanos, a pesar de existir libertad para elegir la CIE o el propio Glosario cubano de clasificación, conocido como GC-3. Al mismo tiempo, los textos soviéticos fueron sustituidos por literatura psiquiátrica norteamericana y de autores cubanos, todos inspirados en el modelo biomédico.

En términos generales es posible constatar que, a pesar de que los discursos sobre la gestión del sufrimiento mental en Cuba han tenido diferentes matices, asociados a épocas y contextos políticos diversos, las prácticas de dominación y control social por parte de la psiquiatría se mantienen incólumes. Si el sistema de salud cubano es prestigiado a nivel internacional, sobre todo por la calidad en la formación de sus médicos, no es posible afirmar lo mismo sobre la psiquiatría. Es precisamente en el campo de la práctica psiquiátrica que más se perciben las continuidades de una forma de gestión del sufrimiento mental que prioriza el control y la normalización del sujeto. En cuanto a los discursos, la ruptura más significativa sucedió con la instauración de la reflexología y la ideología marxista-leninista, pero esto no produjo transformaciones significativas en la visión medicalizadora del sufrimiento mental.

Terapias como el electroshock o técnicas como la contención mecánica, ampliamente denunciadas en varios países del mundo por su carácter abusivo y con comprobados efectos negativos, tanto físicos como psicológicos, continúan siendo aplicadas y defendidas, ocupando un lugar hegemónico en la actualidad. Lo mismo ocurre con los psicofármacos, que, desde una visión centrada en el propio medicamento, importa más el efecto de docilidad que estos provocan que la posible enfermedad que se busca tratar y el sufrimiento mental que se dice aliviar. Y con la misma intensidad que se defiende el efecto sedativo de los psicofármacos, se ignoran o se minimizan sus secuelas.

REFERENCIAS

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE. **Bulletin de l'Académie nationale de médecine**. Masson et Cie, éditeurs, 1843.

ACANDA, Jorge Luis. **Sociedade civil e hegemonia**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

ACOSTA, Nelson. Grupo disidente dice 24 personas murieron en Cuba por frío. *In*: REUTERS (org.). **NOTÍCIAS NACIONALES**. La Habana, 14 octubre de 2010. Disponible en: <<https://lta.reuters.com/articulo/domesticNews/idLTASIE60D1F520100114>>. Acceso en: 4 abr. 2020.

ADN (Cuba) (ed.). **De Landrián a Otero: cómo el régimen usa la psiquiatría contra artistas disidentes**. *In*: ADN (Cuba) (ed.). ADN Cuba, 19 mayo de 2021. Disponible en: <<https://adncuba.com/noticias-de-cuba/derechos-humanos/regimen-usa-la-psiquiatria-contra-disidentes>>. Acceso en: 18 jul. 2022.

AGENCIA DE VIAJES (Cuba) (ed.). Visitar Cuba. *In*: VISITAR CUBA (La Habana) (ed.). **Parque Lenin**, 2022. Disponible en: <<https://www.visitarcuba.org/parque-lenin>>. Acceso en: 8 ago. 2022.

AGRAMONTE, Edmundo Gutiérrez. Una Nueva Técnica de Conducterapia en el tratamiento de la Homosexualidad. **Revista Cubana de Medicina**, v. 1, n. 1, ago. 1961. ISSN 1561-302X. Disponible en: <<http://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/424>>. Acceso en: 10 mar. 2021.

AGRAMONTE, Edmundo Gutiérrez. El tratamiento preventivo de las depresiones con el Tofranil. **Revista Cubana de Medicina**, 1962, vol. 1. Disponible en: <<http://www.revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/436>> Acceso en: 10 mar. 2021.

AGUILAR, Ana Paulina Malavassi. **Lepra y estigma: estudio de caso en Latinoamérica colonial**. Revista de Estudios, Universidad Costa Rica, [s. l.], n. 17, p. 59-72, 2003. Disponible en: <<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/estudios/article/view/26538>>. Acceso en: 9 abr. 2020.

AGUILERA, César Reynel. **El soviét caribeño: La otra historia de la Revolución Cubana**. Nueva York: Ediciones B, 2018.

ALBERT, D. et al. **Dorland's Illustrated Medical Dictionary**. 32. ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2012.

ALDEREGUÍA, Jorge. La medicina social y la salud pública ante los desafíos del siglo XXI. **Revista Cubana de Salud Pública**, La Habana, v. 21, n. 2, dic. 1995. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661995000200005&lng=es&nrm=iso>. Acceso en: 10 feb. 2019.

ALFONSO, Ramón M. **Reseña histórica de la Casa de Beneficencia y Maternidad de La Habana en el año 1917**. La Habana: Imprenta y papelería de Rambla, Bouza y Cía., 1920.

ALFONSO, Ramón M. La prostitución en Cuba y especialmente en La Habana. **Memoria de la Comisión de Higiene Especial de la Isla de Cuba elevada al Sr. secretario de Gobernación cumpliendo un precepto reglamentario**, Habana, Imprenta P. Fernández y Ca, 1902.

ALÍAS, Inmaculada Arias de Saavedra. Las sociedades económicas de amigos del país: proyecto y realidad en la España de la ilustración. **Obradoiro de história moderna**, Granada, n. 21, p. 219-245, 2012. Disponible en: <<https://www.usc.gal/revistas/index.php/ohm/article/view/689/678>>. Acceso en: 19 mar. 2020.

ALMY, Frederic. **Reformas de la juventud**. CONFERENCIA NACIONAL DE BENEFICENCIA Y CORRECCIÓN DE LA ISLA DE CUBA, 2., 1903, Santa Clara, Cuba. Memoria oficial de la Segunda Conferencia Nacional de Beneficencia y Corrección de la Isla de Cuba [...]. La Habana: Lib. e Imp. La Moderna Poesía, 1904.

ALMODOVAR, María del Carmen Batlle y MENESES, Félix Orlando Dickinson. La higiene en Cuba durante el primer cuarto del siglo XX. **Rev. Med. Electrón**, vol.36, n.5, 2014. Disponible en: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cum-58370>>. Acceso en: 19 mar. 2020.

ALONSO, Aurelio. Marxismo y espacio de debate en la Revolución Cubana. **Temas**, 1995, vol. 1, no 3, p. 34-43. Disponible en: <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsd/collect/clacso/index/assoc/D11357.dir/11marx.pdf>>. Acceso en: 11 jul. 2022.

ALVAREZ PEREZ, Adolfo Gerardo et al. La regionalización de los servicios de salud como una estrategia de reorganización sanitaria. **Revista Cubana de Higiene y Epidemiología**, Ciudad de la Habana, v. 46, n. 1, abr. 2008. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032008000100007&lng=es&nrm=iso>. Acceso en: 13 jul. 2022.

ÁLVAREZ-URÍA RICO, F.; PARRA CONTRERAS, P. The Bitter Cry: materiales para una genealogía de la identidad profesional de las pioneras del Trabajo Social en Inglaterra y los Estados Unidos. **Cuadernos de Trabajo Social**, v. 27, n. 1, p. 93-102, 2014. Disponible en: <<https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/43219>>. Acceso en: 15 jul. 2020.

AMARAL, Augusto J., ANGEL, Camila O. O poder psiquiátrico e seus desdobramentos no sistema punitivo brasileiro: novos horizontes antimanicomiais. **Argumenta Journal Law**, Jacarezinho – PR, Brasil, n. 28, p. 397-424. Disponible en: <<http://seer.uenp.edu.br/index.php/argumenta/article/view/1132>>. Acceso en: 15 ago. 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders**. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1952.

ANOJIN, P.K. **Características del aparato aferente del reflejo condicionado y su importancia para la Psicología**. La Habana: Psicología soviética Contemporánea. Dirección de Ciencia y Técnica, 1976.

APAOLAZA-LLORENTE, D. La Habana ilustrada del siglo XVIII. Sus transformaciones urbanas a través de la mirada de los bandos de buen gobierno. "Cambiando la imagen de poder". **Iberoamérica Social: Revista-red de estudios sociales**, n. ESPECIAL, p. 63-80, 20 feb. 2018. Disponible en: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6494957>>. Acceso en: 13 mar. 2020.

ARANGO, Manuel de Zequeira y. Consideraciones sobre La Havana. **Papel periódico de La Habana**, La Habana, año 44, p. 0-0, 31 mayo 1792. Disponible en: <<http://www.habanaelegante.com/Winter98/Ronda.htm>>. Acceso en: 9 dic. 2020.

ARENAS, Reinaldo. **Antes que anochezca**. Barcelona: TusQuets, 1992.

ARIAS, Santiago Cardosa. En Mazorra... lo primero es el enfermo. **INRA**. Revista Mensual Ilustrada. Año 1, n.10, p. 18-21, nov. 1960.

ARMERO, Nicolás Tanco. **Viaje de Nueva Granada a China y de China a Francia**. Simon Raçon, 1861.

AZIMA, H. Imipramine (Tofranil): a new drug for the depressed. **Canadian Medical Association Journal**, 1959, vol. 80, no 7. Disponible en: <<https://www.psychom.net/adhd-medications-tofranil-imipramine>>. Acceso en: 9 dic. 2020.

AZTARAIN DÍEZ, Javier. La asistencia psiquiátrica en España en los siglos XVIII Y XIX. El nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868-1954). **Temas de Historia de la Medicina**, 2005, vol. 4. Disponible en: <<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/75A3F123-4396-4BDF-B487-299EF1C5EC36/146494/Asistenciapsiquiatica.pdf>>. Acceso en: 10 dic. 2020.

BABINSKI, Joseph. **Démembrement de l'hystérie traditionnelle: pithiatisme**. Paris: Imprimerie De La Semaine Médicale, 1909.

BALBUENA RIVERA, Francisco; SANCHEZ-BARRANCO RUIZ, Antonio. Breve historia del psicoanálisis en Rusia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, Madrid, n. 90, p. 145-164, jun. 2004. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200010&lng=es&nrm=iso>. Accedido en 15 jun. 2022.

BARRERA Y DOMINGO, Francisco. **Reflexiones Histórico Físico-Naturales Médico Quirúrgicas Prácticos y especulativos entretenimientos acerca de la vida, usos, costumbres, alimentos, bestidos, color y enfermedades a que propenden los negros de África, venidos a las Américas**. La Habana: Ediciones La Habana, 1953.

BARRIENTOS, Guillermo e CASTRO-LÓPEZ, Hiram. **Tendencias actuales en psiquiatría: experiencia cubana**. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1989.

BARSA, J. A., & KLINE, N. S. (1956). Azacyclonol (Frenquel) in the treatment of chronic schizophrenics. *American Journal of Psychiatry*, 113(3). Disponible en: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13354792/>>. Accedido en 15 jun. 2022.

BARUK, H. La catatonie expérimentale par la Bulbocapnine et les autres catatonies expérimentales toxiques et toxi-infectieuses. **L'Encéphale: journal de psychiatrie**, Paris, Année XXVIII, n. 9, nov. 1933.

BASAGLIA, Franca O. **Mujer, locura y sociedad**. Puebla: Universidad Autónoma de Puebla, 1987.

BASAGLIA, Franco. **Escritos seleccionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BASAURI, Víctor Aparicio. **Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España**. Arán Ediciones, 1997.

BAYER, Ronald. **Homosexuality and American Psychiatry. The Politics of Diagnosis**. New Jersey: Princeton University Press, 1987.

BENITEZ, Carmen Julia Pulido, et al. La crisis de la enseñanza del marxismo en el sistema educativo superior cubano. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, 2018, no 96. Disponible en: <<https://www.eumed.net/rev/atlante/2018/06/crisis-ensenanza-marxismo.html>>. Acceso en: 13 oct. 2021.

BERGARD, Laird W. ¿Dos alas del mismo pájaro?: notas sobre la historia socioeconómica comparativa de Cuba y Puerto Rico. **Historia y sociedad**, Medellín, vol. 1, 1988. Disponible en: <<https://revistas.upr.edu/index.php/hs/article/view/4056>>. Acceso en: 13 oct. 2021.

BERRIOS, Germán E. **Historia de los síntomas de los trastornos mentales: la psicopatología descriptiva desde el siglo XIX**. México, D.F., Fondo de Cultura Económica, 2008.

BERNAL, Leopoldo Araujo; GAVALDÁ, Rubén Rodríguez. Migration of professionals. **Revista Cubana de Salud Pública**, 2015, vol. 41, no 1, p. 152-164. Disponible en: <<http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/304/312>>. Acceso en: 14 sep. 2021.

BERNHEIM, Hippolyte. **Suggestive therapeutics: A treatise on the nature and uses of hypnotism**. GP Putnam's sons, 1880.

BIANCHI, Eugenia. Infancia, normalización y salud mental: figuras históricas y encadenamientos actuales en la formulación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, 2015, vol. 22, p. 761-779. Disponible en: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/dpFsMvBHgqSC7KDDCYG6Qqr/?format=pdf&lang=es>>. Acceso en: 13 oct. 2021.

BLAIR, Donald. Treatment of severe depression by imipramine (Tofranil): An investigation of 100 cases. **Journal of Mental Science**, 1960, vol. 106, nro. 444. Disponible en: <<https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-mental->

science/article/abs/treatment-of-severe-depression-by-imipramine-tofrasil/F78D5D310ADB7CBCCFD6D15389A819FD>. Acceso en: 10 dic. 2021.

BLANCHARD, Serge. M. Huteau. Psychologie, psychiatrie et société sous la troisième république. La biocratie d'Édouard Toulouse (1865-1947). Paris: L'Harmattan. **L'orientation scolaire et professionnelle**, 2003, nro. 32/1. Disponible en: <<http://journals.openedition.org/osp/3216>>. Acceso en: 7 mar. 2020.

BOUKOVSKY, Vladimir. **Uma nova doença mental na URSS: a oposição**. Lisboa: Edições Afrodite, 1976.

BOUKOVSKY, Vladimir. Gen. Svetlichn 'We will let him rot in the insane asylum!'. **The New York Times**, may. 1977. Disponible en: <<https://www.nytimes.com/1977/05/03/archives/gen-svetlichny-we-will-let-him-rot-in-the-insane-asylum.html>>. Acceso en: 20 ene. 2021.

BOUKOVSKY, Vladimir. Prisiones psiquiátricas. **Revista de Medicina de la Universidad de Navarra**, 1978, vol. XXII, nro. 3. Disponible en: <<https://revistas.unav.edu/index.php/revista-de-medicina/article/view/5195>>. Acceso en: 9 nov. 2021.

BOGOUSSLAVSKY, Julien. Hysteria after Charcot: back to the future. *In: Following Charcot: A forgotten history of neurology and psychiatry*. Karger Publishers, 2011. pp. 137-161.

BOHEMIA. ¿Resuelven las drogas tranquilizadoras el problema de las enfermedades mentales? (Balance crítico de los psiquiatras cubanos). **Bohemia**, La Habana, año 50, v. 5, 5 feb. 1957.

BOHEMIA. Zafra de muertes en Mazorra. **Bohemia**, La Habana, año 50, v. 6, 9 feb. 1958.

BOHEMIA, La Habana, v. 51, n. 2, p.119, ene. 1959a.

BOHEMIA, La Habana, v. 51, n. 3, p. 40 e seg, ene. 1959b.

BOHEMIA, La Habana, v. 51, n. 9, p. 80, mar. 1959c.

BOLEA, Ramón Castejón. Las enfermedades venéreas y la regulación de la sexualidad en la España contemporánea. **Asclépio**, 2004, vol. 56, no 2, p. 223-242. Disponible en: <<https://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/45>>. Acceso en: 2 dic. 2021.

BONÉ, Maria; BONITO, Jorge. **Conceitos e práticas na educação da criança diferente: Uma perspectiva evolutiva**. Atas do XII Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. Braga: Universidade do Minho, 2013. Disponible en: <<https://core.ac.uk/download/pdf/62456621.pdf>>. Acceso en: 04 ago. 2021.

BONJEAN, Georges. La protection de L'enfance abandonée ou coupable. **La Nouvelle Revue**. Dix-huitième Année. Tome Quatre-vingt-dix-huitième. Janvier-

Février. Paris, 1896. Disponible en: <http://data.decalog.net/enap1/Liens/1887/1887_0005.PDF>. Acceso en: 3 abr. 2021.

BORGES, Viviane Trindade; CAPONI, Sandra. A assistência psiquiátrica a crianças anormais no Hospital Colônia Sant'Ana (Santa Catarina, Brasil, 1940). **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, 2018, nro. 4, vol. 25. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500021>> . Acceso en: 12 jul. 2022.

BOURNE, Harold. The insulin myth. **The Lancet**, 1953, vol. 262, no 6793. Disponible en: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(53\)90622-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(53)90622-9/fulltext)>. Acceso en: 9 oct. 2021.

BOURNE, Harold. Insulin coma in decline. **American Journal of Psychiatry**, 1958, vol. 114, no 11. Disponible en: <<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.114.11.1015>>. Acceso en: 12 abr. 2021.

BREGGIN, Peter R. **Brain-disabling treatments in psychiatry: Drugs, electroshock, and the psychopharmaceutical complex**. Springer Publishing Company, 2007.

BRENNAN, James F. **Historia y sistemas de la psicología**. Pearson educación, 1999.

BROWN, Charles J.; LAGO, Armando M. **The politics of Psychiatry in revolutionary Cuba**. New York: Freedom House of Human Rights, 1991.

BUSTO, Ernesto Hernández. **Otero Alcántara o el disidente como “caso patológico”**. In: RIALTA MAGAZINE (Cuba) (ed.). Rialta Magazine: Sociedad y política, 26 maio 2021. Disponible en: <<https://rialta.org/otero-alcantara-o-el-disidente-como-caso-patologico/>>. Acceso en: 18 jul. 2022.

CABADÉ, Ernest. **De la responsabilité criminelle**. París, G. Masson, 1893.

CABEZAS, Elieser López. Protocolización y aspectos éticos de la terapia electroconvulsiva. **Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana**, vol. 15, Nro. 3, 2019. Disponible en: <<http://www.revph.sld.cu/index.php/hph/article/view/55/51>>. Acceso en: 04 abr. 2022.

CABILDO DE LA HABANA, Isla de Cuba (ed.). Apuntes para la historia de la Isla de Cuba: La Habana en sus primeros días. In: GARCÍA, Joaquín José; SERRANO, Francisco de Paula (coord.). **Memorias de la sociedad económica de La Habana. La Habana: Imprenta del Gobierno y capitania general por S.M.**, 1843. v. XVII, p. 401-417.

CALANDRE, Elena Pita; IRIBAS, Javier Manzanares. Fármacos antipsicóticos. **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**, 1992, vol. 12, Suplemento 1. Disponible en: <<https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15242>>. Acceso en: 12 nov. 2021.

CALATAYUD, Francisco Morales. Psicología de la salud. Realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo. **PSIENCIA. Revista**

Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 4, 2, 98-107, 2012. Disponible en: <<https://www.redalyc.org/pdf/3331/333127382005.pdf>>. Acceso en: 12 nov. 2021.

CALDAS DE ALMEIDA, José Miguel. Logros y obstáculos en el desarrollo de políticas y servicios de salud mental en los países de América Latina y el Caribe después de la declaración de Caracas. *In*: Rodríguez, Jorge J. – ed. **La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 Años después de la Declaración de Caracas**. Washington, D.C, 2007.

CALDERÍO, Blas Roca. **Ley Nro. 21, Código Penal de 15 de febrero de 1979**. Disponible en: <https://files.sld.cu/prevemi/files/2013/03/ley_21_codigo_penal_19791.pdf> Acceso en: 04 jul. 2022.

CALVIÑO, Manuel; DE LA TORRE, Carolina. La historia después de Vygotsky. Una mirada desde lo vivencial. (Crónica de una muerte no anunciada pero previsible). **Revista Cubana de Psicología**. Vol. 14, No. 2. p. 225-234, 1997. Disponible en: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v14n2/09.pdf>>. Acceso en: 13 abr. 2021.

CALVO, Ángel C. Moreu. La Pedagogía y la Medicina en los inicios de la Educación Especial ochocentista: Francia, Alemania y España. En **El largo camino hacia una educación inclusiva: la educación especial y social del siglo XIX a nuestros días: XV Coloquio de Historia de la Educación, Pamplona-Iruñea, 29, 30 de junio y 1 de julio de 2009**. Universidad Pública de Navarra, 2009. p. 311-322. Disponible en: <<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2962594.pdf>>. Acceso en: 02 ago. 2021.

CANDIOTTO, Cesar. Disciplina e segurança em Michel Foucault: a normalização e a regulação da delinquência. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 24, n. spe, p. 18-24, 2012. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822012000400004&lng=en&nrm=iso>. Acceso en: 13 nov. 2020.

CANGUILHEM, G. O cérebro e o pensamento. **Nat. hum.**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 183-210, jan.-jun. 2006. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302006000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acceso en: 21 out. 2021.

CAPONI, Sandra. Miasmas, microbios y conventillos. **Asclépio**, v. LIV, n. 1, p. 155-182, 2002. Disponible en: <<https://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/124>>. Acceso en: 21 out. 2021.

CAPONI, Sandra. **Da compaixão à solidariedade**: Uma genealogia da assistência médica. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

CAPONI, Sandra. Para una genealogía de la anormalidad: la teoría de la degeneración de Morel. **Sci. stud.**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 425-445, 2009. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-31662009000300004&lng=en&nrm=iso>. Acceso en: 25 mar. 2021.

CAPONI, Sandra. Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. *In*: CAPONI, Sandra; VALENCIA, María Fernanda Vásquez; VERDI, Marta;

ASSMANN, Selvino José (org.). **A medicalização da vida como estratégia biopolítica**. 1. ed. São Paulo: LiberArs, 2013. p. 103-119. ISBN 978-85-64783-36-2.

CAPONI, Sandra; MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Ángel. Kraepelin, el desafío clasificatorio y otros enredos anti-narrativos. **Scientiae Studia**, 2013, vol. 11. Disponible en: < <https://www.scielo.br/j/ss/a/V9dGPQQHF59jc6W9Lfz67sQ/abstract/?lang=es> >. Acceso en: 21 out. 2021.

CAPONI, Sandra. **Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. 210 p. ISBN 978-85-7541-228-2.

CAPONI, Sandra. **Locos y degenerados: Una genealogía de la psiquiatría ampliada**. Buenos Aires: Lugar editorial; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

CAPONI, Sandra. Los simuladores: verdad y poder en la psiquiatría de José Ingenieros. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, 2016, vol. 23. Disponible en: < <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/vNnRTRCNh8cRnWZrhzgLWDR/?lang=es> >. Acceso en: 22 oct. 2020.

CAPONI, S. La psiquiatrización de la vida cotidiana: el DSM y sus dificultades. **Metatheoria**. Buenos Aires, 2018, vol. 8, no 2. Disponible en: < <https://metatheoria.unq.edu.ar/index.php/m/article/view/179> >. Acceso en 04 jun. 2020.

CAPONI, Sandra. **Uma sala tranquila: Neurolépticos para uma biopolítica da indiferença**. 1. ed. São Paulo: LiberArs, 2019a.

CAPONI, Sandra. El lugar de la mujer en la historia de la psiquiatría. In: MIRANDA, Marisa A. (comp.). **Las locas. Miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental**. La Plata: Editorial de la universidad nacional de la plata (EDULP), 2019b.

CÁRDENAS, Inaury Portuondo. Remanentes sociohistóricos y culturales de la esclavitud urbana en el centro Histórico La Habana Vieja. **Comparative Cultural Studies: European and Latin American Perspectives**, n. 6, p. 57-69, 2018. Disponible en: <<https://oajournals.fupress.net/index.php/ccselap/article/download/8150/8148>>. Acceso en: 26 feb. 2020.

CARMONA, Alejandra Vázquez. **Una congregación ocupada de las" cosas trabajosas y humildes". Las hermanas de la caridad en Morelia. Siglos XIX y XX**. Orientador: Martín Pérez Acevedo. 2008. 246 p. Tesis de maestría (Máster en Historia)-Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Instituto de Investigaciones Históricas, 2008.

CARRIÈRE, Pierre. **De la précocité physique et intellectuelle chez l'homme**. la Faculté de médecine L. Boyer, 1901.

CASAROTTI BERRUTTI, Humberto. La realidad de la histeria en la evolución de la psiquiatría. **Rev. psiquiatr. Urug.**, 2006. Disponible en: < http://www.spu.org.uy/revista/dic2006/02_conf.pdf >. Acceso en: 15 nov. 2021.

CASA RIVAS, Luis Gonzalo de La; RUIZ ORTIZ, Gabriel; SÁNCHEZ GONZÁLEZ, Natividad. La orientación psicopatológica en la teoría pavloviana. **Revista de Historia de la Psicología**, 18 (1-2), 1997. Disponible en: <<https://idus.us.es/handle/11441/42863>>. Acceso en: 14 oct. 2021.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CASTEL, Robert et. al. **Espacios de Poder**. Madrid: Ediciones de La Piqueta, 1991.

CASTEL, Robert. **La inseguridad social: ¿Qué es estar protegido?** Buenos Aires: Manantial, 2011.

CASTRO, Edgardo. **El vocabulario de Michel Foucault**. Buenos Aires: Prometeo, 2004.

CASTRO, Fidel. **La historia me absolverá**. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales, 2007.

CASTRO, Fidel. *In: En eso llegó Fidel*. 55 años de historia, discursos, intervenciones y reflexiones. RIVAS, Eduardo (org). Buenos Aires: Estrella de Piedra Ediciones, 2013.

CERICE, Lucas Alvarez. **Memoria del Asilo General de Enajenados de la Isla de Cuba: Correspondiente al año de 1899**. Imprenta y Encuadernación "El Comercio", 1900.

CERRO, Manuel Martínez. Hospitalización naval en La Habana hasta su independencia. **Revista General de Marina**, Madrid, v. 260, may. 2011. Disponible en: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3658035>>. Acceso en: 09 dic. 2021.

CHAPLE, Enrique Beldarraín. La salud pública en Cuba y su experiencia internacional (1959-2005). **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, 2006, vol. 13, no 3. Disponible en: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/JsSWxb4mp5pwqbp4FYSNyzc/?lang=es>>. Acceso en: 10 dic. 2021.

CHAPLE, Enrique Beldarraín. Las instituciones y la salud pública en Cuba en la primera mitad del siglo XX. **Diálogos Revista Electrónica de Historia**, 2014a, vol. 15, no 1. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-469X2014000100175>. Acceso en: 05 may. 2020.

CHAPLE, Enrique Ramón Beldarraín. Historical Overview of Leprosy Control in Cuba. **MEDICC Review**, v. 19, n. 1, p. 23-30, 2017. Disponible en: <https://mediccreview.org/wp-content/uploads/2018/04/mr_575.pdf>. Accedido en: 11 dic. 2020.

CHAPLE, Enrique Ramón Beldarraín. Sanidad y esclavitud: medidas para contrarrestar las enfermedades de los esclavos en Cuba. **Afro-Hispanic Review**, año 2015, v. 34, n. 2, p. 9-29, 2015. Disponible en:

<https://www.jstor.org/stable/26335070?read-now=1&seq=1#page_scan_tab_contents>. Acceso en: 22 ago. 2019.

CHATEAUSALINS, Honorato Bernard de. **Vademécum de los hacendados cubanos ó guía practica para curar la mayor parte de las enfermedades**. 2. ed. aum. La Habana: Depósito de Libros, 1854.

CHÁVEZ-RIVERA, Armando. Discursos ilustrados y sanitarios en cuba en la primera mitad del siglo XIX: la literatura antiesclavista como hoja clínica de la nación. *Chasqui*, v. 45, n. 1, 2016. Disponible en: <www.jstor.org/stable/24810890>. Acceso en: 27 mar. 2020.

CHEPE, Oscar Espinosa. La ofensiva revolucionaria de 1968, 44 años después. *Cubaencuentro*, 27 mar. 2012. Disponible en: <<https://www.cubaencuentro.com/cuba/articulos/la-ofensiva-revolucionaria-de-1968-44-anos-despues-275328>>. Acceso en: 12 feb. 2021.

CHINALLI, Myriam. A chegada da peste: cem anos da viagem de Freud aos EUA (1909-2009). **Arquivo Maaravi: Revista Digital de Estudos Judaicos da UFMG**, v. 4, n. 7, 2010. Disponible en: <<https://periodicos.ufmg.br/index.php/maaravi/article/view/14064>>. Acceso en: 08 out. 2020.

CHONCHOL, Jacques. Análisis crítico de la reforma agraria cubana. **El trimestre económico**, Ciudad de México, v.30, n.117, ene./mar. 1963. Disponible en: <<https://www.jstor.org/stable/20855608>>. Acceso en: 8 dic. 2020.

CIBERCUBA, **La Zanja Real**. *CiberCuba*, 8 dez. 2015. Disponible en: <<https://www.cibercuba.com/lecturas/la-zanja-real>>. Acceso en: 8 dic. 2020.

CIENFUEGOS, Sigfrido Vazquez. La vacuna en Cuba durante el gobierno de Someruelos. **Temas americanistas**, Sevilla, n. 17. Disponible en: <<https://digital.csic.es/handle/10261/27695>>. Acceso en: 10 mar. 2020.

CLAUDE, Henri. Les aliénés en liberté. **Annales de médecine légale**, París, abril 1933.

COBOS, Lissett González; RODRÍGUEZ, Olga Lidia Núñez; CARDOSO, Angel Luis Gómez. Análisis histórico tendencial del proceso de superación profesional de los especialistas del centro de diagnóstico y orientación (Revisión). **Revista científica Olimpia**, 2020, vol. 17. Disponible en: <https://redib.org/Record/oai_articulo2658070-an%C3%A1lisis-hist%C3%B3rico-tendencial-del-proceso-de-superaci%C3%B3n-profesional-de-los-especialistas-del-centro-de-diagn%C3%B3stico-y-orientaci%C3%B3n-revisi%C3%B3n>. Acceso en: 12 abr. 2021.

COFFIN, Jean-Christophe. La psychiatrie de l'enfant en France, une affaire de l'État? *Revue d'histoire de l'enfance «irrégulière»*. **Le Temps de l'histoire**, Paris, no 18, p. 81-96, 2016. DOI: <https://doi.org/10.4000/rhei.3891>. Disponible en: <<https://journals.openedition.org/rhei/3891>>. Acceso en: 26 out. 2020.

COMAS, José Luis; GONZÁLEZ, Luis Ovidio. **Cuba: medicina y revolución. Radiografía de un mito**. Florida: Foundation for Human Rights in Cuba, 2014.

COMBATE (Periódico), La Habana, v. 3, n. 5, p.3-6, mar. 1959.

CONFERENCIA NACIONAL DE INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS. La Habana: 1963. Disponible en: http://habanaelegante.com/Panoptico/Panoptico_Psiq_Conferencia.html. Acceso en: 20 ene. 2021.

CONRAD, Peter. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

CONSUEGRA, Andrés López et al. **Los cubanos pintados por sí mismos**: Colección de tipos cubanos. La Habana: Imprenta y papelería de Barcina, 1852. v. 1.

CORDÁS, Táki Athanássios; LOUZÃ, Mario Rodrigues. Willy Mayer-Gross (1889-1961). **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, 2003, v. 30, n. 4. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832003000400001>. Acceso en: 23 ago 2022.

CORTEZO, María Victoria López-Cordón (ed.). **La España de Fernando VII**. Espasa-Calpe, 2001.

CORTIÑAS, Manuel. Las posibilidades habituales del Meprobamato. **Revista Cubana de Medicina**, 2019, vol. 5, no 1. Disponible en: <http://www.revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/642> >. Acceso en: 03 mar. 2021.

CUBA. Real Sociedad Económica de Amigos del País (Org.). **Acta de las Juntas Generales**. La Habana: Imprenta del Gobierno, Capitanía General y Real Sociedad Económica por S.M., 1833.

CUBA. Ley nº 723, de enero de 1960. Del Ministerio de Salud Pública. **Leyes del Gobierno Provisional de la Revolución**, La Habana: Editorial Lex, feb. 1960, v.XVI. Disponible en: <https://ufdc.ufl.edu/AA00063775/00016/downloads>. Acceso en: 22 ene. 2021.

CUBADEBATE (La Habana). Investigan en Cuba la muerte de pacientes en Hospital Psiquiátrico de La Habana. *In*: **CUBADEBATE** (La Habana). NOTICIAS SALUD. NOTICIAS NACIONALES. La Habana, 15 ene. 2010. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/noticias/2010/01/15/investigan-en-cuba-la-muerte-de-pacientes-en-hospital-psiquiatico-de-la-habana/#.XoiXAYOg9PZ>>. Acceso en: 04 abr. 2020.

CUENCA, Arnel Medina. **Leyes penales cubanas comentadas**. Comentadas, actualizadas y concordadas, hasta el Decreto-Ley No. 310 de 29 de mayo de 2013, publicado en la Gaceta Oficial Extraordinaria No. 18 de 25 de junio de 2013. La Habana: UNIJURIS, 2013.

CUETO, Marcos. Un capítulo de la influencia francesa en la medicina peruana: Ernesto Odriozola y la Enfermedad de Carrión. **Bulletin de l'Institut français d'études andines**, 2007, no 36 (1). Disponible en: <https://journals.openedition.org/bifea/4561?lang=en>. Acceso en: 12 nov. 2021.

CRÓNICA MÉDICO QUIRÚRGICA DE LA HABANA. Una visita a la Casa de Enajenados. **Crónica Médico Quirúrgica de La Habana**, La Habana, v. XXIV, n. XXIII, p. 221-22, 1898. Disponible en: <<https://hoteltelegrafo.blogspot.com/2011/08/pasando-revista.html>>. Acceso en: 16 jun. 2021.

DA FONSECA, Márcio Alves. Corpo e ilegalismos. **Dois pontos**., Curitiba, v. 14, n. 1, p. 29-35, abr. 2017. Disponible en: <<https://revistas.ufpr.br/doispontos/article/view/56537>>. Acceso en: 20 nov. 2020.

DAQUIN, Joseph. **La Philosophie de la Folie**. París: de l'imprimerie de P. Cleaz, 1804.

DAVIES, Beresford. Depression—A Cambridge Postgraduate Medical Course. Edited by E. Beresford Davies. Cambridge: Cambridge University Press. 1964.

DAVRIEUX, Mylene et al. Agranulocitosis por dipirona: a propósito de un caso clínico. **Arch. Pediatr. Urug.**, Montevideo, v. 78, n. 1, p. 35-40, marzo 2007. Disponible en <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492007000100007&lng=es&nrm=iso>. Acceso en 30 agosto 2022.

DE AJURIAGUERRA. Comparaisons entre les notions de syndrome d'instabilité psychomotrice et de syndrome hyperkinétique. **Enfances Psy**, Paris, no 54, p. 147-157, 2012. DOI: <https://doi.org/10.3917/ep.054.0147>. Disponible en: <<https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2012-1-page-147.htm>>. Acceso en: 17 out. 2020.

DE ANDUEZA, J. M. **Isla de Cuba Pintoresca: Histórica, política, literaria, mercantil e industrial**. Madrid: Boix Editor, 1841.

DE CARACAS, Declaración. **Conferencia sobre Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina**. Caracas, Venezuela, 1990. Disponible en: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/16615?locale-attribute=es>>. Acceso en: 11 abr. 2020.

DE CÉSPEDES, Benjamín. **La prostitución en la Ciudad de La Habana**. La Habana: ESTABLECIMIENTO TIPOGRÁFICO O'REILLY NÚMERO 9, 1888.

DE LA HABANA, Declaración. **Taller Encuentro Reorientación de la Psiquiatría hacia la Atención primaria**. La Habana, Cuba, 1995.

DE LAJONQUIÈRE, Leandro. De Victor de l'Aveyron à Helen Keller: du bon usage de la parole dans l'éducation des enfants. **Cliopsy**, 2014, no 11. Disponible en: <<https://www.revueliopsy.fr/wp-content/uploads/2014/05/055-c11-ok-Leandro.pdf>>. Acceso en: 25 ago. 2021.

DE LA PEZUELA, Jacobo. **Historia de la Isla de Cuba**. Madrid: Librería Extranjera y Nacional, Científica y Literaria, 1878, v. 3.

DE LA TORRE, Carolina. **Benjamín: cuando morir es más sensato que esperar**. Madrid: Verbum, 2018.

DE LLANO, Pablo. **Cuba encierra en un psiquiátrico a un opositor**. In: EL PAÍS (España) (ed.). El País: La represión política en Cuba, 27 jun. 2017. Disponible en: <https://elpais.com/internacional/2017/06/27/america/1498584393_177056.html>. Acceso en: 18 jul. 2022.

DELGADO-GARCÍA, Gregorio. Etapas del desarrollo de la salud pública revolucionaria cubana. **Revista Cubana de Salud Pública**, La Habana, vol. 22, n.1, 1996. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661996000100011>. Acceso en: 02 Feb. 2021.

DELGADO-GARCÍA, Gregorio. Desarrollo histórico de la cátedra patología y clínica de las enfermedades nerviosas y mentales de la universidad de la habana (1906-1961). En los dominios de Esculapio. **Cuadernos de historia de la salud pública**, La Habana, v. 84, p.78-99, 1998. Disponible en: <<https://silo.tips/download/en-los-dominios-de-esculapio>>. Acceso en: 02 Feb. 2021.

DELGADO-GARCÍA, Gregorio. Desarrollo histórico de la salud pública en Cuba. **Revista Cubana de Salud Pública**, La Habana, v.24, n.2, 1998. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661998000200007>. Acceso en: 12 abr. 2021.

DELGADO-GARCÍA, Gregorio. La salud pública en Cuba en el primer cuarto del siglo XIX. **Cuadernos de Historia de Salud Pública**, La Habana, n. 103, ene/jul 2008. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0045-91782008000100003>. Acceso en: 05 nov. 2020.

DELGADO-GARCÍA, Gregorio. Trascendencia de la obra científica del doctor Carlos J. Finlay. **Revista Biomédica**, 2010, vol. 21, no 3, p. 239-246. Disponible en: <<https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2010/bio103k.pdf>>. Acceso en: 02 Feb. 2021.

DEL CASAL, Julián. Bocetos sangrientos. El matadero. In: BUENO, Salvador, et al. (ed.). **Costumbristas cubanos del siglo XIX**. Caracas: Biblioteca Ayacucho, 1985. p. 161-165.

DEL RISCO, Enrique. **Mazorra profunda**. Rialta, 18 mar. 2022. Disponible en: <<https://rialta.org/mazorra-profunda-libro-damaris-betancourt/>>. Acceso en: 24 jul. 2022.

DEL MORAL, Welindo. Delirio agudo: tesis para optar al grado de doctor en Medicina y Cirugía. 1889. **Tesis Doctoral**. Imp. & Lit. Mariano Moreno.

DE MADRID, José Fernández. Sobre el influjo de los climas cálidos y principalmente del de La Habana, en la estación del calor. In: CUBA (La Habana). Sociedad Económica de Amigos del País (org.). **Memorias de la Sociedad Patriótica de La Habana: por una comisión permanente de su seno**. La Habana: Imprenta del Gobierno y capitanía general por S.M., 1840. v. XI.

DEMOOR, Jean. Los niños anormales y su tratamiento educativo en la casa y en la escuela, Francisco Beltrán-Librería española y extranjera, Príncipe, 16, Madrid, 1918.

DENIS, Adrián López. Higiene pública contra higiene privada: cólera, limpieza y poder en La Habana colonial. **Estudios interdisciplinarios de América Latina y el Caribe**, 2003, vol. 14, no 1. Disponible en: <<http://eial.tau.ac.il/index.php/eial/article/view/928/964>>. Acceso en: 31 mar. 2021.

DE OLIVEIRA, Walter Ferreira. Entrevista: Raúl Gil Sánchez. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, 2010, vol. 2, no 4-5. Disponible en: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68493/0>>. Acceso en: 05 may. 2021.

DEUTSCH, Claude. **L'histoire des association en sante mentale au XXème siecle**. In: Advocacy France: Articles de revues/presse. París, 2020. Disponible en: <https://www.advocacy.fr/upload/C.Deutsch_interv_PRISME_Caen_Histoire_des_asociations_en_sante_mentale_au_cours_du_XXeme_siecle.pdf>. Acceso en: 12 out. 2020.

DE VOS, Pol. "No One Left Abandoned": Cuba's National Health System since the 1959 Revolution. **International Journal of Health Services**. Edinburg, v. 35, n.1, feb., 2005. Disponible en: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15759563/>>. Acceso en: 09 oct. 2021.

DIARIO DE CUBA. El régimen cubano reconoce que la exportación de servicios médicos es lo que más dinero le genera. **Diario De Cuba**, [s. l.], 13 out. 2021. Disponible en: <https://diariodecuba.com/cuba/1634127540_34773.html>. Acceso en: 10 set. 2022.

DÍAZ, Jesús. **Las iniciales de la tierra**. Barcelona: Anagrama, 1997.

DÍAZ, Manuel García. El desempleo en Cuba. **The Association for the Study of the Cuban Economy: Annual Proceedings**, v. 13, 2003. Disponible en: <<https://ideas.repec.org/a/qba/annpro/v13y2003id544.html>>. Acceso en: 08 sep. 2022.

DOMÍNGUEZ, Adriam Camacho. De la Iglesia a la plantación: tras la huella de los Betlemitas en La Habana (1704-1842). **Hispania Sacra**, Madrid, n. LXV, ene/jun., 2013. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/275933398_De_la_iglesia_a_la_plantacion_n_tras_la_huella_de_los_betlemitas_en_La_Habana_1704-1842/fulltext/5ac57c58a6fdcc051daf28ad/De-la-iglesia-a-la-plantacion-tras-la-huella-de-los-betlemitas-en-La-Habana-1704-1842.pdf>. Acceso en: 26 feb. 2020.

DONALDSON, Stephen; DYNES, Wayne R. (ed.). **History of Homosexuality in Europe and America**. Garland Pub., 1992.

DUPIERRIS, Marcial. **Memorias sobre la topografía médica de La Habana y sus alrededores: Y sobre el estudio físico y moral de los colonos asiáticos: modo de dirigirlos en sus trabajos: medidas que deben tomarse para conservarlos en buena armonía con sus patronos: enfermedades más frecuentes en los chinos, y medios de obtener su curación con los más sencillos y prontos resultados**. La Habana: Imprenta La Habanera, 1857. 120 p.

ECURED, Contributors. Mariano Ricafort Palacín y Abarca. In: JOVEN CLUB CUBA (La Habana). EcuRed (ed.). **EcuRed: Enciclopedia cubana**, 2017. Disponible en: <https://www.ecured.cu/index.php?title=Especial:Citar&page=Mariano_Ricafort_Palac%C3%ADn_y_Abarca&id=2859521>. Accedido en: 19 nov. 2020.

ECURED, Contributors. Arístides Estéfano Mestre Hevia. In: JOVEN CLUB CUBA (La Habana). EcuRed (ed.). **EcuRed: Enciclopedia cubana**, 2017. Disponible en: <https://www.ecured.cu/Ar%C3%ADstides_Est%C3%A9fano_Mestre_Hevia>. Acceso en: 21 jul. 2021.

ENRIQUE, Martha Elizabeth Laguna. Vestigios de una necrópolis neoclásica: el Cementerio de Espada. **Anales del Museo de América**, n. 18, 2010. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/277262261_Vestigios_de_una_necropolis_neoclasica_el_Cementerio_de_Espada>. Acceso en: 30 ene. 2020.

ENRIQUE, Martha Elizabeth Laguna. El obispo Espada: formación académica y trayectoria profesional. La introducción de las ideas ilustradas en Cuba. In: **Universidades hispánicas: colegios y conventos universitarios en la Edad Moderna (II)**. Ediciones Universidad de Salamanca, 2014.

ESPERON, Antonio. Los niños alienados y los epilépticos en Mazorra. Comunicación. CONFERENCIA NACIONAL DE BENEFICENCIA Y CORRECCIÓN DE LA ISLA DE CUBA, 2., 1903, Santa Clara, Cuba. Memoria oficial de la Segunda Conferencia Nacional de Beneficencia y Corrección de la Isla de Cuba [...]. La Habana: Lib. e Imp. La Moderna Poesía, 1904.

ESPOSITO, Roberto. Bíos. **Biopolítica y filosofía**. 1. ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2006.

ESQUIROL, Jean Étienne Dominique. Mélancolie. In: PANCKOUCKE, Charles-Joseph (coord.). **Dictionnaire des sciences médicales par une société de Médecins et de Chirurgiens**. París: PANCKOUCKE ÉDITEUR, 1819. v. 32.

ESQUIROL, Jean Étienne Dominique. **Des Maladies Mentales**: Considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. París: Chez J. B. Baillière, 1838. v. 1.

FALRET, Jean-Pierre. Sobre la no existencia de la monomanía (1854). **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**, 1996, vol. 16, no 59.

FEGADOLLI, Claudia; VARELA, Niurka Maria Dupotey; CARLINI, Elisaldo Luis de Araújo. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. **Cadernos de Saúde Pública**, 2019, vol. 35. Disponible en: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/m3LBtSVDM9hzcWV9BSkqXcp/?lang=pt>>. Acceso en: 09 oct. 2021.

FERNÁNDEZ, Juan Santos. Contestación al discurso del Dr. Gustavo López sobre Higiene general de la locura. **Anales de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana**, La Habana, t. XXXII, 1896.

FERNANDES, B.; FERREIRA, F. La catatonie expérimentale par la bulbocapnine. **L'Encéphale: journal de psychiatrie**, París, Année XXVIII, no 6, jun., 1933.

FIERRO, Luis Calzadilla. **Historia de la psiquiatría en Cuba: un intento de síntesis**. In: MINSAP (La Habana) (coord.). Archivos: Psiquiatría, 2018. Disponible en: <<http://files.sld.cu/psiquiatria/files/2018/09/S%C3%ADntesis-de-la-historia-de-la-Psiquiatr%C3%ADa-en-Cuba.pdf>>. Acceso en: 04 abr. 2020.

FIGAREDO, Pablo Hernández. Psiquiatría y ética médica. **Rev. Hum. Med.**, Ciudad de Camagüey, v. 7, n. 2, agosto 2007. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202007000200001&lng=es&nrm=iso>. Acceso en: 02 agosto 2022.

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 1975.

FOUCAULT, Michel. **La vida de los hombres infames**. Buenos Aires: Altamira, 1996.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

FOUCAULT, Michel. **La verdad y las formas jurídicas**. Editorial Gedisa, 2001.

FOUCAULT, Michel. **Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión**. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2002.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FOUCAULT, Michel. **O Poder Psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, Michel. La voluntad de saber. **Historia de la sexualidad I**. Buenos Aires: Siglo XXI editores, 2007.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, território e população**. 1. ed. São Paulo: Martin Fontes, 2008.

FOUCAULT, Michel. **Del gobierno de los vivos**. 1. ed. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2014.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2018a.

FOUCAULT, Michel. **A sociedade punitiva**. São Paulo: Martins Fontes, 2018b.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2018c.

FRANCISCO, Berenice R. Terapia Ocupacional. Campinas. Editora Átomo, 1988.

FRANCO, Manuel, et al. La salud en Cuba y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 2007, vol. 21. Disponible en: <<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n4/07.pdf>>. Acceso en: 02 abr. 2021.

FRAGINALS, Manuel Moreno. **El Ingenio: Complejo Económico Social Cubano del Azúcar**. Madrid: Crítica, 2001. ISBN 84-8432-303-X.

FREEDMAN, Alfred M., et al. **Compendio de psiquiatría**, Madrid: Salvat Editores, 1975.

FREUD, Sigmund. **Drei abhandlungen zur sexualtheorie**. Deuticke, 1926.

FREUND, Kurt. **Die Homosexualität beim Mann (Homosexualita u muže, dt.)**. Leipzig: S. Hirzel Verlag Leipzig, 1963.

FUENTES, Lutgardo García. El tráfico de negros hacia América. In: GALLEGO, José Andrés (org.). **Tres grandes cuestiones de la historia de Iberoamérica: ensayos y monografías**. España: Fundación MAPFRE, 2005.

GALDÓS, Benito Pérez. **La desheredada**. Madrid: Librería de Perlado Páez y Cía, 1909. 309 p. E-book.

GALBAN, Liuba Peña et al. Fundamentación Científica de la Psiquiatría Cubana Actual. **Rev Hum Med**, Ciudad de Canagüey, v. 7, n. 2, agosto 2007. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202007000200003&lng=es&nrm=iso>. Acceso en: 04 abr. 2020.

GALTON, Francis. **Hereditary genius**. An inquiry into its laws and consequences. MacMillan and Co., New York: 1892.

GAMWELL, Lynn; TOMES, Nancy. **Madness in America: Cultural and medical perceptions of mental illness before 1914**. Cornell University Press, 1995.

GANEN, Odalis Rodríguez, et al. Caracterización del patrón de prescripción de carbamazepina: provincias seleccionadas de Cuba, año 2005. **Revista Cubana de Farmacia**, 2006, nro. 1, vol. 40. Disponible en: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-446770>>. Acceso en: 04 abr. 2021.

GARCÍA, Antonio Santamaría. El crecimiento económico de Cuba republicana (1902-1959): Una revisión y nuevas estimaciones en perspectiva comparada (población, inmigración golondrina, ingreso no azucarero y producto nacional bruto). **Revista de Indias**, [s. l.], v. LX, n. 219, p. 505-545, 2000. Disponible en: <<http://revistadeindias.revistas.csic.es/index.php/revistadeindias/article/view/517>>. Acceso en: 10 ene. 2020.

GARCÍA, Antonio Santamaría. La revolución cubana y la economía, 1959-2012. Los ciclos de política y el ciclo azucarero. **Anuario de Estudios Americanos**. Sevilla. Vol. 71, nro. 2, 2014. Disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/143510/3/La%20revolucion%20cubana%20y%20la%20economia.pdf>. Acceso en: 17 ago. 2018.

GARCÍA, Pedro Luis Rodríguez. **Historia de la Neurología en Cuba**. Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía, 2013, vol. 3, no 1. Disponible en: <<http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/105>>. Acceso en: 19 mar. 2021.

GARCÍA, Luciano. La psiquiatría comunista argentina y las psicoterapias pavlovianas: propuestas y disputas, 1949-1965. **Trashumante: Revista Americana de Historial Social**, Medellín, v. 5, ene./jun. 2015. Disponible en: <

<https://revistas.udea.edu.co/index.php/trashumante/article/view/21702> >. Acceso en: 19 may. 2020.

GARCÍA GONZÁLEZ, Armando. Eugenesia, alienación mental y criminalidad en Cuba. In: VALLEJO, Gustavo; MIRANDA, Marisa (Orgs.), **Derivas de Darwin: cultura y política en clave biológica**, Buenos Aires: Siglo XXI, 2010.

REYES, Miguel García; DE LLERGO Y CORNEJO, María Guadalupe; ELIZONDO, Humberto Garza. **Cuba después de la era soviética**, México D.F.: El Colegio de México, 1997.

GARCÍA VICENTE, A. M. et al. Utilidad de la imagen de transportadores de dopamina (SPECT cerebral con ioflupano I-123) en la valoración de los trastornos del movimiento. **Revista Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular**, v. 23, no 4, jul. 2004. Disponible en: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0212698204722946>>. Acceso en: 12 ene. 2021.

FERNANDEZ, Nicolás Garofalo. El pedagogo Alexis Frye (1859-1936), una valoración en contexto. **Varona**, La Habana, n. 71, dic. 2020. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1992-82382020000200003&lng=es&nrm=iso>. Acceso en: 29 jul. 2021.

GAVIRA, Carmen. Historia de un proceso de urbanización: Cuba. **Ciudad y territorio: Revista de ciencia urbana**, La Habana, 1976, no 1. Disponible en: <<https://recyt.fecyt.es/index.php/CyTET/article/view/80685>>. Acceso en: 01 mar. 2021.

GAY-SILVESTRE, Dominique. Navegaciones y borrascas: Mónica Krause y la educación sexual en Cuba (1979-1990). **Neue Folge**. nº18, 2013. Disponible en: <https://opus.bibliothek.uni-augsburg.de/opus4/frontdoor/deliver/index/docId/2989/file/Mesa_Redonda_Neue_Folge_18.pdf>. Acceso en: 07 ago. 2022.

GAZDAG, Gábor, et al. The practice of consenting to electroconvulsive therapy in the European Union. **The journal of ECT**, 2012, vol. 28, no 1. Disponible en: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22343577/>>. Acceso en: 07 ago. 2022.

GHORBAL, Karim. Peligros, controles y silencios atlánticos: censura y esclavitud en Cuba. **Dirāsāt Hispānicas**, n. 2, 2015. Disponible en: <<https://core.ac.uk/download/pdf/235719507.pdf>>. Acceso en: 20 nov. 2020.

GHOSSOUB, Elias, et al. A retrospective review of the use of clozapine in restoration of competency to stand trial. **J Am Acad Psychiatry Law**, 2021, vol. 49, no 1. Disponible en: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33246989/>>. Acceso en: 19 abr. 2021.

GOBIERNO Y CAPITANÍA GENERAL. **Reglamento de cárceles**. La Habana: Imprenta del Gobierno y capitanía general por S.M., 1854.

GOBIERNO Y CAPITANÍA GENERAL (La Habana). **Guía de forasteros en la siempre fiel Isla de Cuba**. La Habana: Imprenta del Gobierno y capitanía general por S.M., 1861.

GOLDBERG, Alejandro. Innovaciones territoriales en el sistema de salud cubano. Desde la revolución hasta mediados de la década de 1990. **Scripta Nova: Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales**, Barcelona, v. 41, n. 69, ago. 2000. Disponible en: < <https://revistes.ub.edu/index.php/ScriptaNova/article/view/249>>. Acceso em: 22 jan. 2021.

GOMES, Marleide da Mota; ENGELHARDT, Elias. **Hysteria to conversion disorders: Babinski's contributions**. Archivos de neuropsiquiatria, 2014, vol. 72, p. 318-321.

GÓMEZ, Jesús Álvarez. **Historia de la vida religiosa: Desde la «Devotio moderna» hasta el Concilio Vaticano II**. Madrid: Publicaciones Claretianas, 1990, v. III.

GÓMEZ DANTÉS, Héctor. Dr. Carlos J. Finlay (1833-1915): a 100 años de su muerte. **Salud Pública de México**, 2015, vol. 57, no 5, p. 468-469. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000500018>. Acceso en: 17 jun. 2021.

GONZÁLEZ, Lisandro Otero. Cómo se aplica el electro-shock. Electrocutados que vuelven a la vida. **Bohemia**, La Habana, año 45, no. 35, p. 36-38, 30 ago. 1953.

GONZÁLEZ, Armando García; OROVIO, Consuelo Naranjo. Antropología, “raza” y población en Cuba en el último cuarto del siglo XIX. **Anuario de Estudios Americanos**, Sevilla, v. 55, n. 1, p. 267-289, 1998. Disponible en: <<http://estudiosamericanos.revistas.csic.es/index.php/estudiosamericanos/article/view/375/381>>. Acceso en: 24 oct. 2019.

GONZÁLEZ, Armando García; PELÁEZ, Raquel Álvarez. **En busca de la raza perfecta: eugenesia e higiene en Cuba (1898-1958)**. Editorial CSIC-CSIC Press, 1999.

GONZÁLEZ, Armando García. El desarrollo de la eugenesia en Cuba. **Asclepio**, Vol. LI-2, 1999. Disponible en: <<http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/311>> Acceso en: 05 ago. 2021.

GONZÁLEZ, Armando García. **Cuerpo abierto: Ciencia, enseñanza y coleccionismo andaluces en Cuba en el siglo XIX**. Madrid: CSIC, 2010a..

GONZÁLEZ, Armando García. Eugenesia, Alienación mental y Criminalidad en Cuba. En: VALLEJO, Gustavo Gabriel; MIRANDA, Marisa Adriana. **Derivas de Darwin: cultura y política en clave biológica**. Siglo XXI, 2010b.

GONZÁLEZ, Rafael Alcaide. La introducción y el desarrollo del higienismo en España durante el siglo XIX. Precursores, continuadores y marco legal de un proyecto científico y social. **Scripta Nova: revista electrónica de geografía y ciencias sociales**, 1999. Disponible en: < <http://www.ub.edu/geocrit/sn-50.htm> >. Acceso en: 05 ago. 2021.

GONZÁLEZ, Fernando Padilla. Real Arsenal de La Habana: arbolando un sueño. **Opus Habana**, La Habana, n. 27, 5 jul. 2011. Disponible en: <<http://www.opushabana.cu/index.php/articulos/60-articulos-arqueologia/2939-real-arsenal-de-la-habana-arbolando-un-sueno>>. Acceso en: 03 dic. 2020.

GONZALEZ, Patricia. Visiones desde dentro. La insurrección cubana a través del Diario de la Marina y Bohemia (1956-1958). **História**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 346-379, dec. 2014. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-90742014000200346&lng=en&nrm=iso>. Acceso en 24 ene. 2021.

GONZALEZ DE LA PENA, Nelson Miguel Aguiar; PIÑON, Lourdes Matilde Benítez. Aproximación a la historia de la medicina en Cuba 1899-1925. **Revista habanera de ciencias médicas**, Ciudad de La Habana, v. 10, n. 2, jun. 2011. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2011000200002&lng=es&nrm=iso>. Acceso en: 15 jun. 2021.

GOODGALL, Pedro Pruna. **Ciencia y Científicos en Cuba colonial. La Real Academia de Ciencias de La Habana 1861-1898**. La Habana: Editorial Academia, 2001.

GRANIER DE CASSAGNAC Serge, «Le sauvage, le signe et le signifiant», **Analyse Freudienne Presse**, 2009, nro. 16. Disponible en: <<https://www.cairn.info/revue-analyse-freudienne-presse-2009-1-page-59.htm>>. Acceso en: 23 sep. 2022.

GRUPO BANCO MUNDIAL (Estados Unidos). Desempleo, total (% de la población activa total) (estimación modelada OIT) - Cuba. *In*: GRUPO BANCO MUNDIAL (Estados Unidos). **Datos**, 8 set. 2022. Disponible en: <<https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.UEM.TOTL.ZS?locations=CU>>. Acceso en: 08 sep. 2022.

HARNECKER, Marta. **Cuba, ¿dictadura o democracia?** Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 1976.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. **Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité: Méthode Recommandations pour la pratique clinique**, Paris: Collège de la Haute Autorité de Santé, 2015. Disponible en: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/tdah_argumentaire.pdf>. Acceso en: 21 oct. 2020.

HENRY, G. W. Catatonia in animals. Experimental studies of the effect of bulbocapnine and other drugs. **The American Journal of Psychiatry**, Washington DC, v. 88, no 4, p. 757-793, Jan. 1932. Disponible en: <<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.88.4.757>>. Acceso en: 04 oct. 2020.

HEREDIA, Fernando Martínez. **El corrimiento hacia el rojo**. Ed. Letras Cubanas, 2001.

HEREDIA, Fernando Martínez. **Pensar En Tiempo de Revolución**. Antología Esencial. CLACSO, 2018.

HERNÁNDEZ, Roberto. La Atención Médica en Cuba Hasta 1958. **Journal of Inter-American Studies**, Cambridge, v. 11, n. 4, oct., 1969. Disponible en: < <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-inter-american-studies/article/abs/la-atencion-medica-en-cuba-hasta-1958/CBF87E18448B15805C5392996291E967>>. Acceso en: 16 may. 2020.

HERNÁNDEZ, Eusebio. Homicultura. **Revista Cubana de Salud Pública**, La Habana, v. 35, n. 2, 2009. Disponible en: < http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200006>. Acceso en: 04 oct. 2020.

HERRERA-ESTRELLA, Miguel; LUNA, Karen. Clozapina: una revisión. **Psiquiatría Biológica**, 2016, vol. 23, nro. 3. Disponible en: < <https://www.elsevier.es/es-revista-psiQUIATRIA-biologica-46-resumen-clozapina-una-revision-S1134593416300586>>. Acceso en 11 feb. 2021.

HERRERA Y FRANCHI DE ALFARO, Aníbal. La evolución de la higiene escolar en Cuba. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)**, Nro. 21, vol. 8, ago. 1942. Disponible en: < <https://iris.paho.org/handle/10665.2/13205?locale-attribute=pt>>. Acceso en: 04 mar. 2020.

HEUYER, G. Débilité mentale et débilité intellectuelle. L'année psychologique, Paris, v. 50, 1949. Disponible en: <https://www.persee.fr/docAsPDF/psy_0003-5033_1949_hos_50_1_8483.pdf>. Acceso en: 21 oct. 2020.

HILL, T. R. Juvenile behaviour disorders in epidemic encephalitis: their treatment by bulbo-capnine. **The Lancet**, v. 213, no 5515, 1929a. Disponible en: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)79242-7/fulltext?version=printerFriendly&code=lancet-site](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)79242-7/fulltext?version=printerFriendly&code=lancet-site)>. Acceso en: 08 abr. 2021.

HILL, T. R. Encephalitis and dyspituitarism: the value of Bulbo-capnine. **The Lancet**, v. 214, no 5546, 1929b. Disponible en: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673600492469>>. Acceso en: 08 abr. 2021.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LA HABANA. Informe del Departamento de Estadísticas. **Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana**. La Habana: MINSAP, vol. XXXII, Nro. 1, 1991.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LA HABANA. Informe del Departamento de Estadísticas. **Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana**. La Habana: MINSAP, vol. XXXVI, Nro. 1, 1995.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LA HABANA (La Habana). Reseña Histórica del Hospital Psiquiátrico de la Habana. *In: Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 2020. Disponible en: <<http://www.psiquiatricohph.sld.cu/generales/historia.html>>. Acceso en: 26 feb. 2020.

HOWARD, John. **The state of the prisons in England and Wales**. 1. ed. London: William Eyres, 1778.

HUERTAS, Rafael. Edouard Toulouse y el servicio psiquiátrico de "Puertas abiertas". **Asclepio: Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia**, [s. l.], v. XLI, n. 1, p. 261-279, 1989. Disponible en: <https://digital.csic.es/bitstream/10261/27667/1/SAD_DIG_IH_Garcia-Alejo_Aclepio41%281%29.pdf>. Acceso en: 12 oct. 2020.

HUERTAS, Rafael. Salud pública y salud mental: El nacimiento de la política de sector en psiquiatría. **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**, 1991, vol. 11, no 37. Disponible en: <<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15194/0>>. Acceso en: 26 feb. 2020.

HUERTAS, Rafael. Sobre los orígenes de la Psiquiatría cubana: la obra de Gustavo López (1860-1912). **Asclepio**, 1991, vol. 43, no 2. Disponible en: <<https://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/949>>. Acceso en: 13 may. 2022.

HUERTAS, Rafael. El papel de la higiene mental en los primeros intentos de transformación de la asistencia psiquiátrica en España. **Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam**, Granada, n. 15, 1995. Disponible en: <<https://raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/108734>>. Acceso en: 19 dic. 2021.

HUERTAS, Rafael. Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española del siglo XIX. **Cuadernos de psiquiatría comunitaria**, v. 2, n. 2, p. 92-106, 2002. Disponible en: <<https://digital.csic.es/handle/10261/14475>>. Acceso en: 15 abr. 2020.

HUERTAS, Rafael. De la filosofía de la locura a la higiene del alma. Joseph Daquin (1732-1815). **Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia**, 2015, vol. 67, no 2. Disponible en: <<https://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/660>>. Acceso en: 15 abr. 2020.

HUNTER, John M.; SHANNON, Gary W.; SAMBROOK, Stephanie L. Rings of madness: service areas of 19th century asylums in North America. **Social Science & Medicine**, 1986, vol. 23, no 10. Disponible en: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0277953686902625>>. Acceso en: 09 oct. 2021.

HYNSON, Rachel M. **The Colonial State and the Construction of Social Deviance in Cuba, 1828-1865**. Orientador: Louis A. Pérez, Jr. 2009. 60 p. Tese (Máster of Arts in the Department of History) - University of North Carolina, 2009. Disponible en: <<https://cdr.lib.unc.edu/downloads/jh343t52p>>. Acceso en: 08 oct. 2019.

IBORRA, Julián Espinosa. Ideología de la Ilustración en España y tratamiento moral. **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**, 1987, vol. 7, no 20. Disponible en: <<https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14922>>. Acceso en: 10 mar. 2021.

IGLESIAS, Juana Marta León. Evolución de las ideas filosófico-penales en Cuba: El Código de Defensa Social y otras normativas penales (1938-1958). **Rev. hist. derecho**, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, nro. 45, jun. 2013. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-17842013000100004&lng=es&nrm=iso>. Acceso en: 15 nov. 2021.

INTER PRESS SERVICE EN CUBA (Cuba). **¿Personas sin hogar, mendigos o deambulantes en Cuba?** Inter Press Service en Cuba, 19 feb. 2020. Disponible en: <<https://www.ipscuba.net/sin-categoria/personas-sin-hogar-mendigos-o-deambulantes-en-cuba/>>. Acceso en: 02 nov. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER (ed.). Neutrófilo. *In*: NCI (Estados Unidos) (org.). **Diccionarios del NCI**, 31 ago. 2022. Disponible en: <<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/neutrofilo>>. Acceso en: 31 ago. 2022.

ISAEV, D.W.: **Bases teóricas de los problemas centrales de la psiquiatría infantil**. La Habana: Hospital Psiquiátrico de La Habana, 1966.

ITALIA (La Habana). AICS. Perfil y objetivos. *In*: ITALIA (La Habana). Agencia Italiana de Cooperación para el Desarrollo. **Agencia Italiana de Cooperación para el Desarrollo La Habana**, 14 ago. 2022. Disponible en: <<https://lavana.aics.gov.it/home/sede/objetivos/>>. Acceso en: 14 ago. 2022.

ITARD, Jean-Marie Gaspard. **Rapports et memoires sur le sauvage de l'Aveyron. L'idiotie et la surdi-mutité par Itard, avec une appreciation de ces rapports, etc.**, Paris, Alean, 1894.

JACCOUD, Sigismond (ed.). Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Baillière, 1872.

JANET. Entrevista. [oct. 2021]. Entrevistador: Javier Marzal. Florianópolis, 2021. 1 archivo.mp3 (62 min.).

JIMÉNEZ ENOA, Abraham. **La odisea para comprar medicamentos en las farmacias estatales de Cuba**. BBC Mundo, 29 jan. 2018. Disponible en: <<https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-42462999>>. Acceso en: 02 nov. 2021.

JUNTA DE GOBIERNO DE LA CASA GENERAL DE DEMENTES DE LA ISLA DE CUBA. **Proyecto de Ordenanzas de la Casa General de Dementes de la Isla de Cuba**. La Habana, Librería y Papelería de José Valdepares, 1862.

KANE, John, et al. Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic: a double-blind comparison with chlorpromazine. **Archives of general psychiatry**, 1988, vol. 45, no 9. Disponible en: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3046553/> >. Acceso en: 04 jun. 2020.

KAPLAN, Robert M. **The Man Who First Used ECT: Ugo Cerletti**. 18 de mayo de 2021. Psychiatric Times. Disponible en: <<https://www.psychiatrictimes.com/view/ugo-cerletti>>. Acceso en: 12 jul. 2021.

KERGOMARD, P. **L'éducation maternelle dans l'école**. París: Librairie Hachette et Cie, 1886.

KHRUSCHEV, Nikita. **Discurso secreto de Nikita Khrushchev**. Pronunciado en el XX Congreso del Partido Comunista Soviético. Febrero 24 y 25 de 1956. París: Labor Research Institute, 1956.

KIIVET, Raul Allan, et al. Patterns of drug treatment of schizophrenic patients in Estonia, Spain and Sweden. **British journal of clinical pharmacology**, 1995, vol. 40, no 5. Disponible en: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8703651/> >. Acceso en: 09 oct. 2021.

KLEINMAN, Keith, et al. **The Harriet Lane Handbook E-Book**. Elsevier Health Sciences, 2020.

KNAPP, Elisa. **Psicología de la Salud**. La Habana: Félix Varela, 2005.

KORYAGIN, Anatoly. Pacientes involuntarios en hospitales psiquiátricos soviéticos. **La revista**. Comisión internacional de juristas. Nro. 26, 1981. Disponible en: <<https://www.icj.org/wp-content/uploads/2013/07/ICJ-Review-26-1981-spa.pdf>>. Acceso en: 12 feb. 2021.

KRAFFT-EBING, Richard. **Psychopathia sexualis: The classic study of deviant sex**. Skyhorse Publishing Inc., 2011.

KUKOVECZ, György. Iglesia y religión en la historia de Cuba. **Acta Historica (Szeged)**, 1998, vol. 105. Disponible en: < <https://www.proquest.com/docview/2381619591> >. Acceso en: 06 mar. 2022.

LA CALLE, Luis. Medicina Legal. **Anales de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana**, La Habana, nro. LI, t. V, 1868.

LA REVOLUCIÓN DE MAZORRA. Dirección: Jesús Muñoz. La Habana: Sitting Bull Productions, 1999 (45 min). Disponible en: <<https://www.youtube.com/watch?v=vv5U1cMd4bM&t=2032s>>. Acceso en: 08 mar. 2022.

LABRADOR, José Ramón Repullo. La gestión de la sanidad. *In*: **ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA CONGRESO**; DESVIAT, Manuel; PÉREZ, Ana Moreno (Org.). Acciones de salud mental en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012.b

LAMBE, Jennifer L. El niño problema como objeto institucional: la psiquiatría infantil en Cuba, 1926-1945. **Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia**, v. 69, n. 2, julio/dic 2017a. Disponible en: <<http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/751>>. Acceso en: 03 oct. 2020.

LAMBE, Jennifer. Revolutionizing Cuban Psychiatry: The Freud Wars, 1955–1970. *Bulletin of the History of Medicine*, 2017b, vol. 91, no 1. Disponible en: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28366897/> >. Acceso en: 09 mar. 2020.

LAMBE, Jennifer L. **Madhouse: Psychiatry and politics in Cuban history**. UNC Press Books, 2018.

LANDER, Edgardo. Ciencias sociales: saberes coloniales y eurocentricos. *In*: LANDER, Edgardo et al, (ed.). **La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales: Perspectivas latinoamericanas**. Buenos Aires: CLACSO, 2000.

LARRARTE, José Pedro Martínez; PINEDA, Yusimí Reyes. El protomedicato: Los inicios de la docencia médica superior en cuba. **Educ. Med. Super., Ciudad de la Habana**, v. 14, n. 1, p. 83-85, abr. 2000. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412000000100011&lng=es&nrm=iso>. Acceso en: 13 sept. 2022.

LEFEBVRE, Pierre. **Traité des maladies mentales d'Esquirol: Cent-cinquante ans après**. Paris: Société française d'histoire de la médecine, 1988.

LE GUILLANT, L. La relation de l'enfant et du milieu dans l'œuvre de Wallon. *In*: MOUVEMENT NATIONAL D'ÉDUCATION NOUVELLE. **Textes de Références**. Paris, 15 mai 2006. Disponible en: <<http://www.cemea.asso.fr/spip.php?article1105>>. Acceso en: 24 out. 2020.

LEINER, J. H.; KAUFMAN, M. R. Bulbocapnine in diseases manifesting dyskinesia: clinical and therapeutic observations in nineteen cases divided into groups. **Archives of Neurology & Psychiatry**, v. 20, no 6, 1928. Disponible en: <<https://jamanetwork.com/journals/archneurpsyc/article-abstract/644129>>. Acceso en: 15 sep. 2020.

LEMERE, Frederick. Aversion treatment of alcoholism: some reminiscences. **British journal of addiction**, 1987, vol. 82, no 3. Disponible en: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1360-0443.1987.tb01479.x>>. Acceso en: 28 sep. 2021.

LEURET, François. **Des indications a suivre dans le Traitement Moral de la Folie**. Paris: Librairie Ve Le Normant, 1846.

LEWONTIN, Richard. C.; ROSE, Steven.; KAMIN, Leon. J. **No está en los genes. Racismo, genética e ideología**. Barcelona: Booket, 2013.

LIGUE FRANÇAISE POUR LA SANTÉ MENTALE (França). Historique. *In*: **Ligue Française pour la Santé Mentale**. [S. l.], 2020. Disponible en: <<https://www.lfsm.org/presentation/historique/>>. Acceso en: 12 oct. 2020.

LINARES TOVAR, Flavia; LÓPEZ PALMERO, Claudia; ABREUS PONVERT, Yainara. Desarrollo histórico de la Enseñanza Médica Superior en Cuba de 1959 a 1989. **Medisur**, Cienfuegos, v. 13, n. 1, p. 75-83, feb. 2015. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000100009&lng=es&nrm=iso>. Acceso en: 14 ene. 2021.

LOMBROSO, César. **L'Homme Criminel. Atlas**. Turin: Bocca Frères Éditeurs, 1888.

LONDOÑO-RAMOS, C. A. La escuela la vida y por la vida. El impacto de Ovidio Decroly en la pedagogía y la universidad colombiana. **Historia de la educación colombiana**, 2001, vol. 3, no 4. Disponible en: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5920355>>. Acceso en: 12 oct. 2021.

LÓPEZ, Begoña Polonio; MOLINA, Pilar Durante; ARNAIZ, Blanca Noya. **Conceptos fundamentales de terapia ocupacional**. Ed. Médica Panamericana, 2001.

LÓPEZ, Elida Izquierdo. Breve historia de la Enfermería en Cuba. **Revista Habanera de Ciencias Médicas**, 2003, vol. 2, no 5. Disponible en: <<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/625/498>>. Acceso en: 29 jul. 2020.

LÓPEZ, Dolores Guerra. **Legado social de los españoles en Cuba**. Vigo: Grupo de comunicación Galicia en el Mundo, 2008.

LÓPEZ, Gustavo. Higiene general de la locura. **Anales de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana**, La Habana, t. XXXII, 1896.

LÓPEZ, Gustavo. **Los locos en Cuba:(Apuntes históricos)**. Imprenta "La Prueba", 1899.

LÓPEZ, Gustavo. Trastornos psíquicos histéricos. Dos notas clínicas recientes. **Anales de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana**, La Habana, t. XXXIX, 1907.

LÓPEZ, José A. Universidad Virtual de Salud de Cuba: septiembre 18 de 1828, **Inauguración del primer hospital cubano para enfermos mentales**. In: MINSAP (Cuba). INFOMED. Septiembre 18 de 1828, Inauguración del primer hospital cubano para enfermos mentales. La Habana: Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, 20 jul. 2011. Disponible en: <<http://uvscuba.sld.cu/septiembre-18-de-1828-inauguracion-del-primer-hospital-cubano-para-enfermos-mentales>>. Acceso en: 05 nov. 2019.

LÓPEZ CAMARAZA, Sabrina; BOZA IBARRA, Glenda Caridad. **Pacientes psiquiátricos sin medicamentos en Cuba durante la pandemia**. Periodismo de barrio, [S. l.], 23 set. 2021. Disponible en: <<https://www.periodismodebarrio.org/2021/09/pacientes-psiquiatricos-sin-medicamentos-en-cuba-durante-la-pandemia/>>. Acceso en: 02 nov. 2021.

LORDA, David Simón, et al. Electroterapia, medicina y psiquiatría en Galicia (España) a finales del siglo XIX y primeros años del XX. **SISO SAÚDE: Boletín de la Asociación Galega de Saúde Mental**, 2016, no 58. Disponible en: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6123513>>. Acceso en: 16 mar. 2021.

LOZADA, Teresita Expósito. Algunos aspectos sociales de las neurosis. Ingresos en la Unidad de Intervención en Crisis, durante el trimestre enero-marzo de 1983. **Temas de Trabajo Social**. Hospital Psiquiátrico de La Habana, vol. VI, Nro. 1, ene-abr, 1984.

LUHRMANN, Tanya M.; NUSBAUM, Howard; THISTED, Ronald. The absorption hypothesis: Learning to hear God in evangelical Christianity. **American**

Anthropologist, 2010, vol. 112, no 1. Disponible en: < <https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1548-1433.2009.01197.x> >. Acceso en: 10 ene. 2020.

LURIA, Alexander. **El cerebro en acción**. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1974.

LURIA, Alexander. **Las funciones corticales superiores del hombre**. La Habana: Editorial Orbe, 1977.

MACAVILCA-CRUZ, Marco; STUCCHI-PORTOCARRERO, Santiago. Aspectos históricos de la clinoterapia. **Revista de Neuro-Psiquiatría**, 2020, vol. 83, no 3. Disponible en: < http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000300192 >. Acceso en: 09 oct. 2021.

MACHADO, Roberto. Por uma genealogia do poder. *In*: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

MACHADO Y ORTEGA, Luis. **La Enmienda Platt**. La Habana: Imprenta El Siglo XX, 1922.

MACHOVER, Jacobo. **El terror “humanista”. Tribunales revolucionarios y paredón en Cuba (1959)**. Madrid: Editorial hispano-cubana, 2010.

MACHOVER, Karen. **Personality projection in the drawing of the human figure: A method of personality investigation**. Illinois: Charles C. Thomas Publisher, 1961.

MADERO, Abel Sierra. **Del otro lado del espejo: La sexualidad en la construcción de la nación cubana**. La Habana: Fondo Editorial Casa de las Américas, 2006.

MADERO, Abel Sierra. **El cuerpo nunca olvida. Trabajo forzado, hombre nuevo y memoria en Cuba (1959-1980)**. Santiago de Querétaro: Rialta Ediciones, 2022.

MADOZ, Pascual. **Diccionario geográfico-estadístico-histórico de España y sus posesiones de ultramar**. Madrid: Imprenta Calle de Jesús y María nro. 28, 1849. v. XIII.

MADRID (España). Suero neurasténico Fraise: Tratamiento de las discrasias nerviosas. *España Médica*, n. 378, 20 ago. 1921. Disponible en: <<https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/results?oid=0005136854&id=f9d478c1-6fb5-4e83-a3d9-e807d148c22e>>. Acceso en: 15 set. 2022.

MAHLER, Anne Garland. Todos los negros y todos los blancos y todos tomamos café: Race and the Cuban Revolution in Nicolás Guillén Landrián's *Coffea arábica*. **Small Axe: A Caribbean Journal of Criticism**, 2015, vol. 19, no 1. Disponible en: < https://www.academia.edu/11514868/_Todos_los_negros_y_todos_los_blanco_y_todos_tomamos_caf%C3%A9_Race_and_the_Cuban_Revolution_in_Nicol%C3%A1s_Guill%C3%A9n_Landri%C3%A1ns_Coffea_ar%C3%A1biga_Small_Axe_2015_46_55_75 >. Acceso en: 26 mar. 2021.

MAKARENKO, A. **La colectividad y la educación de la personalidad**. Moscú: Progreso, 1977.

MALBERTY, José A. **El hipnotismo y sus aplicaciones en la terapéutica de las afecciones mentales**. Primer Congreso Médico Regional de la Isla de Cuba [...]. La Habana: Imprenta de A. Alvarez y Compañía, 1890.

MALBERTY, José A. **Informe presentado al Dr. Méndez Capote, secretario de Gobernación, el 29 de mayo de 1899**, 1899. Disponible en: <<https://hoteltelegrafo.blogspot.com/2011/08/pasando-revista.html>>. Acceso en: 16 jun. 2021.

MARCOS, Carlos-Eloy Ferreirós. **Salud mental y derechos humanos: la cuestión del tratamiento ambulatorio involuntario**. Madrid: CERMI, 2007.

MARQUES DE ARMAS, Pedro. **Ciencia y poder en Cuba. Racismo, homofobia, nación (1790-1970)**. Editorial Verbum, 2014.

MARQUES DE ARMAS, Pedro. Tomás Pintado (o un amago de alienismo en Cuba). **HOTEL TELÉGRAFO: Historia, sociedad, poesía. Notas y documentos**, 10 ene. 2016. Disponible en: <<https://hoteltelegrafo.blogspot.com/2016/01/tomas-pintado-o-un-amago-de-alienismo.html>>. Acceso en: 08 ene. 2021.

MARQUES DE ARMAS, Pedro. La Casa de Dementes vista por Cirilo Villaverde. In: DE ARMAS, Pedro Marques. **HOTEL TELÉGRAFO: Historia, sociedad, poesía. Notas y documentos**, 14 ene. 2016. Disponible en: <<https://hoteltelegrafo.blogspot.com/2016/01/la-casa-de-dementes-vista-por-cirilo.html>>. Acceso en: 26 mar. 2020.

MARQUES DE ARMAS, Pedro. Educación sexual y psicoanálisis. El caso cubano de Juan Portell Vilá. In: DE ARMAS, Pedro Marques. **HOTEL TELÉGRAFO: Historia, sociedad, poesía. Notas y documentos**, 19 mar. 2019. Disponible en: <<https://hoteltelegrafo.blogspot.com/2019/03/educacion-sexual-y-psicoanalisis-el.html>>. Acceso en: 26 mar. 2020.

MARTÍN, Diego González. **Experimentos e ideología**. Bases de una teoría psicológica. Mérida: Universidad de los Andes, 1960.

MARTÍN, Diego González. **Reflejos Condicionados y Actividad Eléctrica Cerebral**. La Habana: Universidad de La Habana, 1963.

MARTÍNEZ, José Agustín. **Código de Defensa Social vigente en la República de Cuba**. La Habana: Jesus Montero Editor, 1939.

MARTÍNEZ, Idilio González, et al. Estudio de utilización de antipsicóticos en la esquizofrenia en hospitales de España, Estonia, Hungría y Cuba. **Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana**, 2004, vol. 1.

MARTÍNEZ MONTIEL, Luz María. **El exilio de los dioses. Religiones afrohispanas. Tres grandes cuestiones de la historia de Iberoamérica: ensayos y monografías**. Fundación MAPFRE: Tavera, 2005.

MARTÍNEZ-ANTONIO, Francisco Javier. Lost in colonialism: la sanidad española en Cuba antes y después de la Guerra de los Diez Años. **Scripta Nova: Revista electrónica de geografía y ciencias sociales**, Barcelona, v. XVI, n. 418 (20), 1 nov.

2012. Disponible en: <<http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-418/sn-418-20.htm>>. Acceso en: 09 mar. 2020.

MARTÍNEZ, Yolanda Díaz. Delincuencia, represión y castigo en La Habana bajo el gobierno de Miguel Tacón. **Cuadernos de Historia**, Santiago de Chile, n. 40, p. 7 - 29, junho 2014a. Disponible en: <<https://scielo.conicyt.cl/pdf/cuadhist/n40/art01.pdf>>. Acceso en: 02 mar. 2020.

MARTÍNEZ, Alina. Che, el trabajo y los trabajadores. **Trabajadores**, La Habana, p. 1-2, 08 oct. 2014b. Disponible en: <<https://www.trabajadores.cu/20141008/che-el-trabajo-y-los-trabajadores/>> Acceso en: 03 ago. 2022.

MARTINHAGO, Fernanda; CAPONI, Sandra. Breve história das classificações em psiquiatria. **INTERthesis: Revista Internacional Interdisciplinar**, Florianópolis, vol. 16, nro. 1, 2019. Disponible en: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2019v16n1p73>>. Acceso en: 12 feb. 2021.

MARZAL, Javier Ladrón de Guevara; CAPONI, Sandra. Pávlov en el Caribe o la nueva psiquiatría revolucionaria cubana (1959-1969). **INTERthesis. Revista Internacional Interdisciplinar**, Florianópolis, vol. 16, n. 3, 2019. Disponible en: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2019v16n3p1/40880>>. Acceso en: 14 jan. 2021.

MARZAL, Javier Ladrón de Guevara; MARTINHAGO, Fernanda; CAPONI, Sandra. “A sociedade socialista não pode permitir esse tipo de degenerações”. As UMAP como dispositivos disciplinares da revolução cubana. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, Rio de Janeiro, 2022. Disponible en: <<https://www.scielo.br/j/sess/a/yyPTt8JbfRwsg5btZX3h3LC/abstract/?lang=pt>>. Acceso en: 12 oct. 2022.

MARZAL, Javier Ernesto Ladrón de Guevara; MARTINHAGO, Fernanda; CAPONI, Sandra. Pobreza y criminalización de la infancia en Cuba (1857-1936): reformatorios para menores delincuentes y estrategias biopolíticas. **Brazilian Journal of Latin American Studies**, 2021b, vol. 20, no 39. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/353526577_Pobreza_y_criminalizacion_de_la_infancia_en_Cuba_1857-1936>. Acceso en: 09 mar. 2020.

MATAMOROS, Mylai Burgos. El derecho en Cuba socialista. Reflexiones desde perspectivas crítico-dialécticas. In: Beatriz Bernal Gómez. (Org.). **Cuba hoy: ¿perspectivas de cambios?** México-DF: Instituto de Investigaciones Jurídicas (IIJ)-UNAM, 2001. Disponible en: <<http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/6/2960/5.pdf>>. Acceso en: 07 mar. 2021.

MAZZOTTI, G.; STUCCHI, SANIYAGO. Efectos colaterales e interacciones de la clozapina. **Revista de Neuro-Psiquiatría**, 1995, vol. 58, no 1. Disponible en: <<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/1342?articlesBySameAuthorPage=2>>. Acceso en: 10 feb. 2021.

MEDVEDEV, Zhores; MEDVEDEV, Roy. **Uma questão de loucura. O depoimento-libelo de um famoso cientista russo sobre o sistema comunista de perseguição e terror político.** Rio de Janeiro: Artenova S.A., 1972.

MÉNDEZ CAPOTE Domingo & Manuel DESPAIGNE. **Informe del secretario de Estado y Gobernación y del Vicesecretario dirigido al General Brooke**, 1899. Disponible en: <<https://hoteltelegrafo.blogspot.com/2011/08/pasando-revista.html>>. Acceso en: 16 jun. 2021.

MENÉNDEZ, Lázara. La santería que yo conozco. **Société Suisse des Americanistes Bulletin**, 1995, nro. 59-60. Disponible en: < http://www.sag-ssa.ch/bssa/pdf/bssa59-60_11.pdf >. Acceso en: 04 jun. 2021.

MENÉNDEZ, Ricardo González & FERRER, Juan Sandoval. **Manual de Psiquiatría.** La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2019.

MESA-LAGO, Carmelo. Balance económico-social de 50 años de Revolución en Cuba. **América Latina Hoy**, 2009, vol. 52. Disponible en: < <https://revistas.usal.es/index.php/1130-2887/article/view/5675> >. Acceso en: 03 ene. 2021.

MESA-LAGO, Carmelo. **Cuba en la era de Raúl Castro: reformas económico-sociales y sus efectos.** Madrid: Colibrí, 2012.

MESTRE, Arístides. Sobre la creación de un departamento para la educación médica de los niños defectuosos en sus facultades intelectuales y morales. **Revista Cuba y América**, Nro. 6, New York, 1902. Disponible en: <https://digital.iai.spk-berlin.de/viewer/!toc/829305491/45/LOG_0014/>. Acceso en: 05 ago. 2021

MESTRE, Arístides. Crimen y Locura. **Memoria oficial de la Segunda Conferencia Nacional de Beneficencia y Corrección de la Isla de Cuba 1903.** 1. ed. La Habana: Imprenta La Moderna Poesía, 1904.

MESTRE, Arístides. Las inteligencias anómalas y el problema de su educación. **Revista de la Facultad de Letras y Ciencias**, vol. 3, La Habana, 1906.

MESTRE, Arístides. Dr. José A. Malberty. Bosquejo biográfico por el Dr. Arístides Mestre. **Revista Médica Cubana.** Publicación mensual. Tomo XI, jul-dic, 1907.

METZL, Jonathan. **Prozac on the Couch. Prescribing gender in the era of wonder drugs.** London: Duke University Press, 2003.

METZL, Jonathan. **The protest psychosis: how schizophrenia became a black disease.** Boston: Beacon Press books, 2009.

MEYER, Adolf. The mental hygiene movement. **Canadian Medical Association Journal**, v. 8, no 7, 1918. Disponible en: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1585211/> >. Acceso en: 06 ene. 2021.

MILITARY GOVERNOR OF CUBA ON CIVIL AFFAIRS. **Annual Reports of the War Department for the Fiscal Year ended June 30**, part. 11, Government Printing Office, Washington, D.C., 1900.

MINJUS. Ley Nro. 41, de 13 de julio de 1983. Salud Pública. **Ley Nro. 41 de Salud Pública**, La Habana, 13 jul. 1983. Disponible en: <https://files.sld.cu/prevemi/files/2013/03/ley_41_salud_publica_1983.pdf> Acceso en: 10 oct. 2021.

MINJUS. Ley nº 62, Código Penal. Gaceta oficial de la República de Cuba. Ministerio de Justicia, La Habana: 1989. Disponible en: <<https://www.gacetaoficial.gob.cu/es/ley-no-62-codigo-penal>>. Acceso en: 26 ene. 2021.

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y PLANIFICACIÓN (Cuba). Oficina Nacional de Estadísticas e Información (coord.). Series estadísticas, 2022. Disponible en: <<http://www.onei.gob.cu/>>. Acceso en: 26 oct. 2022.

MINJUS. Constitución de la República. Gaceta oficial de la República de Cuba. Ministerio de Justicia, La Habana: 2022. Disponible en: <<https://www.gacetaoficial.gob.cu/es/constitucion-de-la-republica-de-cuba-proclamada-el-10-de-abril-de-2019>>. Acceso en: 26 ene. 2021.

MINOLETTI, Alberto; CALDERÓN, Ana María. Estrategia de reorientación de servicios en las reformas de salud mental en la Región de las Américas. In: Jorge, et al. **La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas**, Washington, D.C: OPS, 2007.

MINSAP. **Memory of the Psychiatric Hospital of Havana**. Ministerio de Salud Pública. La Habana: Instituto Cubano del Libro, 1971. Disponible en: <<http://www.walterlippmann.com/docs644.html>>. Acceso en: 02 mar. 2020.

MONCRIEFF, Joanna. An investigation into the precedents of modern drug treatment in psychiatry. **History of psychiatry**, 1999, vol. 10, no 40. Disponible en <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11624330/>>. Acceso en: 29 abr. 2021.

MONTANER, Carlos Alberto. **Viaje al corazón de Cuba**. Barcelona: Plaza & Janés, 1999.

MORÁN, Francisco. **Julián del Casal o los pliegues del deseo**. Madrid: Verbum, 2008.

MOREJÓN, Yayo. La salud una cuestión social. Entrevista a Boris Petrovski, ministro de Salud Pública de la URSS. **Bohemia**, La Habana: 1980.

MORENO, R. Borrego. La nación desvalida. Pobreza y beneficencia pública en Cuba (1899-1930). **Temas**, La Habana, n. 84, p. 54-62, octubre-diciembre 2015. Disponible en: <<https://temas.cult.cu/articulos-academicos/la-nacion-desvalida-poblacion-pobreza-y-beneficencia-publica-en-cuba-1899-1930/>>. Acceso en: 5 may. 2020.

MORENO, Reinier Borrego. Mataperros entre esclavos y libres “de color”. **Revista de Historia de las Prisiones**, nro. 4, ene/jul 2017. Disponible en: <[www.revistadepresiones.com › uploads › 2017/05 › 3.mataperros.pdf](http://www.revistadepresiones.com/uploads/2017/05/3.mataperros.pdf)>. Acceso e: 15 jan. 2020.

MOREL, Bénédicte-Augustin. **Traité des maladies mentales**. V. Masson, 1860.

MUÑOZ, José Joaquín. Casa de locos de la Isla de Cuba: Reflexiones críticas acerca de su historia y situación actual. 1. ed. París: Imprenta E. de Soye, 1866a.

MUÑOZ, José Joaquín. De la locura sensorial. Anales de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana, La Habana, nro. XXIV, t. III, p. 327-336, 1866b.

MUÑOZ, José Joaquín. Dos palabras acerca del grado de frecuencia de la demencia paralítica en la Isla de Cuba. Anales de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana, La Habana, nro. XXIV, t. III, p. 327-336, 1866c.

NIEBLA, Eduarda Ancheta; NIEBLA, Hermilda Ancheta. Escuela de Enfermeras del Hospital Psiquiátrico de La Habana, Cuba. In: **Enfermería Avanza**, 29 jul. 2013. Disponible en: <<http://enfeps.blogspot.com/2013/07/escuela-de-enfermeras-del-hospital.html>>. Acceso en: 28 jun. 2021.

NIETZSCHE, Friedrich Wilhelm. **A Genealogia da Moral**. 1. ed. São Paulo: Escala, 2013.

NOA, Pedro Triana. Diego González Martín y las raíces de la psicología marxista leninista en cuba. **Revista Cubana de Psicología**, La Habana, v. 9, n. 3, 1992. Disponible en: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v9n3/11.pdf>>. Acceso en: 14 mar. 2021.

NODAL, Carlos Acosta et. al. **Propedéutica y Clínica Psiquiátricas**. La Habana: Editorial revolucionaria, 1991.

NOVELLA, Enric J. Viajes y redes profesionales en los orígenes del alienismo español. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, oct/dic 2016. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/CPYn4jRd8yDnyXhRZRBknKq/abstract/?lang=es>. Acceso en: 09 ago. 2021.

NÚÑEZ, Yoel Cordoví. Cuerpo, pedagogía y disciplina escolar en Cuba: dispositivos de control desde los discursos higienistas (1899 - 1958). **TZINTZUN Revista de Estudios Históricos**, Michoacán, n. 56, 2012. Disponible en: <<http://www.scielo.org.mx/pdf/tzintzun/n56/n56a3.pdf>>. Acceso en: 03 oct. 2021.

NÚÑEZ, Yoel Cordoví. Los manuales de higiene escolar para maestros en Cuba, 1902-1963. **Historia y Memoria de la Educación**, nro. 8, 2018. Disponible en: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6495026>>. Acceso en: 03 oct. 2021.

NUÑEZ DE VILLAVICENCIO, Emiliano. De la locura hereditaria. Anales de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana, La Habana, Tomo XII. 1876.

NUÑEZ DE VILLAVICENCIO, Emiliano. Medicina Legal. Estado mental. Contestación. **Anales de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana, La Habana**, Tomo XVII, 1881.

OCHOA, Ramón. El delito, la criminología y el derecho penal en Cuba después de 1959. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, nro. 2, 2000. Disponible en: <http://criminnet.ugr.es/recpc/recpc_02-02.html>. Acceso en: 13 jul. 2018.

OCHOA, Francisco Rojas. La atención primaria de salud en Cuba, 1959-1984. *Revista Cubana de Salud Pública*, La Habana, v. 31, n. 2, abr./-jun. 2005. Disponible en: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=214201370094>>. Acceso en: 14 jan. 2021.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo (ed.). Apresentação. In: PINEL, Philippe. **Tratado Médico-Filosófico sobre a alienação mental ou a mania**. Rio Grande do Sul: UFRGS, 2007.

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (América). **La sanidad en Cuba**. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, año 8, n. 3, 1 mar. 1929. Disponible en: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/13568?locale-attribute=es>>. Acceso en: 03 oct. 2021.

OGAYAR, Jesús Barrio. **La organización del protomedicato en España**. 1977. Tesis de doctorado (Doctor em medicina) - Universidad de Granada, España, 1977.

OMS (Cuba). Informe. Informe sobre el Sistema de Salud Mental en la República de Cuba.: Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en Cuba a partir del Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS, [S. l.], 2011. Disponible en: <https://www.ecoi.net/en/file/local/1037755/1930_1354789887_who-aims-report-cuba-es.pdf>. Acceso en: 24 jul. 2022.

OMS (América). Organización Panamericana de la Salud (ed.). **Un panel que permitió aproximarse al tema del suicidio en Cuba y su prevención**. In: OMS (América). Organización Panamericana de la Salud (Org.). News, 14 set. 2021. Disponible en: <<https://www.paho.org/es/noticias/14-9-2021-panel-que-permitio-aproximarse-al-tema-suicidio-cuba-su-prevencion>>. Acceso en: 02 nov. 2021.

ONBC. **Código Penal cubano**. 1. ed. La Habana: Organización Nacional de Bufetes Colectivos (ONBC), 2011.

ORAMAS, Niurka Dreke. Reseña panorámica sobre la visita del Papa Juan Pablo Segundo a Cuba. **Relaciones Internacionales**, 1998, vol. 7, no 14. Disponible en: <<https://revistas.unlp.edu.ar/RRII-IRI/article/view/1782>>. Acceso en: 18 ago. 2021.

ORDAZ, Eduardo Bernabé. Editorial. **Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana**, La Habana, vol. IV, n.3, 1964.

ORDAZ, Bernabé. **Área de salud mental del Hospital Psiquiátrico de La Habana. Un año de atención**. La Habana: Hospital Psiquiátrico de La Habana, 1973.

ORDAZ, Eduardo Bernabé. **Rehabilitación psiquiátrica**. La Habana: Instituto Cubano del Libro, 1992.

ORLANDINI, Alberto. **Memorias de un médico argentino en Cuba 1962-1995**. Buenos Aires: Editorial Dunken, 2014.

OROVIO, Consuelo Naranjo. De la esclavitud a la criminalización de un grupo: la población de color en Cuba. **Nuevo Mundo Mundos Nuevos**, 18 mar. 2006. Disponible en: <<http://journals.openedition.org/nuevomundo/2019>>. Acceso en: 01 dic. 2020.

OTERO, A. Glosario Cubano de Psiquiatría. Treinta años de experiencia del Hospital Psiquiátrico de la Habana en Taxonomía Psiquiátrica. **Anales de Salud Mental**, Vol. 11, 1995. Disponible en: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-666479>>. Acceso en: 12 sep. 2021.

OTERO, A., et al. **Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría. Glosario Cubano de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades**, La Habana: Hospital Psiquiátrico de La Habana, 2001.

PADRÓN, Ada. La prensa cubana en el primer decenio de la Revolución. **Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas**. Estado de México, v.2, p. 101-109, 2015. Disponible en: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=263141553012>>. Acceso en: 24 ene. 2021.

PAPÁ ORDAZ. Dirección: Héctor Fernández Ferrer. La Habana: Audiovisuales San Miguel, 2012 (47min). Disponible en: <<https://www.youtube.com/watch?v=V6UZnJCFaT8&t=1945s>>. Acceso en: 25 may. 2021.

PARRA, Alejandro; PAUL, Luis Espinosa. Comparación entre la esquizotipia positiva y perturbadora con la espiritualidad y las experiencias paranormales en población no-clínica. **Revista Argentina de Clínica Psicológica**, 2010, vol. 19, no 2. Disponible en: <<https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921801006.pdf>>. Acceso en: 09 ago. 2020.

PASSIONE, Roberta. **Ugo Cerletti: scritti sull'elettroshock**. FrancoAngeli, 2006.

PÁVLOV, Iván P. Los reflejos condicionados. Madrid: Ediciones Morata, 1997.

PEIDRO, Santiago. La patologización de la homosexualidad en los manuales diagnósticos y clasificaciones psiquiátricas. **Rev. Bioética y Derecho, Barcelona**, n. 52, p. 221-235, 2021. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872021000200013&lng=es&nrm=iso>. Acceso en 22 jun. 2022.

PEÑA, J.M. **La legislación y la escuela correccional para varones**. CONFERENCIA NACIONAL DE BENEFICENCIA Y CORRECCIÓN DE LA ISLA DE CUBA (La Habana). Memoria oficial de la Segunda Conferencia Nacional de Beneficencia y Corrección de la Isla de Cuba 1903. La Habana: Imprenta La Moderna Poesía, 1904.

PERALTA, Diego Osorio. **Principia medicinae, epitome, et totius humani corporis fabrica seu exmicrocosmi armonia divinum, germen**. México: Heredes Viduae Bernardi Calderon, 1685.

PEREIRA, Yassiel Vázquez. **Educación, trabajo y sexualidad: trayectorias laborales de maestros homosexuales en Cuba**. Disertación de Maestría, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 2017.

PÉREZ, Ariel. El carácter socialista de la temprana Revolución cubana (1959-1961). Espacio Laical, La Habana, n.3, 2009. Disponible en: <<http://www.espaciolaical.org/contens/19/5054.pdf>>. Acceso en: 03 sep. 2021.

PÉREZ, B., et al. Étienne Lancereaux (1829-1910). **Rev. chil. endocrinol. diabetes**, 2013. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-726616>. Acceso en: 26 mar. 2021.

PHILIPPE, Jean; PAUL-BONCOUR, Georges. **Les Anomalies Mentales chez les Ecoliers, Etude Medicopédagogique**, Felix Alcan Éditeur, Paris, 1905.

PIMM, Jonathan. Profile: Dr Bourne's identity—credit where credit's due. **The Psychiatric Bulletin**, 2014, vol. 38, no 2. Disponible en: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4115399/>>. Acceso en: 09 oct. 2021.

PINARD, Adolphe. **La puericultura en la primera infancia**. Bogotá: Editorial Librería Americana, 1907.

PINEDA CANAR, Carlos Andrés. Formación y medicina: la transición del modelo anatomo-clínico francés al modelo biomédico norteamericano en Colombia. **Iatreia**, Medellín, v. 27, n. 3, sep. 2014. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932014000300002&lng=en&nrm=iso>. Acceso en: 08 jun. 2021.

PINEL, Phillipe. **La médecine clinique: rendue plus précise et plus exacte par l'application de l'analyse, ou recueil et résultat d'observations sur les maladies aiguës, faites à la Salpêtrière**. París: Chez Brosson, Gabon et Cie, Libraires, place de l'École de Médecine, 1802.

PINEL, Phillipe. Tratado médico-filosófico de la enagenación del alma, ó manía. Traducción: Luis G. Allavena. 1. ed. rev. Madrid: Imprenta Real, 1804. 434 p.

PINEL, Phillipe. Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

PLÁ, Eduardo F. **Informe elevado de la Junta de Gobierno y al General Brooke**, 1899. Disponible en: <<https://hoteltelegrafo.blogspot.com/2011/08/pasando-revista.html>>. Acceso en: 16 jun. 2021.

PLANT, Rebecca Jo. **William Menninger and american psychoanalysis**, 1946–48. *History of Psychiatry*, 2005, vol. 16, no 2. Disponible en: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16013120/>>. Acceso en: 09 oct. 2021.

PLASENCIA, Tomás. De la monomanía. **Anales de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana, La Habana**, nro. LXXVII, t. VII, 1871.

PLASENCIA, Tomás. Estadística de los enajenados en la Isla de Cuba. **Anales de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana, La Habana**, nro. CIII, t. IX, 1873.

PLASENCIA, Tomás. De la locura hereditaria. Contestación a dicho discurso. **Anales de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana, La Habana**, Tomo XII, 1876.

PLASENCIA, Tomás. Medicina Legal. Estado mental. **Anales de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana, La Habana**, Tomo XVII, 1881.

PORTELL Y VILÁ, J. La profilaxia mental como uno de los grandes factores de la medicina social. **Revista de Medicina Legal de Cuba**, La Habana, año IV, n. 10, p. 311-320, oct. 1925. Disponible en: <<https://hoteltelegrafo.blogspot.com/2019/03/la-profilaxia-mental-como-uno-de-los.html>>. Acceso en: 15 out. 2020.

PORTELL Y VILÁ, J. El niño inestable y su tratamiento. **El monitor de la educación común**, Buenos Aires, año 48, n. 673, p. 3-11, 31 enero 1929.

PRADO, G. da S. O tribunal revolucionário como tribuna política em Cuba: uma análise dos casos “Marquitos” e “Ordoqui”. **Revista Eletrônica da ANPHLAC**, n. 21, 2016. Disponible en: <<https://revista.anphlac.org/anphlac/article/view/2499>>. Acceso en: 25 jan. 2021.

PRAELI, Yvette Sierra. Los viajes de Humboldt: el legado del científico alemán para Latinoamérica. In: MONGABAY (Latinoamérica). **Mongabay Latam: Periodismo ambiental independiente**, 28 mayo 2019. Disponible en: <<https://es.mongabay.com/2019/05/alexander-von-humboldt-legado/#:~:text=En%201799%2C%20cuando%20Latinoam%C3%A9rica%20a%C3%BAn,Per%C3%BA%2C%20adem%C3%A1s%20de%20Estados%20Unidos>>. Acceso en: 03 abr. 2022.

PSICOAMEIJEIRAS. Sociedad Cubana de Psiquiatría. La Habana, 2021. Disponible en: <<https://www.youtube.com/channel/UCS4Q3sJZp4pP5yxbFcB0nVQ/videos>>. Acceso en: 04 abr. 2022.

PSYCHIATRIC TIMES. BPRS Brief Psychiatric Rating Scale. In: **Psychiatric Times**, 19 mar. 2021. Disponible en: <<https://www.psychiatrictimes.com/view/bprs-brief-psychiatric-rating-scale>>. Acceso en: 30 ago. 2022.

QUÉTEL, Claude; SIMON, Jean-Yves. **L'ALIÉNATION ALCOOLIQUE EN FRANCE (XIXe et 1ère moitié du XXe siècle)**. Histoire, économie et société, 1988. Disponible en: < https://www.persee.fr/doc/hes_0752-5702_1988_num_7_4_2393 >. Acceso en: 13 ene. 2021.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. In: LANDER, Edgardo et al, (ed.). **La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales: Perspectivas latinoamericanas**. Buenos Aires: CLACSO, 2000.

QUINTANAS, Anna. Higienismo y medicina social: poderes de normalización y formas de sujeción de las clases populares. **Isegoría**, 2011, no 44. Disponible en: < <https://isegoria.revistas.csic.es/index.php/isegoria/article/view/730> >. Acceso en: 14 oct. 2021.

QUITIÁN, Herwin Eduardo Cardona. El tratamiento de la histeria a finales del siglo XIX y el agujero de la ciencia médica. **Desde el jardín de Freud: revista de**

psicoanálisis, 2012, no 12. Disponible en: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4635406>>. Acceso en: 15 abr. 2021.

RADIO PRAGUE INTERNATIONAL (República Checa). Hace 30 años se decidió la disolución del Consejo de Ayuda Mutua Económica (COMECON). **Radio Prague International**, 27 jun. 2021. Disponible en: <<https://espanol.radio.cz/hace-30-anos-se-decidió-la-disolución-del-consejo-de-ayuda-mutua-economica-8721083>>. Acceso en: 10 ago. 2022.

RAFALOVICH, Adam. The conceptual history of attention deficit hyperactivity disorder: idiocy, imbecility, encephalitis and the child deviant, 1877-1929. **Deviant Behavior**, 2001, vol. 22, no 2. Disponible en: <<https://psycnet.apa.org/record/2001-14705-001>>. Acceso en: 10 oct. 2020.

RAMÍREZ, Ismael Sarmiento. La alimentación cubana, (1800-1868): sistema de abasto y comercialización. **Anales del Museo de América**, Madrid, n. 10, 2002. Disponible en: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1433325>>. Acceso en: 05 feb. 2021.

RAMOS, VMB. La hidroterapia como tratamiento de las enfermedades mentales en México en el siglo XIX. **Salud Mental**, 2000, No. 23, v.5. Disponible en: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7467755>>. Acceso en: 05 may. 2020.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. **Diccionario de la lengua española**. Madrid: Real Academia Española, 2001.

REGALADO, Francisco Javier Murias. Unidades de tratamiento psiquiátrico intensivo. Su desarrollo en Cuba. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)**; 101 (6), dic. 1986, 1986. Disponible en: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/16856?locale-attribute=pt>>. Acceso en: 16 ago. 2021.

REPÚBLICA DE CUBA. Secretaría de Sanidad y Beneficencia. **La fundación del Hospital de Mazorra: Datos históricos/The Insane Hospital of Mazorra: Historical Sketch**. Habana: Montalvo-Cárdenas, 1930.

REVOLUCIÓN (Periódico), La Habana, p. 31-32, 6 ene. 1959.

RHODES, Philip; BRYANT, John H. **Public health**. Encyclopedia Britannica, 22 Apr. 2021. Disponible en: <<https://www.britannica.com/topic/public-health>>. Acceso en: 17 jun 2021.

RICO, Fernando Álvarez-Uría; CONTRERAS, Pilar Parra. The Bitter Cry: materiales para una genealogía de la identidad profesional de las pioneras del Trabajo Social en Inglaterra y los Estados Unidos. **Cuadernos de Trabajo Social**, Madrid, v. 27, n. 1, p. 93-102, 2014. Disponible en: <<https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/43219>>. Acceso en: 15 jul. 2020.

RICHET, Charles. **Note sur un cas remarquable de précocité musicale**. In: IV Congrès Internationale de Psychologie, Comptendu des Sciences. 1901.

RIJO, Rudesindo García. Amaurosis y ambliopia históricas. **Anales de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana, La Habana**, t. XLVIII, 1911.

RITTER, Archibald RM. Cuba en los noventa: reorientación económica y reintegración internacional. **Estudios Internacionales**, 1993, vol. 26, no 103. Disponible en: <<https://revistaei.uchile.cl/index.php/REI/article/view/15386>>. Acceso en: 05 oct. 2021.

RODRÍGUEZ, Felipe. Sesión pública ordinaria del 27 de octubre de 1872. Medicina Legal. Estado Mental. **Anales de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana, La Habana**, nro. CIII, t. IX, 1872.

RODRÍGUEZ, Felipe. Medicina Legal. **Anales de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana**, La Habana, Tomo XII, 1872.

RODRÍGUEZ-ARIAS, B.; CAPO, G. Un cas de spasme de torsion. **Annales Medico-Psychologiques: Revue Psychiatrique**, París, v. 1, 1931. Disponible en: <<https://escritosavulsos.com/tag/Annales-medico-psychologiques/>>. Acceso en: 19 ene. 2020.

RODRÍGUEZ-SALA, María Luisa. Diego Osorio de Peralta, hombre del barroco, autor del primer libro novohispano de anatomía como texto docente. **Estudios de Historia Novohispana**, 1996, no 16. Disponible en: <<https://novohispana.historicas.unam.mx/index.php/ehn/article/view/3426/2981>>. Acceso en: 02 feb. 2019.

RODRÍGUEZ DE ROMO, Ana Cecilia; RODRÍGUEZ PÉREZ, Martha Eugenia. Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX. **História, ciências, saúde-Manguinhos**, 1998, vol. 5, no 2. Disponible en: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/LmH7CcGPqjNjZK6MkxCBDQH/?lang=es>>. Acceso en: 05 abr. 2019.

RODRÍGUEZ, José Luis. A 30 años del inicio del Período Especial en Cuba y las enseñanzas de la Historia (I). Cuba periodistas, La Habana, p. 0-0, 23 ago. 2020. Disponible en: <<https://www.cubaperiodistas.cu/index.php/2020/08/a-30-anos-del-inicio-del-periodo-especial-en-cuba-y-las-ensenanzas-de-la-historia-i/>>. Acceso en: 10 ago. 2022.

ROJAS, Rafael. Mito e historia. **El Nuevo Herald**, 2008. Disponible en: <<https://www.elnuevoherald.com/opinion-es/article1937436.html>>. Acceso en: 04 Feb. 2019.

ROJAS OCHOA, Francisco. La atención primaria de salud en Cuba, 1959-1984. **Revista Cubana de Salud Pública**, La Habana, v. 31, n. 2, abr.-jun. 2005. Disponible en: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=214201370094>>. Acceso en: 14 jan. 2021.

ROJAS, Rafael Gutierrez. **Historia mínima de la Revolución cubana**. El Colegio de Mexico AC, 2015.

ROLANDO. Entrevista. [abr. 2019]. Entrevistador: Javier Marzal. Florianópolis, 2019. 1 archivo.mp3 (34 min.).

ROMERO ALMODÓVAR, Magela. **De lo simbólicamente exacto a lo simbólicamente verdadero**. Domésticas y revolución en Cuba: entre cambios y desafíos. Clacso. 2014.

ROSEN, George. **De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud**. Siglo XXI, 1985.

ROSEN, George. **A history of public health**. Jhu Press, 2015.

ROUDINESCO, Elisabeth. **La Batalla de cien años (2)**. Historia del Psicoanálisis en Francia (2), 1925-1985. Madrid: Editorial Fundamentos, 1993.

RUBINSTEIN, Sergei Leonidovich. **El Desarrollo de la Psicología. Principios y Métodos**. Buenos Aires: Grijalbo, 1964.

RUBINSTEIN, Sergei Leonidovich. **El ser y la conciencia**. México, D.F.: Grijalbo, 1965.

RUBINSTEIN, Sergei Leonidovich. **Principios de Psicología General**. México, D.F.: Grijalbo, 1969.

RUEDA, Margarita Sánchez et al. **Los 100 juegos del plan de la calle: Algunas teorías sobre los juegos**. La Habana: Orbe, 1977.

RUEDA, Germán. El desastre del 98 y la actitud norteamericana. **Anales de Historia Contemporánea**, 1998. Disponible en: <https://revistas.um.es/analeshc/article/view/87331>. Acceso en: 11 dic. 2020.

RYAN, Michael. **The Organization of Soviet Medical Care**. New Jersey: Blackwell, 1978.

SABATER, P. Gardeta. El Nuevo Modelo Del Real Tribunal Del Protomedicato En La América española: Transformaciones Sufridas Ante Las Leyes De Indias Y El Cuerpo Legislativo Posterior. **Dynamis: Acta Hispanica Ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam**, Vol. 16, jul. 2008. Disponible en: <https://raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/105975>. Acceso en: 06 jun. 2021.

SACO, José Antonio. **Carta sobre el cólera morbo asiático, escrita por el editor de la revista cubana a un amigo suyo residente en la Isla de Cuba**. La Habana: Imprenta del Gobierno por SM, 1833.

SACO, José Antonio. **La supresión del tráfico de esclavos en la Isla de Cuba: examinada con relación a su agricultura y a su seguridad**. París: Imprenta de Panckoucke, 1845.

SACO, José Antonio. **Obras de don José Antonio Saco**. Librería Americana y Estrangera de R. Lockwood é Hijo, 1853.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. **Compêndio de Psiquiatria-: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. Artmed Editora, 2016.

SÁEZ, José Luis. El Hospital de San Lázaro: Primer leprocomio dominicano. **Acta Médica Dominicana**, República Dominicana, v. 5, n. 16, p. 169-176, 1994. Disponible en:

<<https://repositorio.unphu.edu.do/bitstream/handle/123456789/2398/EI%20hospital%20de%20san%20I%C3%A1zaro-%20primer%20leprocomio%20Dominicano.pdf>>.

Acceso en: 11 dic. 2020.

SÁIZ, Milagros; SÁIZ, Dolors. En Busca de un Modelo Europeo de Tratamiento del Menor Delincuente. Aspectos Jurídicos de los Viajes de Folch i Torres (1926-1929). **Psychologia Latina**, 2012, vol. 3, no 2. Disponible en: <<https://psicologia.ucm.es/data/cont/docs/29-2013-04-25-art28.pdf>>. Acceso en: 07 jul. 2020.

SALÉM, Joana. Cuba e a dependência externa: passado e presente. **Rebela**, Florianópolis, v.6, n.1. ene./abr. 2016. Disponible en: <<https://iela.ufsc.br/rebela/revista/volume-6-numero-1-2016/rebela/revista/artigo/cuba-e-dependencia-externa-passado-e>>. Acceso en: 08 sept. 2021.

SALVADOR Y VÁZQUEZ, Manuel. **La sanidad en la Isla de Cuba durante la colonización española. Período: 1700-1850**. Orientador: Felipe Martínez Pérez. 1986. 542 p. Tesis de Doctorado (Doctor en medicina y cirugía) - Universidad de Sevilla, Facultad de Medicina, 1986.

SALVADOR, Amauri Batista; CAMPO, Alodio Mena; GONZÁLEZ, Isabel García. La Sociedad Económica de Amigos del País de La Habana: contribución al progreso sociocultural. **VARONA: Revista Científico-Methodológica**, La Habana, ed. esp., abr. 2018. Disponible en: <<http://scielo.sld.cu/pdf/vrcm/n66s1/1992-8238-vrcm-66-s1-e07.pdf>>. Acceso en: 05 nov. 2020.

SALVATIERRA, Silvio Bolaños. Genética de la esperanza. **Actualidades en Psicología**, San José, v. 19, n. 106, 2003. Disponible en: <<https://www.redalyc.org/pdf/435/43510610.pdf>>. Acceso en: 10 oct. 2020.

SÁNCHEZ, Martínez Pedro. Contestación al discurso De la monomanía. **Anales de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana, La Habana**, nro. LXXVII, t. VII, 1871.

SÁNCHEZ, Zenaida Iglesias. La Zanja Real. Primer Acueducto de la ciudad. *In: Habana Radio: La voz del patrimonio cubano*. La Habana: Oficina del Historiador Ciudad de La Habana, 9 mar. 2020. Disponible en: <<http://www.habanaradio.cu/articulos/la-zanja-real-primer-acueducto-de-la-ciudad/>>. Acceso en: 07 mar. 2020.

SAN MARTÍN, Deny Extremera. La vivienda en Cuba, desafío vigente. In: CÍRCULO DE PERIODISTAS CUBANOS CONTRA EL TERRORISMO (Ciudad de La Habana) (ed.). **Cubadebate**, 12 jan. 2019. Disponible en: <<http://www.cubadebate.cu/especiales/2019/01/12/la-vivienda-en-cuba-desafio-vigente/>>. Acceso en: 08 sep. 2022.

SANTANA, Orlando Freire. La dependencia cubana de la Unión Soviética. **Radio Televisión Martí**, Miami, 9 nov. 2017. Disponible en:

<<https://www.radiotelevisionmarti.com/a/dependencia-cubana-de-la-union-sovietica/155270.html>>. Acceso en: 10 ago. 2022.

SANTONJA, José Luis. La construcción de cementerios extramuros: un aspecto de la lucha contra la mortalidad en el antiguo régimen. *Revista de Historia Moderna*, Alicante, n. 17, 1999. Disponible en: <<https://core.ac.uk/download/pdf/16358452.pdf>>. Acceso en: 10 mar. 2020.

SANTOS, Almudena. (2021). Tres ensayos para una teoría sexual [Freud, S., 1905]. **Aperturas Psicoanalíticas** Nro. 66, Artículo e12. Disponible en: <<http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001146>>. Acceso en: 25 ago. 2021.

SANTOVENIA, Emeterio Santiago. **El protomedicato de la Habana**. Ministerio de Salubridad y Asistencia Social, 1952.

SANZ, Virginia León. **La Europa ilustrada**. Ediciones AKAL, 1989.

SAUVAGNAT, F.; ALVAREZ, J. M.; ESTEBAN, R. **Fundamentos de psicopatología psicoanalítica**. Editorial Síntesis, Madrid, 2004.

SCULL, Andrew. **Desperate Remedies: Psychiatry's Turbulent Quest to Cure Mental Illness**. Harvard University Press, 2022.

SÉCHENOV, Ivan Mijailovich. **Los reflejos del cerebro**. La Habana: Academia de Ciencias, 1965.

SEGUIN, Edward. **Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés**. JB Baillière, 1846.

SERENKO, A.F.; ERMAKOV, V.V. **Higiene social y organización de la salud pública**. Moscú: Mir, 1986.

SERRA, Diego González. González Martín: marxismo y ciencias del psiquismo. **Revista Cubana de Psicología**, 1998, vol. 15, no 1. Disponible en: <<https://instituciones.sld.cu/estres/files/2012/03/GONZALEZ-MARTIN-MARXISMO-Y-CIENCIAS-DEL-PSIQUISMO.pdf>>. Acceso en: 17 mar. 2021.

SHIN, Jung Soo; KIM, Kyong Tai; LEE, Myung Koo. Inhibitory effects of bulbo-capsine on dopamine biosynthesis in PC12 cells. **Neuroscience Letters**, v. 244, no 3, 1998. Disponible en: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9593514/> >. Acceso en: 15 ene. 2021.

SHORTER, Edward; HEALY, David. **Shock therapy: a history of electroconvulsive treatment in mental illness**. Rutgers University Press, 2007.

SIPPIAL, Tiffany A. **Prostitution, modernity, and the making of the Cuban republic**, 1840-1920. UNC Press Books, 2013.

SKLODOWSKA, Elzbieta. Invento, luego resisto: el Período Especial en Cuba a través del lente de género. **Cuadernos de Literatura**, 2013, no 18. Disponible en: < http://investigaciones.uniatlantico.edu.co/revistas/index.php/cuadernos_literatura/article/view/1206 >. Acceso en 16 ago. 2021.

SLUCHEVSKI, I. F. **Psiquiatría**. México, DF: Grijalbo, 1960.

SMIRNOV, Anatoliĭ Aleksandrovich, et al. **Psicología**. Grijalbo, 1960.

SMITH, Anna Kalet. Maternal and Child Welfare ices in Latin América. **From Laws, Official Reports, and Other Sources**. U. S. Department of Labor Children's Bureau. Washigton, 1940.

SOUZA, Alina M^a De Almeida. La formación en enfermería y el desarrollo socioeconómico en América latina. 1850-1950. **Revista de administración sanitaria siglo XXI**, 2003, vol. 1, no 4. Disponible en: < <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-la-formacion-enfermeria-el-desarrollo-13055235>>. Acceso en: 14 dic. 2020.

SNEZHNEVSKI, A. V. **Manual de Psiquiatría**. Moscú: Mir, 1987.

SPACKMAN, Clare S. **Willard and Spackman's occupational therapy**. Lippincott Williams & Wilkins, 1978.

STILL, George F. **Some abnormal psychical conditions in children**. Lancet, 1902. Disponible en: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17085622/> >. Acceso en: 15 nov. 2021.

STONE MH. A brief history of psychiatry. In: Tasman A, Kay J, Lieberman JA, editors. **Psychiatry**. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd; 2003.

STUMPF, Carl. Akustische Versuche mit Pepito Arriola. **Beiträge zur Akustik und Musikwissenschaft**, 1909, vol. 4, p. 105-116. Disponible en: <<https://echo.mpiwg-berlin.mpg.de/ECHODocuView?url=/permanent/vlp/lit38492/index.meta&viewMode=thumbs>>. Acceso en: 18 ago. 2021.

SZASZ, Thomas S. Whither psychiatry?. **Social Research, New York**, v. 33, n. 3, p. 439-462, outono 1966. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/40969843>. Acceso en: 08 oct. 2020.

TACÓN, Miguel. **Relación del Gobierno Superior y Capitanía General de la Isla de Cuba**. La Habana: Imprenta del Gobierno y Capitanía general, 1838.

TAHBAZ, Joseph. Demystifying las UMAP: The Politics of Sugar, Gender, and Religion in 1960s Cuba. **Delaware Review of Latin American Studies**. Delaware. Vol. 2, nº 14, 2013. Disponible en: <<http://www1.udel.edu/LAS/Vol14-2Tahbaz.html>>. Acceso en 12 jun. 2018.

TAMAYO, JUAN O. Entre 40 y 50 los muertos en Hospital Psiquiátrico de La Habana. **El Nuevo Herald**, p. 0-0, 29 ene. 2010. Disponible en: <<https://www.elnuevoherald.com/ultimas-noticias/article2002650.html>>. Acceso en: 04 abr. 2020.

TERRIS, M. Los tres sistemas mundiales de atención médica: tendencias y perspectivas. **Temas de epidemiología y salud pública**, La Habana: Ciencias Médicas, 1989.

TIANA, A. Anton Makarenko (1888-1939). **Padres y Maestros / Journal of Parents and Teachers**, n. 361, 24 mar. 2015. Disponible en: < <https://revistas.comillas.edu/index.php/padresymaestros> >. Acceso en: 09 mar. 2020.

TILLES, Gérard. Stigma of syphilis in 19th Century France. **Dermatology at the Millenium**. Dyall-Smith D y Marks R Editores. New York: Parthenon, 1999.

TIMIMI, Sami. Cientificismo y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**, 2021, vol. 41, no 139. Disponible en: < https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-57352021000100211 >. Acceso en: 19 may. 2021.

TORAYA, Juan de las Cuevas. **500 años de construcciones en Cuba**. Madrid: D.V. Chavín, 2001.

TOROS, Arlety Veunes et al. Habitar la calle. In: CUBA (Ciudad de La Habana). Cubadebate (ed.). **Cubadebate-Especiales-Sociedad**, 15 ago. 2019. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/especiales/2019/08/15/habitar-la-calle/>. Acceso en: 08 sep. 2022.

TORRAS, Oscar. Asistencia psiquiátrica. Los dispensarios psiquiátricos y los servicios sociales de asistencia. **Frenia**. Madrid, v. IV, 2004. Disponible en: < <https://core.ac.uk/download/pdf/228844271.pdf> >. Acceso en 04 ene. 2021.

TORREBADELLA-FLIX, Xavier; VICENTE-PEDRAZ, Miguel. La gimnástica como dispositivo antionanista en la conformación de la educación física escolar en el siglo XIX en España: el nacimiento de una disciplina escolar. **Movimiento**, 2016, vol. 22, no 1. Disponible en: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/midias/biblio-835011> >. Acceso en: 16 sep. 2021.

TORRES-CUEVAS, Eduardo. **Obispo de espada: papeles**. Imagen Contemporánea, 1999.

TORRES-CUEVAS, Eduardo. **En busca de la cubanidad**. Tomo II. Nuevo Milenio, 2006.

TRAVIS, J. C. (1958). Treatment of the acute complications of chronic alcoholism. **Journal of the American Medical Association**, Nro. 167(2), vol. 156.

TRELLEZ, Carlos M. **Biblioteca Científica Cubana**. Matanzas: Imprenta de Juan F. Oliver, 1919.

TRULLENQUE, Eva María Garcés. El Trabajo Social en salud mental. **Cuadernos de Trabajo Social**. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, v. 23, 2010. Disponible en: < <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS1010110333A> >. Acceso en: 24 ene. 2021.

U.S. CONGRESS. **A Treaty of Peace Between the United States and Spain**, U.S. Congress, 55th Cong., 3d sess., Senate Doc. No. 62, Part 1. Washington: Government Printing Office, 1899. Disponible en: <https://avalon.law.yale.edu/19th_century/sp1898.asp>. Acceso en: 14 jun. 2021.

U.S DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE. **Annual Report**, June 30, 1965.

VALDÉS RODRÍGUEZ, Manuel. **Ensayos sobre Educación. Teoría, práctica y experimental**. La Habana: Imprenta El Fígaro, 1898.

VALDÉS, Juan B. Protección al niño. CONFERENCIA NACIONAL DE BENEFICENCIA Y CORRECCIÓN DE LA ISLA DE CUBA, 2., 1903, Santa Clara, Cuba. Memoria oficial de la Segunda Conferencia Nacional de Beneficencia y Corrección de la Isla de Cuba. La Habana: Lib. e Imp. La Moderna Poesía, 1904.

VALDÉS, Nelson. Health and Revolution in Cuba. **Science & Society**. Brooklyn, v.35, n.3, 1971. Disponible en: < <https://philpapers.org/rec/VALHAR-2> >. Acceso en: 12 jul. 2020.

VALDÉS, Leyma Hidalgo. **Real Casa de Beneficencia de La Habana: Luces y sombras de una institución (1794-1865)**. Barcelona: Linkgua, 2007.

VALENCIA, Maria Fernanda Vásquez. A personalidade doente: higiene mental e medicalização da infância. In: CAPONI, Sandra; VALENCIA, Maria Fernanda Vásquez; VERDI, Marta. **Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância**. São Paulo: LiberArs, 2016.

VALENCIA, Maria Fernanda Vásquez. Degeneración, criminalidad y heredo-alcoholismo en Colombia, primera mitad del siglo XX. **Saúde e Sociedade**, 2018, vol. 27. Disponible en: < <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/zH8MPcgqkzzvjKPTnLJdQtD/?format=pdf&lang=es> >. Acceso en: 14 feb. 2020.

VALIENTE, Zoila Balmori. Labor de la trabajadora social en los cambios de actitudes de los casos sociales. **Temas de Trabajo Social**. Hospital Psiquiátrico de La Habana, vol. VI, Nro. 1, ene-abr, 1984.

VALENCIA, Maria Fernanda Vásquez. A personalidade doente: higiene mental e medicalização da infância. In: CAPONI, S; VÁSQUEZ VALENCIA, M. F; VERDI, M. **Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância**. São Paulo: LiberArs, 2016.

VARGAS-BARAHONA, L. M. Enfermedad de Parkinson y la Dopamina. **BUN Synopsis**, v. 2, p. 12-16, abr.-jun. 2007. Disponible en: <<http://www.bvs.hn/Honduras/SUN.THEPIXIE.NET/files/010460703.pdf>>. Acceso en: 10 out. 2020.

VAZQUEZ, Jorge Álvarez. Falleció el Dr. Eduardo Bernabé Ordaz Un nombre imprescindible en la Historia de la Psiquiatría cubana. **Rev. Hum. Med.**, Ciudad de Camagüey, v. 7, n. 2, agosto 2007. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202007000200011&lng=es&nrm=iso>. Acceso en: 08 agosto 2022.

VEGA, Armando Navarro. **Cuba, el socialismo y sus éxodos**. Indiana: Palibrio, 2013.

VICENT, MAURICIO. 26 pacientes mueren de frío en un hospital psiquiátrico de Cuba. In: EL PAÍS. Internacional. La Habana, 16 ene. 2010. Disponible en: <https://elpais.com/diario/2010/01/16/internacional/1263596412_850215.html>. Acceso en: 04 abr. 2020.

VICTOROV, I. T. **Bases teóricas de los problemas centrales de la psiquiatría**. La Habana: Hospital Psiquiátrico de La Habana, 1965.

VIDAL, G.; ALARCÓN, R. D. **Psiquiatría**. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1986.

VILAR, María José. Un cartagenero para Ultramar: Miguel Tacón y el modelo autoritario de la transición del Antiguo Régimen al Liberalismo en Cuba (1834-1838). **Anales de Historia Contemporánea**, nro. 16, 2000. Disponible en: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4133697>>. Acceso en: 11 nov. 2020.

VILLALANDA, Florencio. **Psicopatología clínica**. La Habana: Ministerio de Salud Pública, 1968.

VILLAVERDE, Cirilo. **Cecilia Valdés o La Loma del Ángel**. Caracas: Biblioteca Ayacucho, 1981.

VILLAVERDE, Cirilo. Casa de San Dionisio. In: BUENO, Salvador, et al. (ed.). **Costumbristas cubanos del siglo XIX**. Caracas: Biblioteca Ayacucho, 1985.

VIERA, Félix. A 50 años de las UMAP-Entrevista con Héctor Santiago. **Revista Cubaencuentro** Madrid, 2015. Disponible en: <<https://www.cubaencuentro.com/entrevistas/articulos/a-50-anos-de-las-umap-323725>>. Acceso en 20 ago. 2018.

VIGUERA, Asel. **Concepción teórico–metodológica para una historia crítica de la psicología en el período revolucionario cubano**. 2017. Tesis (Doctorado en Ciencias Psicológicas) - Universidad de La Habana, La Habana, 2017.

VIVES, Francisco Dionisio. **Bando de buen gobierno: ADICIONADO POR EL ESCELENTÍSIMO SENOR D. FRANCISCO Dionisio Vives, presidente, gobernador y capitán general de esta siempre fidelísima ciudad é isla de Cuba, con cuya superior aprobación se publica**. La Habana: Imprenta Fraternal de los Diaz de Castro, 1828.

VIVES, Francisco Dionisio. **Cuadro estadístico de la siempre fiel isla de Cuba, correspondiente al año de 1827**. Oficina de las viudas de Arazoza y Soler, impresoras del gobierno y capitania general, 1829.

VIVES, Francisco Dionisio. **Reglamento Provisional para la casa de Dementes de la siempre fidelísima Ciudad de la Habana**. Diario de la Habana, La Habana, 12 mar. 1829. Disponible en: <<http://www.habanaelegante.com/Fall2003/Panoptico.html>>. Acceso en: 15 abr. 2020.

VOEGTLIN, Walter L. The treatment of alcoholism by establishing a conditioned reflex. **American Journal of the Medical Sciences**, 1940. Disponible en: <<https://psycnet.apa.org/record/1940-06030-001>>. Acceso en: 28 oct. 2021.

VOLNOVICH, Juan Carlos. Presentación del libro Tratar la Locura. La Judicialización de la Salud Mental, Daniel Sans, editorial Topía. **Topía**, noviembre de 2014. Disponible en: <<https://www.topia.com.ar/articulos/presentaci%C3%B3n-del-libro-tratar-locura-judicializaci%C3%B3n-salud-mental-daniel-sans-editorial>>. Acceso en: 24 jul. 2022.

VON HUMBOLDT, Alexander. **Ensayo político sobre la Isla de Cuba**. Caracas: Biblioteca Ayacucho, 2005. 308 p. ISBN 980-276-402-7.

VOREN, Robert van. "La defensa de la salud mental": la experiencia de la intervención global en psiquiatría: Robert Van Vorem. **Átopos: salud mental, comunidad y cultura**. Madrid: Exlibris Ediciones, SL, 2011, no. 11, 2011. Disponible en: <http://www.atopos.es/pdf_11/94-103_La%20defensa%20de%20la%20salud%20mental.pdf>. Acceso en: 03 sep. 2021.

VOYAZOPOULOS, R. Enfant instable, enfant agité, enfant excité. **Enfances Psy**, no 14, p. 26-34, 2001. Disponible en: <<https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2001-2-page-26.htm>>. Acceso en: 10 out. 2020.

WALLON, H. **A criança turbulenta**: estudo sobre os retardamentos e as anomalias do desenvolvimento motor e mental. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2007.

WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

WORTIS, Joseph. **Soviet Psychiatry**. Baltimore: The Williams & Wilkins Company, 1950.

YANNI, Carla. **The architecture of madness: insane asylums in the United States**. University of Minnesota Press, 2007.

YAROSCHEVSKI, M. G. **La Psicología del siglo XX**. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1983.

YARZA, Alexánder; RODRÍGUEZ, Lorena María. Ovidio Decroly: Educación de los sentidos y del cuerpo del niño anormal. **Lúdica pedagógica**, 2005, nro. 10, vol. 2. Disponible en: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7151432>>. Acceso en: 15 sep. 2020.

YERAGANI, V. K., et al. Arvid Carlsson, and the story of dopamine. **Indian journal of psychiatry**, v. 52, no 1, p. 87-88, ene/mar. 2010. Disponible en: <https://www.indianjpsychiatry.org/temp/IndianJPsychiatry52187-6135211_170232.pdf>. Acceso en: 5 oct. 2020.

