“ESQUIZOFRÉNICAS” Y “MANÍACO-DEPRESIVAS”: LAS MUJERES INTERNAS EN EL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO ENTRE 1953 Y 1964.

DURLEY PAOLA CEPEDA VILLANOVA

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE HISTORIA
BUCARAMANGA
2015

“ESQUIZOFRÉNICAS” Y “MANÍACO-DEPRESIVAS”: LAS MUJERES INTERNAS EN EL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO ENTRE 1953 Y 1964.

DURLEY PAOLA CEPEDA VILLANOVA

Tesis de grado para optar al título de

HISTORIADORA

DIRECTOR:
César Andrés Castañeda Plata
Candidato a Magíster en Historia

CODIRECTORA
Liliana Isleny Díaz
Médica psiquiatra

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE HISTORIA
BUCARAMANGA
2015

DEDICATORIA:

A mi madre Olga Villanova por ser mi soporte e inspiración, a mi abuela María Elena Villanova por su amor inconmensurable. A mis hermanos Oscar Iván Cepeda Villanova, Olga Milena Cepeda Villanova y a Laura Villanova por tener siempre su ser dispuesto para mí. A mi perro, Milo, por su compañía diaria y sus mimos.

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCIÓN 12

1. JUSTIFICACIÓN 15

2. MARCO HISTORIOGRÁFICO 17
3. FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y CONCEPTUALES 25
4. METODOLOGÍA 29

5. DOS GRANDES PSICOSIS: LA LOCURA MANÍACO-DEPRESIVA Y LA ESQUIZOFRENIA. APROXIMACIONES A LA APROPIACIÓN DE LA NOSOLOGÍA PROPUESTA POR EMIL KRAEPELIN Y EUGÈNE BLEULER EN EL ÁMBITO NACIONAL 36

5.1 LA PSIQUIATRÍA ENTRE FINALES DEL SIGLO XIX E INICIOS DEL XX EN EUROPA 36
5.1.1 La psicosis maníaco-depresiva. 40
5.1.2 Esquizofrenia. 43
5.2 LA PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA EN EL CONTEXTO NACIONAL 47

6. ESQUIZOFRÉNICAS Y MANÍACO-DEPRESIVAS EN EL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO, 1953-1964 58

6.1 “QUIERO IRME A UN CONVENTO”. MERCEDES Y SUS ENCERRAMIENTOS, UN MODO DE SER QUE NO ES “LO QUE DEBERÍA SER” 82
6.2 “FUI TRAÍDA POR ESO”… “PORQUE A VECES HABLO SOLA”. “NO ESTOY ENFERMA DE LA CABEZA, ES QUE A VECES PIERDO EL SENTIDO”. MARIELA 85
6.3 VICTORIA, UNA INTERNA OBEDIENTE Y TRABAJADORA 88
6.4 “TODO LO QUE HAGO ME LO FIJAN COMO SI FUERA LOCA”. ELISA 90

7. LA PRÁCTICA TERAPÉUTICA DENTRO DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO: TERAPIAS DE CHOQUE, PSICOFÁRMACOS Y LABORTERAPIA 94

7.1 LAS TERAPIAS DE CHOQUE 94
7.2 EL EMPLEO DE PSICOFÁRMACOS 104
7.3 LA LABORTERAPIA 110

8. CONCLUSIONES 114

BIBLIOGRAFÍA 118

LISTA DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico 1. Causas de internamientos en el Instituto Psiquiátrico San Camilo entre 1953 y 1956. 61

Gráfico 2. Motivos de salida en el Instituto Psiquiátrico San Camilo entre 1953 y 1956 62

Gráfico 3. Causas de internamiento de las mujeres en el Instituto Psiquiátrico San Camilo entre 1953 y 1964 64

Gráfico 4. Edad de las mujeres en el momento de ingreso al Instituto Psiquiátrico San Camilo, 1953-1964. 67

Gráfico 5. Estado civil de las internas en el Instituto Psiquiátrico San Camilo, 1953-1964. 68

Gráfico 6. Lugar de procedencia de las internas en el Instituto Psiquiátrico San Camilo, 1953-1964. 74

Gráfico 7. Labores desempeñadas por las mujeres antes de su internamiento en el Instituto Psiquiátrico San Camilo, 1953-1964. 79

Gráfico 8. Terapias de choque aplicadas en el Instituto Psiquiátrico San Camilo, 1953-1964. 104

Gráfico 9. Tratamientos administrados a las internas en el Instituto Psiquiátrico San Camilo, 1953-1964. 108

Pág.

Gráfico 10. Empleo de psicofármacos en el Instituto Psiquiátrico San Camilo, 1953-1964. 109

Gráfico 11. Neurolépticos administrados a las internas en el Instituto Psiquiátrico San Camilo entre 1953 y 1964..... 110

LISTA DE FIGURAS

Pág.

Figura 1. Acta de compromiso para dar salida a la interna por petición familiar. ... 63

Figura 2. Documento emitido por la Iglesia para declarar "pobreza por solemnidad". ... 70

Figura 3. Documento de remisión de la Inspección de Policía ... 73

Figura 4. Mercedes durante su internamiento en el Instituto Psiquiátrico San Camilo. ... 85

Figura 5. Mariela, interna en el Instituto Psiquiátrico San Camilo entre 1953 y 1961. ... 88

Figura 6. Victoria, interna en el Instituto Psiquiátrico San Camilo entre 1953 y 1954. ... 90

Figura 7. Elisa durante su internamiento en el Instituto Psiquiátrico San Camilo. . 93

RESUMEN

Título: “Esquizofrénicas” y “maníaco-depresivas”: las mujeres internas en el Instituto Psiquiátrico San Camilo entre 1953 y 1964.*

Autora: Durley Paola Cepeda Villanova.**

Palabras clave: Instituto Psiquiátrico San Camilo, práctica psiquiátrica, mujeres, esquizofrenia, psicosis maníaco-depresiva, terapias de choque, psicofármacos, laborterapia.

El presente trabajo de investigación se plantea a partir del interrogante: ¿Cómo eran tratadas las mujeres que padecían los trastornos de esquizofrenia y psicosis maniaco-depresiva en el Instituto Psiquiátrico San Camilo entre 1953 y 1964? Para dar respuesta a ello es necesario, primero, indagar por el panorama de la apropiación del conocimiento científico que determinó la práctica psiquiátrica sobre el sujeto enfermo, el cual fue construido por el discurso médico-psiquiátrico, de acuerdo al sistema nosológico por el cual se definieron las categorías diagnósticas de esquizofrenia y psicosis maniaco-depresiva para abarcar un conjunto de situaciones y síntomas que quedaron determinados como enfermedad. Y, segundo, describir las formas en que este conocimiento fue desplegado sobre el cuerpo de las internas a partir de su inscripción en dichas categorías diagnósticas y la prescripción de determinados tratamientos.

Para desarrollar el primero, se realizará un contexto histórico de la apropiación del conocimiento psiquiátrico sobre las enfermedades antes mencionadas. El segundo, que hace énfasis en la experiencia local, se esclarecerá teniendo en cuenta a las mujeres ingresadas en el Instituto Psiquiátrico San Camilo durante el período de estudio. Así pues, se partirá describiendo la realidad personal, familiar de la población femenina interna y de su posible relación con otras instituciones a partir de variables socio-demográficas. En seguida, tomando algunos casos particulares, se describirá de qué manera fueron diagnosticadas como esquizofrénicas o como psicóticas maniaco-depresivas, atendiendo a la interpretación que el facultativo daba a sus signos y síntomas según su apropiación de la nosología psiquiátrica de la época, y profundizando en la manera en que las internas así etiquetadas vivieron su enfermedad. Finalmente, se describirán las técnicas terapéuticas que les fueron aplicadas dentro del espacio institucional evidenciando el empleo de terapias de choque, de la laborterapia y la introducción de psicofármacos.

---

* Tesis de grado en Historia.

** Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Historia. Director: César Andrés Castañeda Plata. Candidato a magíster en Historia.

SUMMARY

Title: "**Schizophrenic" and "Manic-depressive" Women: the Resident Female Patients at Instituto Psiquiátrico San Camilo from 1953 to 1964.**[*]

Author: Durley Paola Cepeda Villanova.[**]

Key Words: Psychiatric, women, schizophrenia, psychosis, psychotropic drug, work-therapy.

The present investigation starts from the question: How were the women who suffered mental disorders such as schizophrenia and manic-depressive psychosis treated at the Instituto Psiquiátrico San Camilo from 1953 to 1964? To answer this question, it was necessary first, to find out the outlook of the scientific knowledge appropriation that determined the psychiatric practice on the ill individual, which was built by the medical-psychiatric speech, according to the nosological system through which the diagnosed categories of schizophrenia and maniac-depressive psychosis were defined to cover a group of situations and symptoms that were categorized as illness. And, secondly, to describe the ways in which this knowledge was displayed on the body of the female resident patients from the moment when they were registered under those diagnosed categories and the prescription of certain treatments.

To develop the first one, a historical context about the appropriation of the psychiatric knowledge about the illnesses mentioned above will be described. The second one, which emphasizes on the local experience, will be developed taking into account the resident female patients at the Instituto Psiquiátrico San Camilo during the period established for this investigation.

[*] Thesis in History .

[**] Faculty of Humanities. School of History. Director: César Andrés Castañeda Plata. Candidate for Master in History.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se inscribe en la historia de la práctica psiquiátrica. En este caso se pretende realizar un rastreo del trato dado a las mujeres internas en el Instituto Psiquiátrico San Camilo entre 1953 y 1964, debido principalmente a dos trastornos, la "esquizofrenia" y lo que entonces se denominaba "psicosis maníaco-depresiva".[1] Para ello, se hará énfasis en el proceso diagnóstico y de tratamiento, empleando las historias clínicas como principal fuente documental.

Para reconstruir la práctica psiquiátrica hacia las mujeres internas, se parte de una aproximación histórica a los conocimientos que determinaron la acción de los psiquiatras durante el período, en particular, de la apropiación de las categorías diagnósticas "esquizofrenia" y "psicosis maníaco-depresiva", describiendo primero, cómo fueron elaboradas por los médicos psiquiatras Emil Kraepelin y Eugène Bleuler, en el contexto de la naciente psiquiatría en Europa, y segundo, de qué manera se introdujeron estas categorías diagnósticas en la Cátedra de Medicina Mental y Nerviosa impartida en la Universidad Nacional y en el Asilo de Locas de Bogotá, atendiendo al hecho de que los psiquiatras que laboraron en el Instituto Psiquiátrico San Camilo en el período de estudio se formaron en estos espacios.

Una vez aclarado el panorama de la apropiación del conocimiento científico que determinó la práctica psiquiátrica en el ámbito nacional, nos concentraremos en la forma en que fue apropiada y desplegada sobre las internas del Instituto Psiquiátrico San Camilo, ubicado en el ámbito local. Ello constituirá el punto nodal del presente trabajo, y se desarrollará en los capítulos dos y tres.

[1] Mientras que la esquizofrenia se describe como un trastorno que se caracteriza por alteraciones en la percepción y que incluye alucinaciones visuales y auditivas, alteraciones del lenguaje y catatonia –inmovilidad física-; la psicosis maniaco-depresiva consiste en alteraciones del ánimo con episodios de manía y de depresión. POSTEL, Jacques y QUÉTEL, Claude. (Coord.) Nueva historia de la psiquiatría. México: Fondo de Cultura Económica, 2000. pp. 217-224 y 324-325.

El capítulo dos, destinado a describir las formas en que las internas esquizofrénicas y psicóticas maníaco-depresivas vivieron su enfermedad y la forma en que fue interpretada por parte del experto, inicia con una reconstrucción de aspectos generales de la vida y del contexto social de la población femenina ingresada por esos años al Instituto Psiquiátrico. Enseguida, a partir de algunos casos representativos, se evidenciará de qué forma las internas vivieron su enfermedad mental, qué lectura de la misma se dio por parte del experto y qué tipo de relación se entabló entre el facultativo y la paciente.

Con este fin, se emplean dos secciones de la historia clínica. La primera de ellas es el formato de ingreso, del cual se recogerán y analizarán variables socio-demográficas como edad, estado civil, lugar de origen, ocupación, tipo de ingreso, relación con otras instituciones, tiempo de permanencia y contexto familiar; los cuales a su vez serán contrastados con las representaciones sociales sobre la mujer, es decir, con los roles socialmente asignados de madre, esposa y trabajadora, atendiendo al hecho de que la mujer santandereana de aquella época está inserta en un contexto de crecimiento urbano que le obliga a laborar en diversos oficios,[2] pero que pese a las transformaciones socio-económicas, todavía tiene al espacio doméstico como lugar privilegiado, en el que, se esperaba, desplegara sus virtudes cristianas y sus conocimientos sobre un manejo del hogar con austeridad, sencillez, orden y aseo, bajo la autoridad todavía incuestionable del padre y del esposo.[3]

La segunda parte de las historias clínicas a emplear es la sección de diagnóstico, la cual recopila información clínica como la valoración del psiquiatra sobre la enfermedad, es decir, sus signos, síntomas y antecedentes, incluyendo en

[2] VALDIVIESO CANAL, Susana. Bucaramanga: historias de setenta y cinco años. Bucaramanga, Cámara de Comercio de Bucaramanga, 1992. p. 51.
[3] PACHÓN, Ximena. La familia en Colombia a lo largo del siglo XX. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Centro de Estudios Sociales CES. 2007 Disponible en: [http://www.bdigital.unal.edu.co/1363/13/12CAPI11.pdf] Sobre este punto se anotan diferencias regionales y de acuerdo a la clase social a la que pertenecía la mujer. PP. 147-148.

algunos casos las narraciones textuales de las pacientes, por tanto su apreciación sobre su experiencia.

La recepción y apropiación de teorías y saberes psiquiátricos no sólo determinaron la forma en que eran tipificadas las internas del Instituto Psiquiátrico y la relación que se establecía con el médico, también influenciaron los tratamientos efectuados dentro de la institución asistencial. El tercer capítulo está destinado a describir y cuantificar los tratamientos prescritos a las mujeres diagnosticadas con esquizofrenia y psicosis maníaco-depresiva, entre los que se encuentran las terapias de choque, la laborterapia y la introducción de la administración de psicofármacos. Para este fin se emplea la sección de tratamiento de las historias clínicas y documentos administrativos.

1. JUSTIFICACIÓN

A partir de la década del sesenta, en particular -aunque no exclusivamente- con los trabajos de Foucault,[4] los historiadores empezaron a centrar su atención en sujetos hasta entonces poco relevantes en la historiografía en el ámbito internacional. Surgieron entonces estudios dedicados a los vagos, los delincuentes y a los locos; sobre las instituciones que buscaron aislarlos de la sociedad, tratarlos y disciplinarlos por ser considerarlos "peligrosos"; y sobre los saberes que legitimaron estas prácticas. El objetivo de estos trabajos fue poner en evidencia que la locura y los sujetos signados de locos eran fruto de una construcción social, y que las instituciones en las que eran segregados tenían como fin el control social.

En concordancia con la producción historiográfica internacional, aunque de manera un poco tardía, han surgido en nuestro país durante la última década algunas investigaciones y reflexiones en torno al estudio de la locura, de los locos, de las instituciones en que fueron asilados y de las prácticas llevadas a cabo en su interior.[5] El presente proyecto busca inscribirse en ellos, resaltando la importancia

---

[4] BURKE, Peter. *Civilización, disciplina, desorden: tres casos de estudios sobre historia y teoría social.* En: Historia y sociedad No. 15, Medellín, Colombia, Julio-Diciembre 2008, pp.11-26. FOUCAULT, Michel. Historia de la locura en la época clásica. México: Fondo de Cultura Económica, 1976. La vida de los hombres infames: ensayos sobre desviación y dominación. Madrid: La Piqueta, 1990. El poder psiquiátrico; curso en el Collége de France, (1973-1974) Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2005. También resaltamos la importancia del concepto de institución total de Erwing Goffman: GOFFMAN, E. Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu; 1998.

[5] OSPINA MARTÍNEZ, María Angélica. *"Con notable daño del buen servicio": sobre la locura femenina en la primera mitad del siglo XX en Bogotá.* En: Antípoda: Revista de antropología y arqueología, No 2. Enero- Junio. Bogotá, Universidad de los Andes. 2006. pp. 303-314. CRUZ MONTALVO, Olga Marcela. *Expresiones de la locura en el virreinato de la Nueva Granada durante el siglo XVIII.* En: Frenia: Revista de Historia de la Psiquiatría. Vol. XI. España: Departamento de Historia de la ciencia – Instituto de Historia. CSIC. 2011. pp. 47-66. SILVA, José Andrés. Espacio, cuerpo y subjetividad en el Manicomio Departamental de Antioquia: 1875-1930. Trabajo de grado para optar al título de magíster en historia. Medellín: Universidad Nacional de Colombia, 2012. Para el caso de Santander se encuentra una primera aproximación al Instituto Psiquiátrico San Camilo en ESCOBAR, Eide Judith. La enfermedad mental en el nororiente de Colombia. Evolución terapéutica en la relación médico-paciente en el Instituto Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga

de privilegiar un sujeto histórico como la mujer quien con un comportamiento discordante, fue popularmente denominada “loca” y catalogada por el lenguaje clínico como “esquizofrénica” o “maníaco-depresiva”. Consideramos, al igual que lo hacen algunos autores que centran sus análisis en la historia de la psiquiatría, que el estudio de estas mujeres y de las técnicas que fueron aplicadas en sus cuerpos siguiendo el saber científico, permiten comprender que aunque la alteración mental existe, los criterios diagnósticos y terapéuticos de la práctica psiquiátrica cambian según la sociedad y el momento histórico específico, y que éstos pueden analizarse en una institución y en un sujeto en concreto.

El período abarcado en la investigación inicia en 1953 con la apertura del Instituto Psiquiátrico San Camilo por parte del gobierno departamental, como establecimiento de beneficencia, dependiente del departamento de Asistencia Social de Santander. Esta institución nació con el propósito oficial de dar un nuevo enfoque terapéutico a la asistencia de las personas que sufrían una enfermedad mental. La fecha de cierre es 1964 por una consideración de tipo heurístico: la disponibilidad de las historias clínicas, a la sazón, principal fuente documental de este proyecto. En efecto, el archivo histórico de la institución consultado, conserva 74 historias clínicas de mujeres, a pesar de que, de acuerdo con los informes de la institución, fueron más de cien las que ingresaron en la década de 1950 y el primer lustro de la siguiente; provenientes principalmente de Bucaramanga, pero también de varios municipios de Santander; de ahí que el marco de referencia espacial se restrinja a este último.

1953-1967. Monografía para optar al título de historiadora. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander, 2009.

2. MARCO HISTORIOGRÁFICO

Como se expuso anteriormente, la historiografía sobre la locura, los “locos”, las instituciones de encierro y el saber psiquiátrico ha tenido grandes desarrollos desde la década de 1970, precisamente porque emergió en contraposición a los relatos que se empeñaban en mostrar los «grandes logros», el progreso y el humanitarismo de la psiquiatría y sus prohombres, incluso, cuestionando algunas de ellas la validez epistemológica de la psiquiatría y resaltando el afán de los psiquiatras por inscribirla en la ciencia médica.

Nos referimos específicamente a la producción intelectual de Michel Foucault, quien, desde la perspectiva genealógica, analizó el tratamiento dado a la locura en los siglos XVII y XIX, señalando que las diferencias en la etiología, la nosología, la segregación y el encierro obedecían a unas particulares condiciones discursivas características de la modernidad. El objetivo del filósofo-historiador era desfamiliarizar, evidenciar categorías aparentemente naturales –entre ellas las de la medicina- como construcciones articuladas por palabras y por discursos, y por lo tanto subrayar la contingencia radical de lo que aparece como normal.[6] Así pues, respecto a su trabajo se puede puntualizar primero, que la definición médica de la locura tiene un componente moral, social y cultural; segundo, que el encierro en las instituciones llámense manicomios, institutos, u hospitales psiquiátricos, tiene fines normalizadores en la medida en que busca transformar a los internados en sujetos moralmente aceptables, pero también tiene entre sus propósitos el control, en tanto segrega del espacio social a hombres y a mujeres considerados “peligro” para el orden social; y tercero, ello es posible por la presencia del facultativo, quien deriva su autoridad de la pretensión de “verdad” del discurso médico-psiquiátrico.[7]

---

[6] JONES, Colin y PORTER, Roy. Reassesing Foucault: power, medicine and the body. London: Routledge, 1994., p. 5. Ver también OSPINA MARTÍNEZ, María Angélica., Op. Cit., p.305.
[7] FOUCAULT, Michel. Historia de la locura en la época clásica. V.1. Op. cit., pp. 276-390 y V.2. pp. 190-263.

De las obras de Foucault se desprendieron una serie de trabajos que hicieron énfasis en el control social y en el propósito dominador del saber psiquiátrico, de los médicos y del manicomio; pero también se desprendieron una serie de críticas como el privilegio de textos normativos como principal fuente documental y el traslado y aplicación de los esquemas interpretativos del filósofo-historiador a contextos ajenos a la realidad francesa, sin tener en cuenta sus particularidades sociales y políticas, lo que llevó a hacer generalizaciones y afirmaciones concluyentes como que las pretensiones disciplinarias del poder psiquiátrico dentro de la institución de encierro pretendían extenderse a la sociedad, especialmente a las clases populares, sin reflexionar si las instituciones asistenciales gozaban de una organización y unos recursos que les permitiera ejercer este tipo de dominación, y si éstas no se enfrentaban más bien ante otros poderes dentro del entramado social como la familia, o bien, a situaciones como un número reducido de psiquiatras.[8] Pese a estas anotaciones, los historiadores reconocen lo que podría denominarse como el problema del estatuto científico de la psiquiatría,[9] igualmente, que la locura, a la que la mayoría reconoce su existencia como una alteración con sustrato biológico, es una formación discursiva puesto que las categorías diagnósticas son creadas dentro de un contexto socio-histórico particular.

Lo anterior los llevó a matizar sus enfoques teóricos y a hacer un marcado énfasis en el contexto social, económico y político bajo el cual es posible comprender, no

[8] Sobre la recepción de las ideas de Foucault en la historia de la psiquiatría ver: PORTER, Roy. Breve historia de la locura. Madrid: Turner Publicaciones; México: Fondo de Cultura Económica, 2003. p. 15. HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael. *Historia de la psiquiatría, por qué y para qué.* En: Frenia: Revista de Historia de la Psiquiatría. Vol. I (1). España: Departamento de Historia de la ciencia – Instituto de Historia. CSIC. 2001. pp. 20-22.

[9] Una discusión que inició en la década de 1960 con los cuestionamientos a la definición de la enfermedad mental en relación con las aspiraciones de ascenso profesional de los psiquiatras, llevada a cabo por el denominado “movimiento de antipsiquiatría” liderado por Thomas Szasz y de manera paralela, y desde la perspectiva filosófica, con las publicaciones de Michel Foucault; también las discusiones que se hacen al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM en décadas más recientes. En: PORTER, Roy. Ibíd., pp. 13-19. POSTEL, Jacques y QUÉTEL, Claude. (Coord.) Nueva historia de la psiquiatría. Op. cit., p. 16.

sólo las prácticas y actitudes del facultativo, sino la posición del enfermo mental. Con este fin, se acercaron a fuentes documentales como las historias clínicas y a los informes institucionales que aportaban información sobre el número y sobre las condiciones de las personas internas en determinada institución psiquiátrica, para obtener información sobre el sujeto internado, sobre sus redes y relaciones familiares y los nexos con otras instituciones. Todo ello, sin perder de vista la estrecha relación entre el "orden social" y lo que en el ámbito científico se considera como "salud mental", lo que a la vez, permitió trasladar el problema de la locura del espacio cerrado del manicomio hacia el espacio social, donde tanto lo normal como lo patológico se convierten en decisiones sociales que toma el poder político o la moral imperante, entendidos como "pensamiento hegemónico" para reducir a sectores sociales considerados molestos y peligrosos.[10]

Ahora bien, en cuanto a la producción sobre historia de la psiquiatría a nivel nacional, encontramos dos grandes tendencias; una que podría denominarse "tradicional", elaborada por médicos-psiquiatras y otra tendencia elaborada por historiadores o científicos sociales en los últimos diez años.[11] La primera recibe este nombre no sólo porque puede considerarse como una "primera etapa" o acercamiento al tema de la práctica psiquiátrica, sino fundamentalmente, por su empeño en mostrar de manera positiva y apologista sus logros científicos y filantrópicos, ya que su finalidad no es otra que legitimar científica y socialmente a la psiquiatría y a los psiquiatras. Se trata pues, de una visión lineal, ascendente y humanitaria de lo acaecido. En esta tendencia puede enmarcarse el trabajo del médico psiquiatra Humberto Rosselli titulado *"Historia de la psiquiatría en Colombia"*, editada en 1968.[12]

---

[10] HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael. *Historia de la psiquiatría, por qué y para qué.* Op. cit., p. 26.

[11] Sobre este tipo de clasificación ver HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael. *Historia de la psiquiatría, por qué y para qué.* Ibíd., pp. 9-36.

[12] ROSSELI, Humberto. Historia de la psiquiatría en Colombia. Bogotá: Editorial Horizontes, 1968.

En la obra se hace un recuento detallado y cronológicamente ordenado de la evolución del tratamiento dado a algunas manifestaciones de la locura y del surgimiento de la psiquiatría en el actual territorio colombiano, estableciendo sus orígenes en las prácticas indígenas y pasando por la época colonial hasta llegar a los siglos XIX y XX. A este último le dedica un volumen de la obra, en el que describe, sin pretensiones analíticas,[13] la práctica de sus colegas y contemporáneos hasta culminar en la década del sesenta. Así pues, Rosselli da cuenta de la evolución de los antiguos asilos, del frenocomio de mujeres de Bogotá, del Sanatorio frenopático de Sibaté y reseña la apertura de instituciones psiquiátricas en algunas ciudades del país, de las hazañas de sus facultativos y de las técnicas terapéuticas introducidas en este período. Si bien se ofrece una visión teleológica y de progreso de la práctica psiquiátrica, consideramos que este texto es útil en la medida en que pone de manifiesto la visión científica de un médico psiquiatra sobre la formación y labores de sus contemporáneos, así como de las prácticas terapéuticas aplicadas en la primera mitad del siglo XX, especialmente, de la década de 1950.

La segunda tendencia en la que se puede enmarcar la historia de la psiquiatría en el país, proviene del ámbito profesional de las ciencias sociales, básicamente de la antropología y de la disciplina histórica, la cual emerge de preocupaciones teóricas concretas, en particular, de los planteamientos de Michel Foucault y con mayor o menor grado, de los historiadores europeos y norteamericanos que han seguido esta línea. El primero de ellos es el artículo "*'Con notable daño del buen servicio': sobre la locura femenina en la primera mitad del siglo XX en Bogotá"*, elaborado por la antropóloga María Angélica Ospina en el 2006. En él se propone un análisis de la locura en relación con el género femenino teniendo como referencia los discursos sobre las mujeres internadas en el Asilo de Locas de Bogotá entre 1930

[13] OBREGÓN, Diana. *Historiografía de la ciencia en Colombia*. En: ARCHILA, Mauricio. [et. al.] la historia al final del milenio: ensayos de historiografía colombiana y latinoamericana. Bogotá: Editorial Universidad Nacional; Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Departamento de Historia, 1994. V.1. p. 551.

y 1940, contenidos en documentos institucionales y en las observaciones de algunos médicos que laboraron en la institución y publicaron sus observaciones tras la introducción y aplicación de terapias en boga en el ámbito científico europeo como el coma insulínico o las inyecciones de cardiazol.

El artículo es ante todo una reflexión teórica desde la perspectiva feminista sobre las concepciones sociales de la locura en las mujeres, en el que se establece una relación entre los tipos de locura considerados por la ciencia occidental como propiamente "femeninos" como la histeria y los roles asignados de madre, esposa, etc., los cuales se circunscribían en el espacio doméstico y en la relación subordinada respecto al hombre. Esta relación que hace la autora evidencia que las representaciones sociales de las mujeres que padecían alguna enfermedad mental giraban en torno a su nivel incapacitante para las labores domésticas, por tanto, a la mujer loca se le consideraba ante todo como una "inútil", a diferencia de los hombres "locos" a quienes fundamentalmente se les consideraba como seres peligrosos. En consecuencia, Ospina argumenta que la forma en que fueron diagnosticadas y tratadas las internas en el Asilo de Locas de Bogotá, puede ser vista como una forma más de exclusión e invisibilización del género femenino desde la ciencia, desde la sociedad y las familias.

Esta visión es bastante sugerente, en tanto pone de relieve que las categorías diagnósticas construidas por los psiquiatras se encuentran vinculadas con las representaciones culturales de los géneros femenino y masculino, también porque fueron particularmente excluyentes. No obstante, pese a estas apreciaciones teóricas, el ensayo no establece una relación clara entre los tipos de locura que sirvieron de motivo de ingreso de las mujeres al asilo bogotano y su condición de género. Por el acercamiento teórico que ha tenido la autora al tema y por la historiografía europea, se sabe que la histeria, la melancolía y la "locura puerperal" fueron identificados por la comunidad científica internacional con la simbología que la cultura occidental ha asociado a lo propiamente femenino como la

emocionalidad, la maternidad y la sexualidad, por tanto, se afirmaba, eran padecimientos propios de la condición femenina. Sin embargo, no hay una lectura de esta misma relación con otros tipos de locura como la esquizofrenia, excepto su efecto incapacitante para cumplir los roles asignados socialmente y el consiguiente efecto de exclusión y rechazo social, lo que caracterizaría también a la histeria o la melancolía, incluso, a los padecimientos que aquejaran a los hombres, quienes también podían ser vistos en estos términos como inútiles o improductivos.

Un segundo trabajo de historia de la psiquiatría en nuestro país es *"Espacio, cuerpo y subjetividad en el manicomio departamental de Antioquia: 1875-1930"*, elaborado por José Silva en 2012. En él, el autor se propone historiar las trasformaciones técnicas de la psiquiatría en Medellín centrándose en el loco como una corporeidad moldeada por las prácticas médicas en el espacio del manicomio, para lo cual emplea como fuentes documentales algunas historias clínicas, tesis de medicina, artículos médicos y documentos administrativos, y asume una perspectiva en la que la locura es interpretada como una caracterización preeminentemente objetivada realizada por el discurso psiquiátrico (psicopatología), la cual niega la subjetividad del loco, convirtiéndole en enfermo mental y en objeto de estudio y de acción terapéutica.[14] Por este motivo, el trabajo ubica a las prácticas médicas como el horizonte sobre el que se puede indagar cómo se transforman los conceptos de la psiquiatría junto con la práctica

[14] Silva argumenta que la intervención psiquiátrica calla al loco y le niega su subjetividad en la medida en que el dispositivo de indagación clínica empleado por el psiquiatra, centrado en la palabra y el pensamiento del paciente como unidad básica de interpretación patológica, tiene como finalidad volver objetiva la enfermedad mental para reducir la producción de incoherencias del pensamiento. Según este autor, la psiquiatría es una práctica que "desconoce las formaciones subjetivas de la ideación psicótica, alucinatoria y delirante que comprenden el drama subjetivo del estado psicótico. Es así como la intervención terapéutica psiquiátrica se erige sobre una racionalidad científica y biomédica que desconoce las configuraciones de la historia personal del paciente, es decir, reduce las dolencias de la psique a un estado positivo de alteraciones de la conducta"; de ahí que la locura o trastornos de la razón y desviación de la moralidad conviertan al loco en una entidad de intervención directa de la terapéutica psiquiátrica sólo bajo la condición de abarcar su corporalidad. SILVA, José Andrés. Op. Cit., pp. 2 y 29.

hospitalaria, entendida esta última como una forma material del dispositivo médico.

Para elucidar las formas del accionar terapéutico sobre el cuerpo del loco, indaga en primer lugar por el espacio social que ocupó el manicomio departamental de Antioquia en la ciudad de Medellín con el propósito de dar un contexto espacial al proceso de aparición del manicomio en la ciudad, poniendo en evidencia que la creación de este espacio asistencial se insertó en las relaciones políticas, sociales y económicas de la ciudad. Por tanto, no fue un proyecto institucional creado desde cero, sino en el contexto de una racionalidad asistencial y administrativa de la locura que empezaba a emerger en ese período. En segundo lugar, enfatiza en lo que él denomina la "inserción del cuerpo" dentro de la moral antioqueña, es decir, las reflexiones en torno al cuerpo y la forma en que éste fue objeto de los dispositivos higienistas y de los valores morales imperantes. Y en tercer lugar se centra en las relaciones entre el cuerpo enajenado y el espacio del manicomio evidenciando su origen en la caridad y en el control policial, y en las prácticas terapéuticas de alimentación y el trabajo sujetas a los discursos higienistas y morales sobre la salud y el cuerpo.

Finalmente, contamos para el caso local con la monografía *"La enfermedad mental en el nororiente de Colombia. Evolución terapéutica en la relación médico-paciente en el Instituto Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga 1953-1967"* de Eide Escobar. Aunque afirma asumir un enfoque teórico internalista para "observar la relación y funcionamiento de los médicos psiquiatras, el enfermo-paciente y la enfermedad,"[15] el trabajo termina reconstruyendo, fundamentalmente, la organización administrativa y científica de esta entidad; por lo tanto, se puede definir como una historia institucional del Instituto Psiquiátrico santandereano, al que presenta, básicamente como una entidad que hacía parte de los organismos de salud pública destinada a atender a pacientes con trastornos psiquiátricos

[15] ESCOBAR, Eide. Op. cit., p.19.

crónicos mediante “tratamientos especiales”, es decir, aquellos considerados científicos por una comunidad de médicos que empezaba a profesionalizarse.

Aunque en nuestro concepto la monografía presenta algunos inconvenientes como el hecho de citar a Foucault como referente teórico de la investigación y terminar concluyendo el acertado encierro de los enfermos mentales debido a su potencial “peligrosidad social”,[16] acercándose de esta manera a la visión favorecedora y legitimadora de la institución, de sus expertos y de sus prácticas; y el empleo de un marco espacial anacrónico puesto que la jurisdicción del Instituto Psiquiátrico San Camilo era departamental;[17] resaltamos su gran interés por realizar un trabajo historiográfico sobre una institución hasta entonces inexplorada, por reconstruir el rol del psiquiatra y el funcionamiento de la entidad. En consecuencia, consideramos que este trabajo debe ser continuado y profundizado en aspectos como la práctica médica en relación con los sujetos a quienes, etiquetados con unas categorías diagnósticas específicas que obedecían a un discurso psiquiátrico básicamente organicista, les fueron desplegados sobre sus cuerpos determinadas técnicas terapéuticas, lo que está en concordancia con lo que se propone el presente proyecto.

[16] Ibíd., pp.16 y 70.

[17] Al respecto nos acogemos a la resolución de conformación del instituto psiquiátrico, lo que corresponde con la información aportada por las historias clínicas exploradas para la presente investigación. Al parecer la jurisdicción sobre el nororiente colombiano, que corresponde a los departamentos de la Guajira, Cesar, Boyacá, Magdalena y Norte de Santander obedece a las dos últimas décadas.

3. FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y CONCEPTUALES

Indagar sobre las formas en que fueron diagnosticadas y tratadas las mujeres internas en San Camilo desde el momento de apertura de la institución en 1953 hasta 1964, nos lleva a abordar cuestiones como el discurso psiquiátrico, es decir, la forma en que era definida la locura bajo unas categorías diagnósticas que obedecían a un sistema nosológico específico. Igualmente nos lleva a acercarnos al contexto de vida de las internas, cuerpos objetivados para ser tratados, es decir, cuestionarnos, en la medida en que la fuente documental lo permite, sobre su procedencia, familia, ocupación, sentimientos. Finalmente, a dirigir nuestra mirada a la manera en que actuaron los facultativos dentro de la institución para tratarla de acuerdo a unas técnicas específicas derivadas de su saber.

Por lo tanto, consideramos pertinente orientar esta indagación con las propuestas de Michel Foucault y con los aportes de historiadores de la ciencia que se han ocupado del tema de la locura y la práctica psiquiátrica a partir de las propuestas del filósofo-historiador para entenderla como una construcción cultural en el horizonte de una red de prácticas médico-psiquiátricas y administrativas,[18] y para centrar la atención en los sujetos subalternos sobre los que se desplegaron las técnicas que se basaron en el saber psiquiátrico sin perder de vista el tema de la regulación social. En consecuencia, la locura y la “loca” no serían analizadas como problemas sociales que obstaculizan una integración social armoniosa, sino como construcciones intelectuales que expresan una relación de poder y justifican la existencia de un espacio en cual aplicar dicho poder. [19]

Así pues, palabras como poder, verdad y subalterno cobran especial relevancia a la hora de realizar una reconstrucción histórica sobre las mujeres internas en San

[18] A diferencia de apreciarla como un hecho natural y transhistórico como lo haría el campo médico. PORTER, Roy. Breve historia de la locura. Op. cit., p.15.
[19] HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael. Los laboratorios de la norma: medicina y regulación social en el Estado liberal. Barcelona: Ediciones Octaedro, 2008., p. 20.

Camilo en la década del cincuenta, quienes fueron objeto de las estrategias del dispositivo psiquiátrico que se acondicionó en esta institución para ejercer poder sobre sus cuerpos, es decir, para aislarlos de la sociedad y contrarrestar su comportamiento patológico y desviado de la razón y la moral imperante. De ahí la importancia de atender a los discursos, los métodos terapéuticos, las medidas administrativas y los ordenamientos arquitectónicos y espaciales, lo que, en definitiva, componen a este dispositivo.[20]

El poder no se remite a un personaje en específico, sino a un entramado de relaciones que está presente en el interior del dispositivo psiquiátrico y sus elementos para transformar la conducta discordante de las internas.[21] Pese a las posteriores críticas hechas al concepto de poder propuesto por Foucault, como su presencia omnímoda en toda la sociedad en detrimento de otras nociones como dominación o autoridad,[22] queremos dar relevancia a la facultad que tiene para crear verdad y por lo tanto, su legitimación. En el espacio de la institución psiquiátrica, ello supone la legitimidad que en el diagnóstico de la enfermedad tenían la nosología o clasificaciones psiquiátricas para producir la realidad de un cuerpo enfermo al que se intervendría con la aplicación de técnicas terapéuticas como los electrochoques, las inyecciones de cardiazol, la sedación, la aplicación al trabajo, etc., y por supuesto, la incuestionabilidad de la actuación del médico-psiquiatra, en tanto experto, quien objetiva a la interna mediante el método clínico para encontrar en su cuerpo los signos y síntomas de la enfermedad mental, desproveyéndola de la palabra, es decir, de su subjetividad, lo que es una característica crucial del saber psiquiátrico.

---

[20] FOUCAULT, Michel. El poder psiquiátrico. Op. cit., p. 356.

[21] Sobre el concepto de poder y la metodología genealógica propuesta por Foucault resulta esclarecedor el texto de O'BRIEN Patricia, *"Michel Foucault's cultural history".* En: HUNT, Lynn (Ed). The new cultural history. London: University of California press, Berkeley and Los Angeles California, 1989. P.25-46. En él se enumeran algunas de sus características entre las que se encuentra su naturaleza relacional (por tanto no es un objeto), su capacidad no tanto represiva sino productiva y su presencia en todas las relaciones sociales, incluso en sus niveles más micro.

[22] HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael. Los laboratorios de la norma… Op. Cit., p. 29.

De acuerdo con Huertas, cualquier reflexión que involucre el poder debe incorporar la posición de los sectores subalternos, entre los cuales se encuentran los enfermos, es decir, los no expertos, quienes también tienen la capacidad de negociar con el poder.[23] Ello supone la búsqueda de su voz en los documentos, así como hallar sus estrategias de resistencia. Sobre este tema y la apropiación del concepto de Gramsci, es sugerente la apreciación de Celia Díaz e Isabel Jiménez sobre cómo podrían aproximarse quienes pretenden adentrarse en la historia de la psiquiatría a las voces subalternas de los internos de un hospital psiquiátrico cuando justamente una característica de máxima relevancia en la descripción de la locura es la pérdida de identidad, la ausencia de sujeto, y por tanto, de la subjetividad.[24]

Según las autoras, la práctica psiquiátrica occidental de inicios del siglo XX bajo la perspectiva hegemónica kraepeliana buscó transformarse en un saber positivo. Ello es evidente en el tipo de registro que contienen las historias clínicas donde sólo se autoriza la palabra del psiquiatra y está, en gran medida ausente el discurso de los pacientes. Sin embargo, ello no significa que no puedan hallarse fragmentos del discurso de este último. En efecto, estos pueden ser recogidos literalmente de sus frases y expresiones en las exploraciones psicopatológicas o en los tratamientos, también en el material producido por ellos mismos como cartas o dibujos.

La información suministrada por el propio paciente sumada a la referencias de tipo administrativo como los datos de filiación, fechas de ingreso y alta evidenciando a quién hizo esa petición, a las exploraciones complementarias en la fase diagnóstica (exámenes médicos adicionales), las cartas de otras instituciones y el

[23] Ibíd., p. 23.
[24] GARCÍA DÍAZ, Celia y JIMÉNEZ LUCENA, Isabel. *"Género, regulación social y subjetividades. asimilaciones, complicidades y resistencias en torno a la loca (el manicomio provincial de Málaga, 1920-1950)"*. En: Frenia: Revista de Historia de la Psiquiatría. Vol. X. España: Departamento de Historia de la ciencia – Instituto de Historia. CSIC. 2010. p. 129.

material producido por los familiares en forma de cartas o relatos sobre los antecedentes del interno, permiten la posibilidad de reconstruir otras perspectivas diferentes a las del médico psiquiatra, de establecer relaciones entre los diferentes agentes y en lo posible, de dar cuenta de las formas en que los pacientes se alían o resisten a las prácticas del poder psiquiátrico. Por lo tanto, es preciso conseguir indicios directos o indirectos que permitan contar la historia por otras voces.

4. METODOLOGÍA

El presente proyecto resalta la relevancia de las historias clínicas para reconstruir la práctica psiquiátrica hacia las mujeres internas en el Instituto Psiquiátrico San Camilo entre 1953 y 1964. En términos generales, estos documentos permiten realizar un análisis histórico de la psiquiatría en su vertiente práctica, es decir, de las relaciones entre médicos y pacientes, de éstos con la institución asistencial y con el mundo exterior; así como de la relación entre el discurso psiquiátrico con la práctica clínica.[25]

El cuerpo de 74 historias clínicas que se emplearán para la investigación se encuentra custodiado en el archivo del E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo. Los documentos se encuentran en buen estado, organizados y disponibles para su consulta. De acuerdo a la estructura propuesta para desarrollar la investigación, se emplearán tres secciones específicas de estos documentos para describir de qué manera el discurso psiquiátrico de la época determinó el trato dado a las internas en San Camilo en dos aspectos fundamentales, su inscripción dentro de las categorías diagnósticas esquizofrenia y psicosis maníaco-depresiva, siguiendo el sistema nosológico propuesto por los psiquiatras Eugène Bleuler y Emil Kraepelin; y los tratamientos empleados dentro de la institución psiquiátrica para controlar las expresiones de las enfermedades mentales, entre los que se encontraban las terapias de choque, la laborterapia y la administración de psicofármacos. Estas secciones son: el formato de ingreso, la sección de diagnóstico y la sección de tratamiento.

El formato de ingreso es un formulario que se diligenciaba en el momento de internamiento de las pacientes al Instituto Psiquiátrico San Camilo, y recoge información como fecha de ingreso y salida, edad, procedencia, estado civil e información familiar. A partir de estos datos, en su mayoría socio-demográficos, es

[25] GARCÍA DÍAZ, Celia y JIMÉNEZ LUCENA, Isabel. Op. cit., p. 127.

posible realizar un contexto de la población femenina ingresada en el período de estudio, de acuerdo con la ilustración de su realidad personal, familiar y los posibles nexos con otras instituciones, es decir, si su ingreso al Instituto Psiquiátrico se realizó por traslado de otra institución asistencial (hospital o instituto psiquiátrico), a través de organismos estatales de policía o de justicia, o si era remitida por otro municipio con intermediación de la alcaldía o de la parroquia a la que estaba adscrita la familia.

La sección de diagnóstico está compuesta por los siguientes apartes: 1) *Antecedentes familiares*, en el que se consigna si algún familiar ha tenido algún antecedente psicopático y en varios casos, los relatos de la familia sobre la enfermedad de la mujer a ingresar. 2) *Antecedentes personales*: se trata de una reconstrucción de los episodios que llevaron a que la mujer fuera internada en el Instituto Psiquiátrico narrada por la persona que la llevó a internarla, por lo general algún familiar. En algunos casos se incluyen relatos textuales que realizó la paciente. 3) *Examen somático*: exámenes practicados a las mujeres en el momento de ingreso para determinar su estado de salud física, en los que se incluyen mediciones de peso, talla, presión arterial, respiración, estado de salud bucal, y en algunos casos exámenes ginecológicos y pruebas de Wassermann para detectar posibles casos de sífilis. 4) *Examen psiquiátrico de ingreso* en el que el médico psiquiatra realizaba una valoración inicial de la paciente, por lo general, a partir de un diálogo con ella, para detectar los síntomas y signos de alguna enfermedad mental e inscribir a la paciente en una categoría diagnóstica para determinar posteriormente su tratamiento. En este último aparte se iban consignando continuamente las valoraciones del médico psiquiatra durante el tiempo de estancia de la paciente en el Instituto Psiquiátrico.

Esta sección es la que mayor riqueza de información tiene para la investigación que hemos planteado. En ella se evidencia de qué manera el psiquiatra trata de conocer la enfermedad mental, poniendo en juego el discurso médico-psiquiátrico,

que en este caso da gran importancia a los antecedentes y a los aspectos orgánicos para determinar la enfermedad; también pone de relieve su experticia para determinar las categorías diagnósticas al emplear la nosología kraepeliana y de Bleuler. Igualmente, da cuenta de qué manera establece una relación con la mujer interna, es decir, en qué medida deja consignar su propia versión de la enfermedad.

La sección de diagnóstico ofrece la posibilidad de reconstruir de qué manera vivían la enfermedad las mujeres internas en San Camilo, es decir, qué se decía sobre sus episodios psicóticos por sus familiares, por el personal de la institución y en algunos casos, por ellas mismas, poniendo de relieve los valores sociales y morales de la época, en este caso, transgredidos por las internas.

La última sección a emplear de la historia clínica es la de tratamiento. En ella se recopilan los procedimientos prescritos por los psiquiatras a las internas y su evolución. Por ejemplo, se consigna de manera detallada el número de sesiones de electrochoques a que eran sometidas, los psicofármacos suministrados, las labores manuales que desempeñaban dentro de la institución de encierro bajo la terapéutica de la aplicación al trabajo, y en varios casos las apreciaciones y/o reacciones y resistencias ante dichos tratamientos por parte de las mujeres internas.

Esta información permitirá reconstruir la práctica terapéutica hacia las mujeres internas, el contexto de la institución de encierro en los casos en que el personal tuvo que utilizar la fuerza para administrar los tratamientos y la forma en que estas prácticas eran asumidas por la población femenina.

Además de las historias clínicas, se emplearán los libros de actas y resoluciones disponibles en el Archivo en el momento de su consulta: 1959-1964(5). Estos documentos hacen referencia a las labores de tipo administrativo que se

realizaban dentro de la Institución psiquiátrica, consignadas tras las reuniones de la Junta Directiva de la entidad, donde se tomaban decisiones en relación con el mantenimiento del plantel, del personal, etc. Aunque este cuerpo documental no es el principal para esta investigación ya que fue ampliamente explorado un trabajo de grado anterior,[26] se emplearán para el contexto institucional de San Camilo, en especial para ilustrar algunas actividades terapéuticas como la laborterapia.

La recolección de la información se hizo teniendo en cuenta un acercamiento teórico preliminar, lo que condujo, en primera medida, a la identificación de las secciones de las historias clínicas a emplear mediante el uso de fichas documentales en el que quedaran claramente discriminados los datos relevantes para la presente investigación como: aspectos socio-demográficos de la población femenina ingresada en el Instituto Psiquiátrico San Camilo entre 1953 y 1964 (edad, lugar de procedencia, estado civil, ocupación y nexos con otras instituciones); diagnósticos emitidos por los médicos psiquiatras, en el que se evidenció que la mayoría de mujeres internas, consideradas pacientes "crónicas" eran diagnosticadas como esquizofrénicas o psicóticas maníaco-depresivas; y tratamientos aplicados, entre los que se identificaron los electrochoques, las inyecciones de cardiazol, la provocación del coma insulínico que se han agrupado como terapias de choque, el suministro de psicofármacos como neurolépticos y antidepresivos, y la aplicación al trabajo (oficios domésticos, lavado de ropa y cocina) y labores manuales (costura), entonces conocido como "laborterapia".

Las historias clínicas que ilustrarán los casos particulares de las internas se han elegido teniendo en cuenta su riqueza de información en las secciones de

[26] ESCOBAR, Eide. Op. Cit., En este trabajo se realiza una descripción detallada del funcionamiento de la institución, haciendo un recuento pormenorizado de sus secciones administrativa (composición de la junta directiva), científica (composición del equipo médico y el personal de asistencia) etc., por lo que no se considera pertinente repetirlo en el presente proyecto de investigación.

diagnóstico. Así pues, se han privilegiado aquellas que poseen mayor información aportada por los familiares, los relatos de viva voz de la interna y las reflexiones médicas del facultativo.

A partir de la información recolectada de 74 historias clínicas se construyó una base de datos en el programa Excel de Microsoft, atendiendo a que no se posee una voluminosa información que requiera el uso de un programa más especializado. La elaboración de tablas nos permitirá un acercamiento estadístico a la información socio-demográfica de la población femenina ingresada, a las categorías diagnósticas empleadas y a los tratamientos prescritos; los cuales serán contrastados con la información consignada por los médicos sobre los signos y síntomas de las internas, con las apreciaciones de ellas mismas y de sus familiares y con la información suministrada sobre la nosología kraepeliana y de Bleuler, con el fin de describir cómo fueron inscritas las internas dentro de las categorías diagnósticas esquizofrenia y psicosis maníaco-depresiva.

Asimismo, la información que nos aportan las historias clínicas sobre el tratamiento de las internas en las que ofrecen tanto la visión médica y del personal de la institución psiquiátrica (los expertos) y algunas apreciaciones de las internas (no expertos) y su resistencia o aceptación de la aplicación de las técnicas terapéuticas en sus cuerpos, serán contrastadas entre ellas mismas, con la historiografía sobre el tema y la orientación teórica que le hemos dado a nuestro proyecto.

De acuerdo con lo anterior, el presente trabajo plantea que las mujeres internas en el Instituto Psiquiátrico San Camilo entre 1953 y 1964, en su mayoría provenientes de Bucaramanga, fueron objeto de una práctica psiquiátrica que se fundamentó a nivel conceptual en la nosología propuesta por Emil Kraepelin (psicosis maníaco-depresiva) y Eugéne Bleuler (esquizofrenia), en el contexto de la naciente psiquiatría como ciencia positiva en Europa, la cual fue introducida en nuestro país

en la Facultad de Medicina de Bogotá, espacio de formación de los psiquiatras santandereanos. En concordancia con ello, la relación entablada entre el psiquiatra y la interna durante el proceso diagnóstico se caracterizó por el privilegio de la experticia del primero, por lo que su acción se dirigía, fundamentalmente, a la detección de los signos y síntomas del trastorno desde sus conocimientos previos, sin darle relevancia a la versión de la experiencia de la paciente. Asimismo, el rasgo principal del tratamiento clínico, fue su énfasis en lo somático, de lo que se desprendió el amplio uso de terapias biológicas de choque y de administración de psicofármacos, en comparación con la prescripción de la laborterapia.

> *"La imposibilidad de descubrir al loro auténtico puso fin a la creencia de Barnes de que sea posible atrapar al "verdadero" Flaubert, o al "verdadero" nadie. Sin embargo, muchas personas nunca descubren el despropósito de esta empresa y siguen creyendo que, con información suficiente, serán capaces de definir y explicar a una persona. Siempre ha habido controversias entre los psiquiatras y psicólogos acerca de la validez de un diagnóstico de personalidad. Algunos creen en los méritos de la empresa y dedican su carrera a una precisión nosológica inclusive mayor. Otros, entre quienes me incluyo, se maravillan de que el diagnóstico pueda tomarse con seriedad, que ni siquiera pueda ser considerado más que como un conjunto de síntomas y rasgos behavioristas. No obstante, recibimos cada vez más presión (de hospitales, compañías de seguros, agencias del gobierno) para que etiquetemos a una persona con una frase de diagnóstico y una categoría numérica.*
>
> *Inclusive el sistema de nomenclatura psiquiátrica más liberal hace daño a una persona. Si tenemos relación con alguien con la creencia de que podemos categorizarlo, no identificaremos las partes, las partes vitales que trascienden la categoría. La relación positiva siempre asume que el*

otro jamás será posible de ser conocido totalmente. Si me viera obligado a asignar una categoría de diagnóstico a Marie, seguiría la fórmula prescripta por el manual de diagnóstico y estadística psiquiátricas en uso actualmente (DSM-IIIR) y llegaría a un oficial diagnóstico preciso de seis partes. Sin embargo yo sé que tendría poco que ver con la Marie de carne y hueso, la Marie que siempre me sorprendió y eludió mi alcance, la Marie de las dos sonrisas"[27]

[27] *"Dos sonrisas"* En: YALOM, Irvin. Verdugo del amor. Historias de psicoterapia. Buenos Aires: Emecé Editores, 2000. pp.226-227

5. DOS GRANDES PSICOSIS: LA LOCURA MANÍACO-DEPRESIVA Y LA ESQUIZOFRENIA. APROXIMACIONES A LA APROPIACIÓN DE LA NOSOLOGÍA PROPUESTA POR EMIL KRAEPELIN Y EUGÈNE BLEULER EN EL ÁMBITO NACIONAL

5.1 LA PSIQUIATRÍA ENTRE FINALES DEL SIGLO XIX E INICIOS DEL XX EN EUROPA

En el primer cuarto del siglo XX, Emil Kraepelin, denominado por algunos historiadores de la psiquiatría como uno de los últimos personajes con los que el alienismo arrojó sus últimas luces,[28] dominaba la psiquiatría europea, pese a que en ese momento se evidenciaban otros desarrollos para la comprensión y conceptualización de la enfermedad mental, producto de las elaboraciones teóricas de su contemporáneo Sigmund Freud, y del médico suizo Eugène Bleuler.[29]

La prioridad de varios psiquiatras de finales del siglo XIX, como Kraepelin, fue consolidar la disciplina como una labor eminentemente científica para que pudiera inscribirse dentro de las ciencias biomédicas "duras" como la neurología y la medicina.[30] La psiquiatría debía ser pues, un saber positivo. Por este motivo, el médico, formado en la escuela organicista y neuropatológica alemana del siglo XIX,[31] se preocupó por realizar una clasificación de las enfermedades mentales fundamentadas de manera similar a la biología.[32]

---

[28] Pues se inscribía en el proyecto de descubrir especies verdaderamente naturales caracterizadas por un conjunto de síntomas físicos y morales y por una "marcha" especial. De ahí que se afirme también que su obra pertenece al siglo XIX. En: POSTEL, J. y QUETEL, C. Op. cit., p. 319.
[29] Ibíd., p. 324.
[30] y apartarla de "vergüenzas" curanderiles y marginales como el mesmerismo y el espiritualismo. PORTER, Roy. Breve historia de la locura. Op. Cit., p. 175.
[31] POSTEL, J. y QUETEL, C. Op. cit., p. 665. La escuela alemana se caracteriza por reivindicar el retorno a la clínica.
[32] Una "historia natural" de los trastornos mentales según Roy Porter. Op. Cit., p. 177. Ver también: CAPONI, Sandra. *Emil Kraepelin y el problema de la degeneración.* En: História, Ciências, Saúde – anguinhos, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, Dic. 2010., p. 475.

Como resultado, construyó las categorías diagnósticas ***psicosis maníaco-depresiva***,[33] basado en los trabajos de sus antecesores J.P. Falret (enfermedad circular) y J.G.F. Baillarger (locura de doble forma), y ***demencia precoz***, agrupando los tres tipos principales: la catatonia y la hebefrenia, trabajados por Kahlbaum y Hecker, más una forma delirante a la que calificó de paranoide. La construcción de las dos psicosis kraepelianas, una que afectaba primordialmente a las emociones y la otra al intelecto –trastorno denominado años después *esquizofrenia* por Bleuler -, incluida la diferenciación que el médico estableció entre las dos en cuanto a sus tipos de síntomas y pronóstico, estuvo precedida por cambios importantes en los marcos conceptuales que dominaban la visión de la enfermedad mental hasta entonces. De acuerdo con Luque, Berríos y Villagrán, estos cambios consistieron en la superación de la vieja noción "monolítica" de la locura, la introducción de nuevas unidades de análisis, y el complejo proceso de transformación de las insanias en psicosis.[34]

El esfuerzo de Kraepelin por construir un sistema nosológico para los trastornos mentales transformó la forma en que éstos eran clasificados y conceptualizados, pues su trabajo se caracterizó por seguir un criterio evolutivo y por ver a los pacientes como portadores de síntomas, es decir, sin centrarse en su estado psicopatológico, y por tener en cuenta las historias de casos como evidencia de los signos esenciales de cada trastorno,[35] sentando con ello las bases de la práctica psiquiátrica moderna.

---

[33] Actualmente incluida dentro de los trastornos afectivos y denominada trastorno bipolar. (DSM-IV) BERRIOS, Germán E. Historia de los síntomas de los trastornos mentales: la psicopatología descriptiva desde el siglo XIX. México: Fondo de Cultura Económica, 2008.

[34] BERRIOS, Germán; LUQUE, Rogelio; y VILLAGRÁN, José M. *"Schizophrenia: A conceptual history".* En: International Journal of Psychology and Psychological Therapy. Vol. 3, N° 2, 2003., p. 120. Al respecto, también anotan estos autores que, si bien los conceptos de demencia precoz y de esquizofrenia fueron formulados en el cambio del siglo XIX al XX, se basan en convergencias más tempranas, a saber, en eventos descriptivos a través de los cuales los alienistas reunieron algunos de los fragmentos de las antiguas insanias (como la manía, la melancolía, la vesania, etc.), *llamándolas con un nuevo nombre y ofreciendo un concepto para sujetarlas a las teorías médicas y psicológicas* de aquellos tiempos. p. 126. (el subrayado es nuestro).

[35] PORTER, Roy. Op. Cit., p.176.

En efecto, Kraepelin pudo observar los mismos pacientes durante años, por lo que estableció un modelo fundado en las nociones de evolución y estado terminal (tiempo y prognosis o resultado probable).[36] En palabras de Postel y Quetel, en este modelo "la especie morbosa no entregaba su secreto más que en el momento en que el proceso evolutivo se fijaba y pasaba a adquirir una configuración estable y definitiva",[37] por tanto, según el criterio del médico, era el curso de la enfermedad el que proporcionaba los mejores indicios de su naturaleza, rompiendo de esta manera con sus antecesores, que la veían como un conjunto aislado de síntomas que el paciente mostraba en un determinado momento[38].

Sumado a lo anterior, en el aparato conceptual de Kraepelin operó la idea de degenerescencia, lo que lo llevó a proponer que enfermedades mentales como la psicosis maníaco-depresiva y, en mayor medida, la demencia precoz, tenían causas endógenas, es decir, se originaban en la organización interna predisponente de la personalidad del enfermo. Asimismo, lo llevó a considerar que eran pocas las esperanzas de tratamiento exitoso para estos trastornos. En realidad, consideraba que la demencia precoz era una enfermedad incurable.

Contrario a esta visión pesimista y al hecho de centrarse en la entidad de la enfermedad, se encuentran las propuestas de Eugène Bleuler. Sus aportes al saber psiquiátrico lo ubican entre las concepciones de Kraepelin y las de Freud.[39] En este orden, la obra del médico suizo enriqueció y complementó el sistema kraepeliano, que en ese momento resultaba rígido para el desarrollo del saber

[36] Este autor, publicó en 1883 su obra "Tratado de Psiquiatría". A través de nueve revisiones de su obra, la última aparecida en 1927, construyó un sistema de clasificación de los trastornos mentales que integraba el enfoque descriptivo y longitudinal, con el sistema conceptual de enfermedad somática.
[37] POSTEL, J. y QUETEL, C. Op. Cit., p. 319.
[38] PORTER. Op. Cit. p. 176.
[39] De acuerdo con POSTEL, J. y QUETEL, C., en lo que respecta a modernidad, la obra de Kraepelin puede considerarse vieja, la de Freud, joven, pese a ser contemporáneo al médico alemán, y la de Bleuler puede situarse entre las dos, debiéndole más a las propuestas del médico austriaco. Op. Cit., p. 324

psiquiátrico, ante todo, en lo concerniente a la demencia precoz a la que denominó *esquizofrenia*.

Lo anterior debido a que, uno, fue el primer clínico de la psiquiatría en reconocer el valor del psicoanálisis, pues supo realizar la síntesis de una psiquiatría tradicional fundada en la observación clínica rigurosa y prolongada de la población de enfermos en el espacio asilar y de una comprensión clara del papel desempeñado por el inconsciente en el desarrollo de la psicosis, dándole con ello mayor importancia a la interpretación psicopatológica o, en otras palabras, otorgándole al paciente su posición de sujeto animado de deseos y temores.[40] Y también debido a que la caracterización que realizó de la enfermedad no la centró, como Kraepelin, en su evolución, sino en su síntoma o rasgo psicopatológico fundamental: la escisión del yo, de ahí el término que empleó para designar este trastorno que significa, literalmente, *"mente escindida"*.[41]

En cualquier caso, aunque el psicoanálisis desempeñó un papel importante en la concepción inicial de la esquizofrenia, Bleuler se alejó paulatinamente de los principios de Freud. Por ejemplo, se rehusó a afirmar que el origen del trastorno fuera exclusivamente psicógeno. Además, no estuvo de acuerdo en la importancia del traumatismo infantil y en la de la sexualidad.[42] En consecuencia, por lo menos hasta mediados del siglo XX la corriente psiquiátrica de origen kraepeliano, organicista y positivista, cuyo objeto fundamental es el estudio y tratamiento de las psicosis, ante todo de las dos más representativas: la psicosis maniaco-depresiva y la esquizofrenia, complementada esta última por las teorizaciones de Bleuler que le dieron más amplitud, será la dominante. Asimismo las opciones terapéuticas centradas en lo somático como las terapias de choque y la naciente y cada vez más fuerte psicofarmacología.

---

[40] Ibíd., p.325 y 326.

[41] NOVELLA, E. y HUERTAS, R. *El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: una aproximación a la historia de la esquizofrenia*. En: Clínica y Salud, vol. 21, núm. 3, Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, España. 2010. pp. 207 y 208.

[42] POSTEL, J. y QUETEL, C. Op. cit., p. 325.

5.1.1 La psicosis maníaco-depresiva. La psicosis maniaco-depresiva, que reúne en una sola etiqueta a la mayoría de las formas de "trastorno afectivo", como se conoce actualmente, es un concepto que se originó en la transformación de las nociones de manía y melancolía, y en su combinación en el también nuevo concepto de locura alterna, circular o de doble forma, lo cual tuvo lugar en la segunda mitad del siglo XIX.[43]

Los nuevos significados clínicos que adquirieron la manía y la melancolía consistieron en la restricción de la primera y su redefinición, bajo la influencia de la psicología de las facultades,[44] como un trastorno primario del afecto y de la acción, caracterizado por "a. aceleración patológica del flujo de ideas; b. inquietud motora; y c. ausencia de síntomas que confirmen una enfermedad orgánica del cerebro"[45]. Por su parte, la melancolía fue rebautizada como depresión, un término que había sido popular en la medicina cardiovascular de mediados del siglo XIX para referirse a una disminución de las funciones. En consecuencia, se consideraba una forma de insania parcial definida como trastorno primario de las emociones cuyos rasgos –clínicos y etiológicos- reflejaban pérdida, inhibición, disminución y deterioro. A finales del siglo XIX, se definía como un estado opuesto a la excitación, que consistía en una "disminución de la actividad general, que va de fallas menores de concentración a la parálisis total", también como "una condición

[43] BERRIOS, Germán E. Op. Cit., pp. 374 y 375. De acuerdo con este autor, los cambios ideológicos que hicieron posible estas transformaciones incluían la disponibilidad de la psicología de las facultades y del modelo anatomo-clínico de la enfermedad, así como la inclusión de la experiencia subjetiva dentro de la sintomatología de los trastornos mentales. Al respecto, ver también: LUQUE, Rogelio y BERRÍOS, Germán. *"Historia de los trastornos afectivos"*. En: Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 40. Bogotá, Octubre. 2011. p. 131.

[44] Este tipo de psicología afirma que la mente se compone por una serie de facultades independientes asignadas a varias tareas mentales. De acuerdo con Berrios, en el siglo XVIII la noción de facultad, considerada como "función", cobró fuerza con la obra de Christian Wolff, quien consideraba que capacidades como prestar atención, recordar, percibir, etc., eran poderes mentales más o menos independientes. Los "sentimientos" sólo fueron aceptados como facultad independiente hasta finales del siglo XVIII pues, hasta entonces, las pasiones (emociones) habían oscilado entre quedar reducidas a una sensación –orgánica o no- o a un elemento de vida racional o contemplativa. La psicología de las facultades inspiró movimientos intelectuales importantes como la frenología. Ibíd., p. 45.

[45] LUQUE, R. y BERRIOS, G. Op. Cit., p. 133.

caracterizada por el abatimiento anímico, la falta de valor o de iniciativa y una tendencia a albergar pensamientos tristes".[46]

Los trastornos resultantes de las combinaciones de manía y depresión fueron conceptualizados por Jean Pierre Falret y Jules Baillarger, aunque, para ese momento, la sugerencia de que las personas pudieran combinar estos estados no era nueva. En 1851, Falret describió un estado que llamó locura circular (*forme circulaire de maladie mentale*), el cual consistía en un período de excitación seguido de otro de debilidad generalmente más largo y de un intervalo lúcido. Cuatro años más tarde, Baillarger documentó siete casos de lo que denominó locura de doble forma (*folie à doublé forme*), una sucesión de dos períodos regulares, uno de excitación y otro de depresión.[47] Sin embargo, el concepto cristalizó hasta finales de siglo con las monografías de Antoine Ritti y de Mordret, quienes sentaron las bases de las posteriores elaboraciones de Kraepelin, sumado a la conceptualización de la ciclotimia realizada por Hecker y Kahlbaum[48].

De acuerdo con estos autores, la ciclotima es una entidad nosológica definida por cambios periódicos del ánimo, que oscila entre episodios recurrentes de depresión o *distimia* y períodos de hipomanía o *hipertimia*, que no requieren internamiento psiquiátrico. Las características de la ciclotimia son, durante la distimia, la inhibición psíquica sin delirios ni alucinaciones, la desesperanza, las quejas somáticas inespecíficas y, especialmente, la tendencia a la crítica y la reivindicación. Durante la hipertimia, ánimo elevado, aceleración del pensamiento,

---

[46] BERRIOS, Germán E. Op. Cit., p. 376. La renovación de la noción de melancolía fue facilitada por el concepto de lipemanía de Esquirol, que señaló la naturaleza afectiva del trastorno. La lipemanía era definida como "una enfermedad del cerebro caracterizada por delirios, crónicos y fijos en temas específicos, ausencia de fiebre y una tristeza que con frecuencia es debilitante y abrumadora". Ésta era diferenciada de la manía, que según el alienista, presentaba "delirios generalizados y emociones e intelecto excitados". p. 382.

[47] las formas de la locura maniaco-depresiva también fueron conceptualizadas por Billod, quien acuñó el término *à double phafase* en 1856, y por Delay y Legrand, quienes la denominaron *folie alterne* en 1883. Ibíd., p. 384.

[48] En: LUQUE, R. y BERRIOS, G. Op. Cit., p. 140.

autoestima exagerada, dispendios económicos, sexualidad aumentada y persistencia de la irritabilidad y la hipercrítica.[49]

A inicios del siglo XX, Kraepelin creó una noción sobreinclusiva que comprendía todas las formas de la depresión y de la manía: la *psicosis maniaco-depresiva (das manisch-depressive Irresein).* Esta entidad nosológica terminó abarcando todos los trastornos afectivos conceptualizados hasta entonces (todas las formas de estados depresivos y maníacos), considerándose de esta manera, un único proceso patológico. De acuerdo con Berrios, el concepto agrupador se caracterizaba por a) un curso periódico; b) buen pronóstico y c) endogenicidad,[50] los tres criterios exigían normas de descripción clínica y de observación que por entonces eran difíciles de lograr.[51]

Kraepelin escribía sobre la psicosis o locura maníaco-depresiva:

> *"Comprende por una parte, toda la locura periódica y la locura circular; por otra parte, la manía simple, la gran mayoría de los estados patológicos que se describen bajo la rúbrica de melancolía y también un número considerable de casos de amencia. Finalmente, también incluimos ciertas disposiciones del humor, ya sean pasajeras o duraderas, que se pueden considerar como el primer grado de trastornos más graves y que, por otra parte, se funden sin límites estrictos con el conjunto de disposiciones naturales del individuo. Con el paso de los años he adquirido la convicción, más férrea cada vez, según la cual todos los tipos clínicos enumerados arriba no son otra cosa que manifestaciones de un único proceso patológico"*[52]

---

[49] Ibídem.
[50] Es decir, sin causa desencadenante aparente, no reactivas a situaciones vitales, con marcados antecedentes familiares. En: "*De la locura de doble forma a la psicosis maníaco-depresiva*". Revista de la Asociación española de Neuropsiquiatría. Vol 15, No 55. 1995. p. 669 (83).
[51] Ibíd., p. 378.
[52] KRAEPELIN, E. Locura maníaco depresiva y paranoia. Edimburgo: Livingstone; 1921. Citado en LUQUE, R. y BERRIOS, G. Op. Cit., pp. 140 y 141.

5.1.2 Esquizofrenia. El trastorno que ahora llamamos "esquizofrenia" es el resultado de las propuestas realizadas por el médico suizo Eugène Bleuler en la primera década del siglo XX. De acuerdo con Berrios, Luque y Villagrán,[53] la construcción del concepto incluyó un referente comportamental, parcialmente tomado de las elaboraciones de Kraepelin sobre la demencia precoz. También, como se mencionó anteriormente, el concepto de "escisión" o "dislocación" (*spaltung*) que vinculaba a la enfermedad así construida a las teorías psicológicas y psicodinámicas predominantes en los inicios del siglo XX. Y un neologismo elaborado por el médico para nombrar el trastorno, derivado del griego *schizein* (*σχίζειν*) "hendir, escindir" y *phrēn* (*φρήν*) "entendimiento, razón".[54]

En 1896 Emil Kraepelin publicó en la quinta edición de su obra Psiquiatría una clasificación de todos los desórdenes mentales en los que incluía los procesos de demencia como la "demencia precoz" (*dementia praecox*), la catatonia y la demencia paranoides.[55] En esta edición, la "demencia precoz" no era la categoría sobreincluyente que el médico crearía tres años más tarde, la cual abarcaría todas las formas de demencia – y de la que Bleuler tomaría prestados algunos elementos-, sino un desorden específico que se consideraba cercano a la *hebrefenia* de Hecker,[56] según Berrios: "una enfermedad que empieza entre los 18 y 22 años de edad con sentimientos de tristeza, opresión, delirios y algunas veces una tendencia a reír y proferir comentarios absurdos, comportamiento extravagante e ira".[57] Por tanto, un proceso de deterioro que ocurría a los jóvenes,

[53] BERRIOS, G; LUQUE, R; Y VILLAGRÁN, J. Op. Cit., p. 113.
[54] POSTEL, J. y QUETEL, C. Op. Cit., p. 598.
[55] Ibíd., p. 127.
[56] En realidad, de acuerdo con lo sostenido por Berrios, Luque y Villagrán, las ideas de Kahlbaum y de Hecker fueron esenciales para la construcción del sistema kraepeliano y su noción de demencia precoz. Del primero, retomó la idea de que la variable tiempo debía incorporarse a la definición de la enfermedad mental, lo que significaba que el curso de la enfermedad –en la medida en que era identificada en la observación longitudinal de cohortes de pacientes-, era la clave para definir sus límites. El segundo, que elaboró con más detalle el concepto de hebrefenia acuñado en primera instancia por Kahlbaum, le proveyó a Kraepelin un modelo clínico para el desarrollo de la noción de demencia precoz. Ibíd., pp. 126 y 127.
[57] Ibíd., p. 127.

que envolvía las funciones intelectuales y de comportamiento, mas no de la consciencia.[58]

En 1899, Kraepelin redefinió la demencia precoz al llegar a la conclusión de que necesitaba clasificar bajo este nombre una serie de cuadros clínicos cuya característica común era que "derivaban en debilidades peculiares que se podrían denominar formas hebrefénica, catatónica y paranoide".[59] La primera forma correspondía a la definición de demencia precoz asumida en 1896, la segunda, a la catatonia según la definición de Kahlbaum: una alteración específica en el funcionamiento motor que representaba una fase en una enfermedad progresiva que incluía estados de manía, depresión y psicosis. La tercera, un grupo de cuadros clínicos en los que, aparte de los síntomas de un rápido desarrollo de deficiencia mental, los delirios y las alucinaciones constituyen las alteraciones más prominentes.

Con las combinaciones incluidas por el médico alemán, la "demencia precoz" se caracterizaba por ser un proceso de deterioro con mal pronóstico.[60] De este modo, planteó una serie de síntomas deficitarios entre los que se encontraban el deterioro afectivo, la apatía, la indiferencia, la desorganización del pensamiento, la disgregación psíquica, etc., como las manifestaciones nucleares de la nueva entidad nosológica, a la que se asociaban síntomas accesorios como las ideas delirantes, las alucinaciones y los trastornos psicomotores.[61]
La demencia precoz se convirtió en esquizofrenia en un libro publicado por Bleuler en 1911.[62] Tras revisar la obra de Kraepelin, el facultativo suizo "descubrió" una

[58] Ibíd., p. 129.
[59] Ibídem.
[60] BERRIOS, G. Op. Cit., p. 248.
[61] NOVELLA, E. y HUERTAS, R. Op. Cit., p. 207.
[62] Íbidem. Sobre la historia de este concepto escribe G. Berrios: "varias corrientes intelectuales dieron forma a la construcción del referente esquizofrenia: la "psicología asociacionista", el "neo-kantianismo" y la "teoría de la evolución". De acuerdo con el asociacionismo, los eventos psicológicos son un grupo de "componentes atómicos" primarios o unidad de análisis: por ejemplo, la percepción resulta de la asociación de ideas simples. Así, Bleuler recurrió a las "asociaciones

serie de síntomas fundamentales, es decir, exclusivos del esquizofrénico que, de acuerdo con Novella y Huertas, posteriormente se conocieron como las cuatro A de Bleuler: los trastornos de las *asociaciones*, según los cuales las personas operaban con ideas y conceptos sin relación, produciendo asociaciones "ilógicas" y formalmente incoherentes. Los trastornos *afectivos*, caracterizados por la tendencia al retraimiento y al aplanamiento emocional o a la aparición de una afectividad incongruente. Por la *ambivalencia*, o presencia simultánea de pensamientos, sentimientos o actitudes contradictorias. Y *autismo*, una manifestación que consiste en el predominio morboso de la vida interior sobre la vida de relación. Sumados a estos síntomas, una persona esquizofrénica podía presentar otros más llamativos pero "accesorios" como delirios, alucinaciones, perturbaciones de la memoria y alteraciones del lenguaje.[63]

Bleuler justificó el uso del neologismo "esquizofrenia" en que el término "demencia precoz" había desarrollado una connotación fatalista y a menudo era tomado literalmente para significar una demencia que afectaba a los jóvenes.[64] Pero más aún, en el hecho de que la "escisión" (*spaltung*) definía el proceso esquizofrénico.[65] Según Novella y Huertas: "una 'escisión' de las funciones psíquicas resultante de la acción de 'complejos' independientes o cadenas de

---

desorganizadas" para explicar algunos de los síntomas "primarios" de la esquizofrenia. El neokantianismo, un movimiento intelectual alemán que promovió el retorno a la filosofía de Kant entre 1850 y la Primera Guerra Mundial, influyó en Kraepelin, Bleuler y Jaspers, con la definición de cognición, como se reflejó en su definición de desorden del pensamiento formal (la que, eventualmente se convirtió en uno de los rasgos principales de la "esquizofrenia"). Por último, la teoría de la evolución, una expresión de las creencias historicistas que influenció a Europa durante el siglo XIX, alentó a los alienistas a concebir algunos de los síntomas de la demencia precoz como el reflejo de una regresión a comportamientos atávicos". Ver: BERRIOS, G., LUQUE, R., Y VILLAGRÁN, J. Op. Cit., p. 116.

[63] NOVELLA, E. y HUERTAS, R. Op. Cit., p. 208.

[64] BERRIOS, G. Op. Cit., p. 249.

[65] Sobre la metáfora de la escisión o disociación de las funciones mentales, Berrios, Luque y Villagrán afirman que se originó a inicios del siglo XIX con la psicología del romanticismo y se volvió popular en esos años para explicar el comportamiento humano extraño e impredecible. La metáfora se usó en la literatura popular y en la psicología científica, a mediados de siglo prevalecía en la literatura (El extraño caso del Dr. Jekyll y Mr. Hyde), en la filosofía (modelo del inconsciente de Hartmann), en la psicología (automatismo, la disociación de Azam, las múltiples personalidades, etc.) y en la neurología (noción de histeria de Charcot). A finales de siglo inspiró el concepto de Freud de disociación del ego. Op. Cit., p. 119.

representaciones con un determinado tono afectivo que, al dominar sucesivamente la personalidad, comprometían su unidad".[66] Bajo la influencia de los estudios de su asistente Carl Jung sobre los trastornos de las asociaciones de ideas y de Sigmund Freud sobre los mecanismos rectores de las formaciones inconscientes, Bleuler planteó que en la esquizofrenia actuaba una debilidad asociativa primaria que impedía una integración adecuada de los contenidos de la conciencia y conducía a la desorganización del psiquismo característico del trastorno.[67]

En resumidas cuentas, como explican Postel y Quetel, Bleuler llamó esquizofrenia a la demencia precoz porque, de acuerdo con sus orientaciones, uno de los rasgos más importantes del trastorno era la dislocación (spaltung) de las diversas funciones psíquicas: *"En el punto de partida de la enfermedad, según él, se encuentra un trastorno, probablemente orgánico, responsable de los síntomas que él llama 'primarios', en primera fila de los cuales se encuentra una 'disociación' entre las diferentes instancias psíquicas, como la afectividad, la voluntad, la inteligencia o las capacidades de razonamiento. A partir de esa disociación se producen otros síntomas, 'secundarios', psicógenos ahora, que son una 'reacción del alma enferma' ante el proceso morboso, para culminar en la ruptura delirante y hermética del contacto con la realidad, lo cual constituye el autismo, que es otra innovación de Bleuler"*[68]

A pesar de las orientaciones psicoanalíticas y psicodinámicas bajo las cuales interpretó la antes denominada demencia precoz, y de la idea optimista –contraria a Kraepelin- de remisión, curación e impactos terapéuticos posibles, con el tiempo, Bleuler asumió una visión un poco más restringida de la esquizofrenia como una única enfermedad de base orgánica que se presenta en diferentes formas, y no como un conjunto de trastornos como había sugerido en 1911. Con todo ello, su

[66] NOVELLA, E. y HUERTAS, R. Op. Cit., pp. 208-209.
[67] Ibídem.
[68] POSTEL, J. y QUETEL, C., Op. Cit., p. 598.

concepto, más amplio que el de Kraepelin, terminó extendiéndose a una gran variedad de cuadros psicóticos,[69] y a la par, a la práctica psiquiátrica en occidente. Prueba de ello es la presencia de esta entidad nosológica en las diferentes ediciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM.

5.2 LA PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA EN EL CONTEXTO NACIONAL

La introducción de las tendencias conceptuales y terapéuticas de la psiquiatría dominantes en Europa y Estados Unidos a inicios del siglo XX, entre las que se encuentran el sistema nosológico por el cual se definieron las categorías diagnósticas "psicosis maníaco-depresiva" y "esquizofrenia", se realizó en el marco de la cátedra de medicina mental en la Facultad de Ciencias Naturales y Medicina de Bogotá, y de las conferencias dictadas, ante todo en la década del treinta, por médicos expertos en enfermedades mentales, como Maximiliano Rueda, Miguel Jiménez López, Julio Manrique, Luis Jaime Sánchez, Edmundo Rico y Martín Camacho, algunos de ellos formados en el exterior.[70] Los espacios privilegiados de apropiación fueron, fundamentalmente, los asilos o Frenocomios de mujeres y de varones.

Tras la emisión de una ley nacional en 1913 en la que se ordenaba a la Facultad de Ciencias Naturales y Medicina ensanchar su plan de estudios y crear la cátedra de medicina mental y nerviosa,[71] se empezó a enseñar la psiquiatría de manera oficial en el país, ya que, en la práctica, existían asilos para varones y mujeres donde se segregaban pacientes con diferentes trastornos mentales, además, había más de cuatro médicos en la ciudad de Bogotá dedicados a esta actividad.[72]

---

[69] Ibídem.
[70] ROSSELLI. Op. citt., p. 21.
[71] Ibíd., p. 279.
[72] ROSELLI, H. *"El profesor Maximiliano Rueda Gálvis primer psiquiatra colombiano (1886-1944)"*. En: Academia Nacional de Medicina. Sociedad Colombiana de Psiquiatría y Sociedad Colombiana de Historia de la Medicina. Bogotá, Marzo 13, 1986., pp. 29-35.

El médico Miguel Jiménez López, formado en estudios avanzados de psicopatología, neurología y fisiología del sistema nervioso en la Universidad de Harvard, Estados Unidos,[73] inauguró la cátedra en 1916. En sus inicios, se trataba de una clase opcional para los estudiantes de medicina, la cual era impartida en el Asilo de Locos de Bogotá, con la asistencia de su director, el también facultativo Maximiliano Rueda Gálvis, bajo una orientación esencialmente organicista, fundamentada en la tendencia alienista de E. Kraepelin para el diagnóstico de las dos grandes psicosis (maniaco-depresiva y demencia precoz), y en la posterior visión de E. Bleuler sobre la esquizofrenia que avalaba el empleo de terapias biológicas. A pesar de ello, fue suspendida dos años después, al parecer, por la falta de estudiantes y porque Jiménez no contaba con un servicio clínico permanente para atender pacientes.[74]

Entre el año de cierre de la cátedra y 1926 cuando fue reabierta, el director del Asilo de Locos, Maximiliano Rueda, dictó conferencias sobre psiquiatría dentro de la institución siguiendo el enfoque organicista que rigió a la primera cátedra. De acuerdo con Rosselli, el médico se preocupó por introducir la anatomía patológica en el estudio de las enfermedades mentales, logró la implementación del primer laboratorio clínico dentro del Asilo y la introducción de las terapias de vanguardia para la época.[75] La asignatura quedaría en sus manos por diecisiete años, en la que se formaron tres generaciones médicas. En 1932, la cátedra se tornó obligatoria para los estudiantes de medicina y se nombraría para la misma un profesor agregado, el facultativo Edmundo Rico.

En este período, se publicaron varios trabajos de grado en la Universidad Nacional que dan cuenta del uso de las categorías diagnósticas propuestas por Kraepelin y Bleuler para abarcar las diversas manifestaciones de los trastornos mentales. Estos trabajos eran el resultado de la cátedra y varios de ellos evidenciaron sus

[73] ROSELLI, H. Op. Cit., p.21.
[74] Ibíd., p.288.
[75] Ibíd., p. 303.

resultados tras estudios prácticos en los Asilos de varones y de mujeres de Bogotá. Entre ellos se encuentran *"El tratamiento de las esquizofrenias por el coma insulínico"*, realizado sobre una paciente esquizofrénica catatónica de 28 años, de Alfonso Agusti Pastor, publicada en 1937; *"Los nuevos tratamientos de la esquizofrenia (estudio comparativo de métodos y resultados)"* elaborado en 1939 por el médico Julio Manrique, director del Asilo de Locas y profesor de medicina de la Universidad Nacional, y por Luis Jaime Sánchez, interno encargado de servicio de tratamientos especiales;[76] y un artículo en el que se profundizaba el anterior, denominado *"Consideraciones críticas acerca del diagnóstico de la esquizofrenia y su importancia en la elección de tratamiento. El problema nosográfico y terapéutico"*, realizado por Luis Jaime Sánchez, interno del entonces llamado Manicomio de Mujeres de Bogotá.[77]

El trabajo, dirigido por el médico Julio Manrique, director del Asilo de Locas de Bogotá, es la segunda parte de un estudio sobre la terapéutica, en esos años en boga en Europa y en Estados Unidos, destinada a las personas diagnosticadas con lo que, según el autor, podría llamarse "en justicia", *"enfermedad de Kraepelin"*[78], el coma insulínico y las inyecciones de cardiazol. En este caso, aplicada a 52 internas en las diferentes fases de evolución de la esquizofrenia, e independientemente de las formas adoptadas: catatónica, hebefrénica y paranoide, en un lapso de tres años -1936 a 1939-.

En primer lugar, Sánchez y Manrique refieren las corrientes predominantes en relación con la interpretación de la esquizofrenia como enfermedad "tipo" en la nosografía psiquiátrica, trayendo a colación los planteamientos de Kraepelin,

---

[76] MANRIQUE, Julio; y SÁNCHEZ, Luis Jaime. *"Los nuevos tratamientos de la esquizofrenia (estudio comparativo de métodos y resultados)"*. En: Revista de la Facultad de Medicina. Vol. VIII. N° 2. Bogotá, agosto de 1939. pp. 49-68.

[77] SÁNCHEZ, Luis Jaime. *"Consideraciones críticas acerca del diagnóstico de la esquizofrenia y su importancia en la elección de tratamiento. El problema nosográfico y terapéutico".* En: Revista de la Facultad de Medicina. Trabajos científicos del Manicomio de Mujeres de Bogotá. Vol. VIII. N° 5. Bogotá, noviembre de 1939. pp. 241-273.

[78] Ibíd., p. 241.

Bleuler y los debates que suscitaron entre sus contemporáneos[79], y reconociendo que todavía había incertidumbre respecto a la forma de diagnosticar el trastorno. Para los psiquiatras, la práctica clínica –indagación e interpretación de signos y síntomas, sumado a exploraciones complementarias para llegar a un diagnóstico-, la observación del curso de la enfermedad en el paciente, era la opción más viable para esclarecer el problema de las psicosis, pues, afirmaban, precisamente los intentos de la clínica eran los que habían dominado el panorama de los "síndromes neuromentales", a pesar de sus vacíos. [80]

La posición adoptada los ubicaba en la corriente iniciada por Kraepelin, quien, consideraban, había realizado un loable esfuerzo que lo llevó a establecer el punto de partida de una nueva concepción de las enfermedades mentales, tras reunir "en un punto meramente clínico las posibilidades de evolución y de aparición de la enfermedad y facilitar, hacer asequibles al clínico los diversos caminos de la clasificación y del pronóstico".[81]

En efecto, de acuerdo a los facultativos colombianos, la conceptualización de las dos psicosis: locura maniaco-depresiva y demencia precoz, había significado un avance en el saber y en la práctica psiquiátrica, pues, al ofrecer una descripción fundada en la clínica de sus signos y síntomas, sentaron las bases de las teorías con las que se contaba entonces para el examen de la enfermedad mental. Una

[79] Por ejemplo, la reticencia de algunos psiquiatras franceses (Regis, Fursac) a emplear el término esquizofrenia para denominar a una entidad que consideraban compleja y de innumerables tonalidades. La objeción que hicieron a la clasificación y planteamientos de Kraepelin sobre la dementia praecox, al afirmarse que ésta no procedía siempre siguiendo una trayectoria unilateral hacia la demencia completa, pues habían numerosos casos de remisiones espontáneas. Y, finalmente, que ni la catatonia, ni la hebefrenia eran formas clínicas exclusivas de la esquizofrenia. Ibíd., pp. 247 y 248.

[80] Se trataba también, de acuerdo con Manrique y Sánchez, de un método más humano, menos rígido y menos dogmático, que se prolongaba más que los de otras escuelas de estudio y de investigación. Ibíd., pp. 250-251.

[81] Ibíd., p.244.

de ellas era la de Bleuler, para Sánchez y su maestro Julio Manrique, un continuador del "genio alemán" que le dio otra expresión a la enfermedad.[82]

En su trabajo *"Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias"*, Bleuler había definido este trastorno de una manera diferente. Mientras que Kraepelin lo había hecho siguiendo un criterio descriptivo y basado en la experimentación, el suizo lo consideró como una modificación dinámica de una constitución (esquizotimia), susceptible de avanzar hasta el límite de la demencia, de retroceder periódicamente, o de permanecer en estado de latencia.[83]

Tras los planteamientos de Bleuler, se estableció una teoría clásica de la esquizofrenia que descansaba en la doctrina constitucional de Kretschmer,[84] quien definió la esquizoidia y estableció una base biotipológica según la cual la esquizofrenia estallaría sólo en determinados grupos de la morfología humana, el tipo leptosómico, que consistía en individuos con tronco y hombros esbeltos, delgados; musculatura débil, cráneo pequeño, manos delgadas, tórax aplanado, rostro alargado y estrecho, piel pálida. Y en una base evolutiva, establecida por Bleuler, en la que se pretendía ver en la continuidad y progresividad de los síntomas esquizoicos el sello más característico de la enfermedad.[85]

---

[82] Ibíd., p. 245.
[83] Ibídem.
[84] Kretschmer, psiquiatra alemán, consideraba la esquizofrenia como lo opuesto a la psicosis maniaco-depresiva. Su doctrina, al relacionar la enfermedad con las constituciones corporales, mantiene la existencia de un continuum carácter-caracteriopatía-enfermedad mental. Así pues, ligado al carácter esquizotímico, propuesto Bleuler, introdujo el principio de disposición constitucional esquizoide como condición previa a la psicosis. En consecuencia, se llegó a afirmar que de la esquizotimia, un tipo de carácter normal, de humor retraído, hipersensible, de apariencia fría que tiende a la inhibición, se puede pasar a la esquizoidia, carácter ya patológico, en el que "el humor retraído se convierte en aislamiento y la meditación profunda y tendencia al sueño se convierte en sistematización, en racionalismo mórbido y en idealismo rígido", estado condición previa a esquizofrenia. En: CHINCHILLA MORENO, Alfonso. Las esquizofrenias: sus hechos y valores clínicos y terapéuticos. Barcelona: Elsevier Masson, 2007. p. 5.
[85] SÁNCHEZ, Luis Jaime. Op. Cit., p. 254.

En segundo lugar, discuten la evolución de la esquizofrenia en las 52 internas observadas, teniendo en cuenta criterios como *biotipo*: pícnico (individuo de formas redondeadas, cuello corto y ancho, cabeza y abdomen voluminoso, miembros y hombros delgados, musculatura floja); leptosómico (descrito más arriba); atlético (longitud y talla de los miembros media a grande, hombros anchos, tórax voluminoso, caderas angostas, musculatura desarrollada); y displásico (su forma constitucional no guarda relación con los anteriores, desproporcionado)[86]. *Edad de la psicosis*: aguda (menos de 6 meses), crónica (más de dos años) y subaguda (entre 6 meses y 2 años). *Signos y síntomas iniciales* (alucinaciones visuales y auditivas, excitación maníaca, depresión autista, etc.). *Número de brotes. Constitución mental prepsicótica*: esquizoide, sintónica o paranoide. *Evolución de la enfermedad*: evolución catatónica (hacia manifestaciones predominantemente motrices), evolución hebefrénica (hacia manifestaciones predominantemente psicomotrices); evolución paranoide. *Diagnóstico*: esquizofrenia continua (típica), esquizofrenia circular. *Tratamiento:* cardiazol, insulina. *Resultado*: curación, mejoría, fracaso.[87] Valorando de esta manera la investigación clínica dentro del espacio asilar.

De acuerdo con la teoría constitucional, la enfermedad mental estaba en estrecha relación con las características somáticas de las personas que la padecían. Al respecto, en las observaciones de Manrique y Sánchez se establece que el 48% de las mujeres internas tenían una constitución morfológica de tipo leptosómico, es decir, aquel que, en la teoría constitucional coincidía con los pacientes diagnosticados como esquizofrénicos y que incluía a las mujeres delgadas, con peso y perímetro toráxico deficientes con respecto a la estatura, piel pálida, etc.

A pesar de ello, la constitución corporal de aproximadamente la mitad de las internas, (44%) fue catalogada como biotipo pícnico, -mujeres de formas

[86] VILLANUEVA SAGRADO, M. Manual de técnicas somatotipológicas. México: Universidad Nacional Autónoma de México UNAM, 1991., p. 17.
[87] SÁNCHEZ, Luis Jaime. Op. Cit., pp. 264-265.

redondeadas, cuello corto, etc.- el cual se atribuía a la segunda gran psicosis, la locura maniaco-depresiva. Como resultado, los psiquiatras concluyeron que el biotipo no revestía de mayor importancia para el estallido del trastorno, ni para el pronóstico. En un artículo publicado previamente en la Revista de la Facultad de Medicina habían anotado que, para el caso colombiano las tesis de Kretschmer y Mauz no servían como base de pronóstico debido a "factores de raza", pues, anotaban, "nuestra constitución bio-morfológica, es distinta de la de los germanos en quienes Mauz hizo sus observaciones"[88]

Aunque la constitución corporal de las internas no coincidía con lo propuesto por la teoría de Kretschmer y Mauz, al parecer, el carácter de las mujeres antes de que desarrollaran la psicosis parecía sostener el argumento constitucionalista. Así, de acuerdo con las observaciones de Sánchez y Manrique, el 62% de las internas se caracterizaban porque su constitución mental prepsicótica era de tipo esquizoide, uno de los rasgos característicos del proceso esquizofrénico.[89]

En este caso, se trataba de mujeres de carácter introvertido, con "una marcada dificultad para volverse hacia el mundo exterior y hacia las cosas y un temperamento orientado hacia dentro, encerrado en sí mismo, con gran irritabilidad interna y una posición ante la vida, en que domina(ba) lo asténico-sentivo, a menudo, con un polo contrario, esténico ligero".[90] El 38% restante habían sido influenciables afectivamente, especialmente, por la alegría o tristeza de las personas que las rodeaban. A pesar de ello, también se reconocía que las formas iniciales de la psicosis eran polimorfas.[91] Por tanto, se concluía que, aunque la forma de "destrucción esquizofrénica" se observaba con mayor

[88] Ibíd., p. 255 y MANRIQUE, Julio; y SÁNCHEZ, Luis Jaime. Op. Cit., p. 62.
[89] MANRIQUE, Julio; y SÁNCHEZ, Luis Jaime. Op. Cit., p. 64.
[90] Ibíd., 65.
[91] SÁNCHEZ, Luis Jaime. Op. Cit., p. 255.

frecuencia en sujetos de constitución esquizoide, el trastorno no se presentaba en una constitución mental determinada.[92]

De acuerdo con los psiquiatras Manrique y Sánchez, durante el proceso del trastorno esquizofrénico, se debilita la personalidad de quienes la padecen. En las observaciones sobre las internas, identificaron como principales síntomas la depresión autoide, las alucinaciones visuales, auditivas y de, la excitación maniaca y ambitendencias (expresiones simultáneas de conductas opuestas). Y en una menor proporción, las fugas o imposibilidad de las pacientes de expresar las ideas de manera coherente.

En el desarrollo del trastorno, éste podía presentarse en las tres formas, catatónica, hebefrénica y paranoide. De acuerdo con las observaciones de Sánchez y Manrique, la forma paranoide, caracterizada por la manifestación de ideas delirantes de persecución e influencias extrañas, incluyendo la percepción de voces amenazadoras, era la que predominaba en las internas en el asilo bogotano, seguida de la forma catatónica, en la que las mujeres adoptaban posturas extrañas o quedaban inmóviles por tiempo prolongado y, finalmente, por la de tipo hebefrénico, en la cual manifestaban comportamiento errático e incoherencias al hablar (lenguaje desorganizado).

La “edad de la psicosis”, determinaba las posibilidades de remisión o curación del trastorno, y por tanto, la aplicación del tratamiento. Al respecto, se anotaba que entre más tiempo llevara la enfermedad en evolución, menores eran las posibilidades de remisión y de cura. Por ello, se consideraba casi inútil la intervención en los casos que pasaban de más de tres años, pues en ese tiempo, la enfermedad, considerada crónica, ya había formado superestructuras que inhibían las posibilidades de reacción favorable a la terapia.[93] De las 52 internas,

[92] Ibíd., p. 259.
[93] Ibíd., p. 258.

el 37% estaban en la fase crónica del trastorno, mientras que el 63% restante estaba en las formas aguda y subaguda, quienes, tenían mayores probabilidades para aplicar las nuevas terapias en boga que se introdujeron en el Manicomio en esos años.

Precisamente el informe presentado por Julio Manrique y por Luis Jaime Sánchez a la Facultad de Medicina correspondía a los resultados sobre la introducción de terapias biológicas de choque para tratar la esquizofrenia. La primera de ellas era el coma insulínico, recomendado su empleo desde el estado prepsicótico cuando existía "una marcada dificultad para volverse hacia el mundo exterior (…) y una marcada unilaterialidad, rigidez y uniformidad de las aspiraciones y las posibilidades";[94] aplicado al 29% de las internas. La segunda, eran las inyecciones de cardiazol, utilizadas en un poco más de la mitad de las internas (52%), cuando llegaban al "embrutecimiento catatónico" y en las fases inestables del "proceso esquizofrénico".[95]

Además de las terapias de choque con insulina y cardiazol, bajo la dirección del médico Julio Manrique se aplicaron en 1941 los primeros electrochoques en el Asilo de Locas, con aparato de propiedad del doctor Julio Asuad.[96] Al año siguiente, el médico Mario Camacho Pinto, practicó las primeras lobulotomías prefrontales a las internas del Asilo. En 1953, publicaría junto con Luis Jaime Sánchez los resultados de las cirugías practicadas a 40 mujeres con enfermedades mentales "crónicas rebeldes a los tratamientos usuales". De ellas, 35 estaban diagnosticadas con esquizofrenia y 9 con melancolía. De los casos de esquizofrenia, 4 resultaron "buenos", 13 en mejoría, 12 fracasos y 2 muertes operatorias. De los de melancolía, 8 resultaron "buenos" y 1 mejoría. Aunque reconocían que la extracción del lóbulo frontal del cerebro producía cambios desfavorables en las personas intervenidas como "superficialidad de la

[94] MANRIQUE, Julio; y SÁNCHEZ, Luis Jaime. Op. Cit., p. 65.
[95] Ibídem.
[96] ROSSELLI, H. Op. Cit., p. 444.

inteligencia, regresión en la conducta y disminución de la afectividad", justificaban la práctica en la desaparición de los síntomas más persistentes como "la ansiedad, la tensión nerviosa, la depresión de ánimo, y la rigidez a los estímulos internos como a los ambientales"[97]

A partir de 1943 se formaría la primera generación de psiquiatras que expandieron estos conocimientos en el resto del país, entre los que se encuentran los santandereanos Ángel Octavio Villar y Roberto Serpa Flórez, ambos directores del Instituo Psiquiátrico San Camilo en los primeros veinte años de funcionamiento. Bajo la dirección del médico Edmundo Rico, director entre 1943 y 1948 del entonces denominado Frenocomio de Mujeres de Bogotá, y quien se había formado en la Universidad Nacional y posteriormente se especializó en estudios de clínica médica y neuropsiquiatría en París, y con la colaboración del profesor agregado Luis Jaime Sánchez, los estudiantes de la cátedra psiquiatría aprenderían a tratar las tres afecciones mentales que, según afirmaba Rico años después, predominaban en el país: la epilepsia, la locura maníaco-depresiva y la esquizofrenia o demencia precoz, con las terapéuticas modernas.[98] Igualmente, estarían al corriente de la implementación de nuevos métodos de tratamiento dentro de los establecimientos para enfermos mentales como la consulta externa y la laborterapia. La cátedra se dictaba durante todo el año, y consistía en clases magistrales con presentación de casos seleccionados entre las internas del Asilo de Locas. Se siguieron las teorías constitucionalistas, de las que el doctor Rico era adepto tras su formación en Francia, aunque sin desdeñar del todo los conceptos de la psiquiatría dinámica.[99]

Entre 1948 y 1950 egresaron de la Universidad Nacional los médicos santandereanos Ángel Octavio Villar y Roberto Serpa Flórez. El primero, había sido interno del Frenocomio de Mujeres de Bogotá de 1945 a 1948 y

[97] Ibíd., pp. 495 y 496.
[98] ROSSELLI, H. Op. cit., p.459.
[99] Ibíd., pp. 456 y 458.

posteriormente laboró como médico psiquiatra de ese establecimiento.[100] El segundo, también fue interno del Frenocomio entre 1948 y 1950, y posteriormente psiquiatra del Frenocomio de Varones de 1950 a 1957. De 1953 a 1954 realizó estudios en México sobre organización de hospitales psiquiátricos.[101]Tanto Villar como Serpa se vincularon al Instituto Psiquiátrico San Camilo en Bucaramanga donde desempeñaron el cargo de directores.

[100] Ibíd., p. 576.
[101] Ibíd., p. 577.

6. ESQUIZOFRÉNICAS Y MANÍACO-DEPRESIVAS EN EL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO, 1953-1964

Hacia 1950, la mayoría de hombres y mujeres que evidenciaban algún comportamiento discordante que se relacionara con una enfermedad mental, eran remitidos al Asilo de Varones de Sibaté o al Asilo de Locas de Bogotá, por cuenta de la Asistencia Social del Departamento. Sin embargo, una pequeña proporción, o aquellos que eran acogidos para su posterior envío a la capital, eran recluidos en el Asilo Transitorio de Dementes de Bucaramanga, una institución para el depósito y la atención primaria de un reducido número de personas, doce en total, que mantenía a los recluidos amarrados y encadenados,[102] lo que, al decir de los médicos santandereanos, ponía de nuevo en evidencia la necesidad de crear una institución psiquiátrica en la ciudad, acorde a las terapéuticas modernas, para remitir a ella los casos de trastornos mentales que se presentaran en el Departamento.

En efecto, desde 1924, el médico conservador Martín Carvajal, entonces representante a la Cámara, propuso la construcción de un manicomio para hombres y mujeres en la ciudad. Pese a su aprobación en la Cámara, la Asamblea del Departamento se manifestó al respecto hasta 1937, tras la expedición de la ley 32 por la cual se asignaba un auxilio para la compra de un lote de terreno y para la construcción de la edificación en la que funcionaría el manicomio. El auxilio se hizo efectivo en 1944 para adquirir el lote y en 1947 cuando la Junta de Asistencia Social del Departamento incrementó las apropiaciones para la construcción de las instalaciones.[103]

Entre 1950 y 1953 se llevó a cabo la construcción del Instituto Psiquiátrico San Camilo en Bucaramanga por cuenta del departamento de Asistencia Social. La edificación constaba de pabellones para “agitados” y para “calmados”; área de

[102] ESCOBAR, Eide. Op. Cit., p. 27.
[103] ROSSSELLI., Op. Cit., p. 573.

pensionados; edificio para laboratorio, diagnóstico y tratamiento; cocina; comedores; oficinas para administración; capilla y clausura de la Comunidad de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, religiosas a cargo del cuidado de los internos y de la supervisión de los servicios de enfermería, servicios generales y domésticos.[104]

Para la organización de las labores dentro de la institución, se crearon dos ramas, una administrativa, a cargo del síndico, en cuyas manos se encontraba el manejo del presupuesto, la celebración de contratos y la adquisición de elementos para los diferentes servicios del Instituto.[105] Y otra científica, en cabeza de un médico psiquiatra, responsable de la marcha de los servicios médicos. Por consiguiente, sus funciones consistían en reglamentar la atención de los internos; seleccionar al personal médico y del área de la salud encargado de atender a los pacientes; realizar los pedidos de medicamentos y elementos necesarios para las terapias que se realizaban al interior del Instituto; dictar las disposiciones para organizar la consulta externa, la realización de las historias clínicas, etc.; atender a los pacientes y ordenar las altas y bajas de los mismos.[106]

Los psiquiatras que se vincularon a la institución como directores durante el período de estudio fueron Ángel Octavio Villar, de 1953 a 1958, quien preparó a algunos médicos dentro del Instituto;[107] y Roberto Serpa Flórez, de 1958 a 1969.[108] En esos años también ejercieron como apoyo del área científica los facultativos Francisco González y Héctor García Gómez, quienes entraron como

---

[104] JUNTA DE ASITENCIA SOCIAL DE SANTANDER. *"Resolución N° 30 por la cual se aprueban los Estatutos para el Instituto Psiquiátrico 'San Camilo' de Bucaramanga".* En: INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO. Boletín Informativo Bucaramanga. Op. Cit., p. 28.

[105] Ibíd., pp. 22 y 23. Ver también: JUNTA DE ASISTENCIA SOCIAL DE SANTANDER. "*Resolución N° 31 por la cual se reglamenta el servicio administrativo del Instituto Psiquiátrico 'San Camilo' de Bucaramanga."* En: INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO. Boletín Informativo Bucaramanga. Op. Cit., pp. 25-28.

[106] Ibíd., pp. 21 y 22.

[107] ROSSELLI. Op. Cit., p. 576.

[108] ESCOBAR, Eide. Op. Cit., p. 21.

auxiliares en 1958 y 1962;[109] y Rafael Azuero Riveros, médico internista psiquiatra vinculado en 1961. De acuerdo a lo que refería Roberto Serpa en 1959, el personal técnico se conformaba por el Director, un médico internista, tres médicos auxiliares de psiquiatría, un médico auxiliar de medicina y traumatología, un radiólogo, un ginecólogo y una laboratorista.[110]

El Instituto Psiquiátrico San Camilo empezó a funcionar oficialmente en Agosto de 1953, como un establecimiento de beneficencia destinado a albergar tanto a enfermos de "pobreza reconocida" o de "caridad", como a aquellos que tuvieran capacidad de pago, denominados "pensionados". Sin embargo, los internos no sólo se dividían de acuerdo a estas categorías. Al interior de San Camilo se hicieron tres tipos de clasificación de los internos. Una administrativa, que acabamos de señalar; otra por género, pues, si bien el Instituto inició sus labores con mujeres, entre 1956 y 1957 se crearía el pabellón para hombres; y, finalmente una clasificación de tipo clínico o de acuerdo a la manifestación y evolución del trastorno mental, según la cual se separaban los internos agudos de los crónicos.

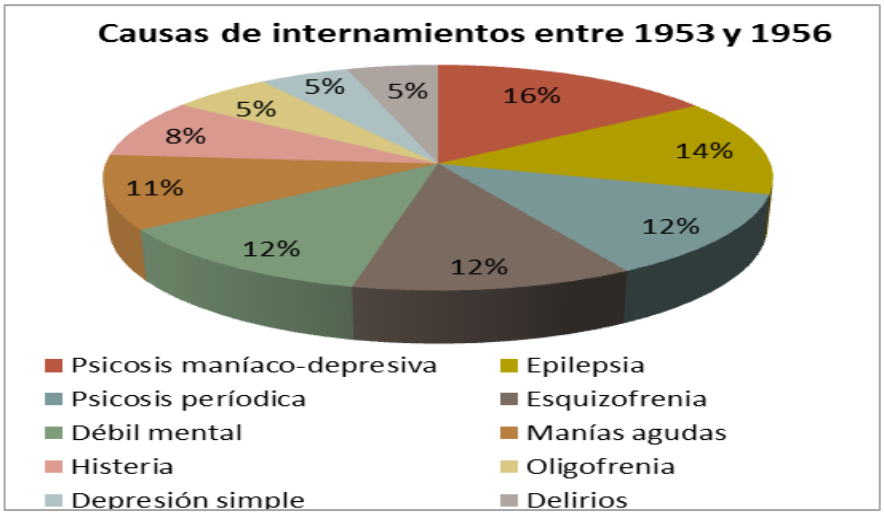
Bajo esta clasificación ingresaron las primeras 89 internas crónicas de la institución. De ellas, 37 fueron trasladadas del antiguo Asilo Transitorio de Dementes de la ciudad y 52 del Asilo de Locas de Bogotá, donde se encontraban por cuenta de la Beneficencia de Santander.[111] De acuerdo con un informe presentado por Villar en 1956, durante el primer año de funcionamiento del Instituto Psiquiátrico, también ingresó un gran número de mujeres que no habían recibido tratamiento alguno, debido a que sus familiares no tenían a mano ningún recurso hospitalario para quienes no eran "tolerables" en sus casas.

---

[109] Ibíd., p. 82.
[110] SERPA FLÓREZ, Roberto. *"Informe Instituto Psiquiátrico San Camilo. Bucaramanga, 1959."* Citado en: ROSSELLI. H. Op. Cit., pp. 577-579.
[111] VILLAR, Ángel Octavio. *"Informe de las labores realizadas en el Instituto psiquiátrico San Camilo".* En: INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO. Boletín Informativo Bucaramanga: Imprenta del Departamento, 1956. p. 42.

En los primeros cuatro años de funcionamiento de la institución psiquiátrica ingresaron 1327 pacientes: 149 en 1953, 298 en 1954, 300 en 1955 y 580 en 1956, cantidades que sobrepasaban la capacidad de las instalaciones, la cual se había construido para albergar un máximo de 120 enfermas.[112] De las 809 historias clínicas con diagnóstico (ver gráfico 1), Villar informaba que las causas más frecuentes de internamiento eran la psicosis maníaco depresiva (16%), epilepsia (14%), psicosis periódica (12%), esquizofrenia (12%), debilidad mental (12%), manías agudas (11%), histeria (8%), oligofrenia (5%), depresión simple (5%), y delirios (5%).[113]

Gráfico 1. Causas de internamientos en el Instituto Psiquiátrico San Camilo entre 1953 y 1956. [114]

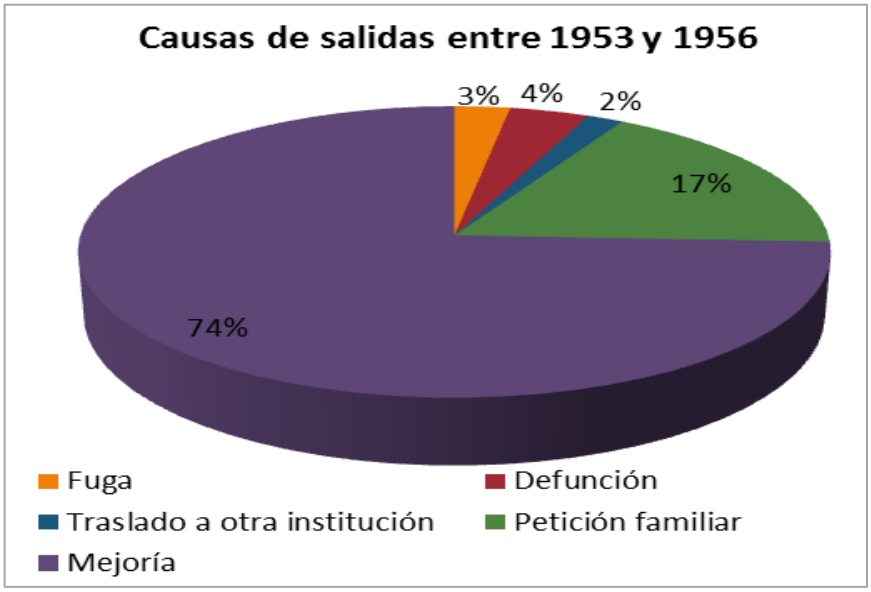


Respecto a las salidas, 23 fueron por fuga, 33 por defunción, 15 por traslado a otras instituciones, 151 por petición familiar y 642 por mejoría (ver gráfico 2). En cuanto a estas dos últimas, el psiquiatra expresaba que, frente a las exigencias de algunos familiares para dar de alta a las internas, se había tomado la

[112] Ibíd., p. 43.
[113] Ibíd., p. 48.
[114] Gráfico elaborado con base en los datos suministrados por el médico psiquiatra Ángel Octavio Villar, director del Instituto Psiquiátrico San Camilo entre 1953 y 1956. En: VILLAR, Ángel Octavio. *"Informe de las labores realizadas en el Instituto psiquiátrico San Camilo".* En: INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO. Boletín Informativo… Op. Cit., p. 48.

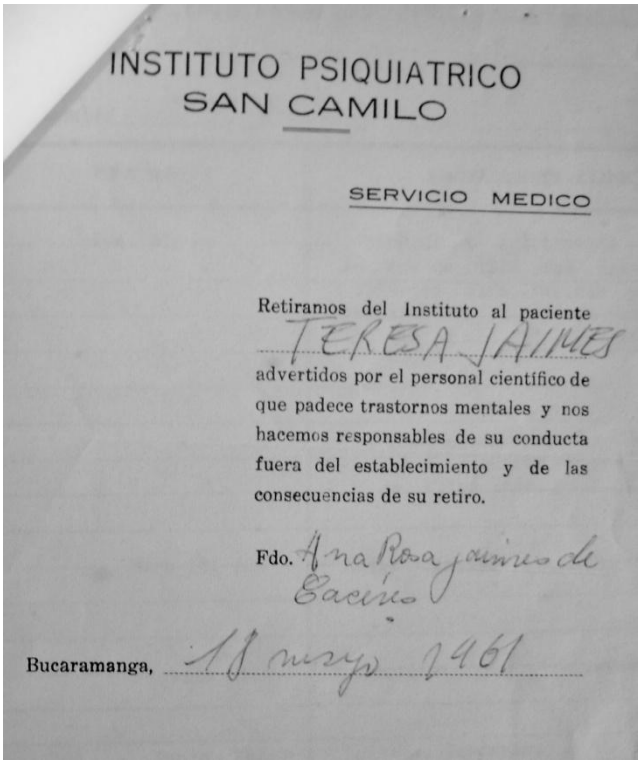
determinación de ordenar la salida únicamente de aquellas pacientes que hubiesen tenido una mejoría clínica aceptable y una modificación de la conducta que las hiciera tolerables en sus casas. Para salvaguardar la responsabilidad de la institución ante un presunto riesgo a extramuros, se hacía firmar a las familias un documento en el que se les delegaba la responsabilidad del cuidado y de la conducta de las mujeres una vez se encontraran fuera del establecimiento, y en el que constaba que eran previamente advertidos por los facultativos de que aún padecían trastornos mentales (ver figura 1). En cuanto a quienes egresaban por mejoría, que correspondía al 74% de los casos, el psiquiatra explicitaba que se trataba de aquellas internas que no presentaban ningún síntoma de perturbación mental en el momento de su salida, por lo que no presentaban ninguna posibilidad de recaída inmediata.[115]

Gráfico 2. Motivos de salida en el Instituto Psiquiátrico San Camilo entre 1953 y 1956[116]



[115] Ibíd., pp. 43 y 45.
[116] Gráfico elaborado con base en los datos suministrados por el médico psiquiatra Ángel Octavio Villar, director del Instituto Psiquiátrico San Camilo entre 1953 y 1956. En: VILLAR, Ángel Octavio. *"Informe de las labores realizadas en el Instituto psiquiátrico San Camilo".* En: INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO. Boletín Informativo… Op. Cit., p. 42-45.

Figura 1. Acta de compromiso para dar salida a la interna por petición familiar.[117]



INSTITUTO PSIQUIATRICO
SAN CAMILO

SERVICIO MEDICO

Retiramos del Instituto al paciente TERESA JAIMES advertidos por el personal científico de que padece trastornos mentales y nos hacemos responsables de su conducta fuera del establecimiento y de las consecuencias de su retiro.

Fdo. Ana Rosa Jaimes de Bacino

Bucaramanga, 18 mayo 1961

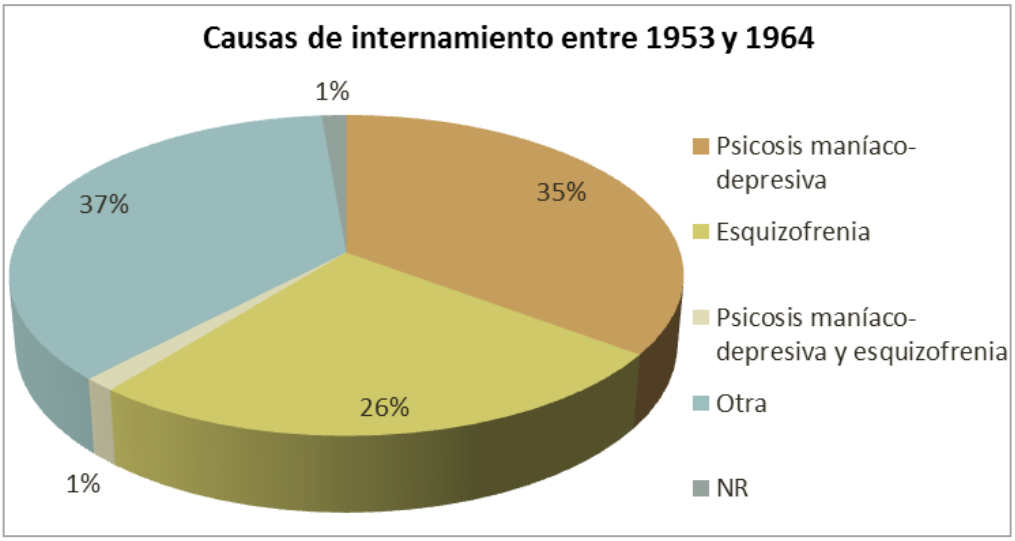
En el archivo histórico que se conserva en el actual E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo consultado para la presente investigación, se hallaron 74 historias clínicas de mujeres ingresadas entre 1953 y 1964. En ellas, se pudo constatar que más de la mitad de las internas (62%) eran recluidas por manifestar las dos grandes psicosis que, de acuerdo a la terapéutica del período, requerían internamiento: la psicosis maníaco-depresiva (36%) y la esquizofrenia (26%) y un caso diagnosticado con ambos trastornos (1%). El 37% restante era internado por otras enfermedades y trastornos, entonces catalogados como epilepsia, psicopatía constitucional, catatonia, oligofrenia, debilidad mental, depresión simple, hipomanía, delirio crónico, parafrenia, manía constitucional, así como por demencia senil, “psicosis carencial- avitaminosis”, “personalidad psicopática”,

[117] “Historia clínica N° 7”, Bucaramanga, 1961, en Archivo Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC), Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*., f. 25.

“manía constitucional- toxifrenia” y ” estado demencial por alcoholismo crónico”, los cuales tenían períodos cortos de internamiento. Tan sólo se presentó un caso en el que no se registró el diagnóstico (ver gráfico 3).

Lo anterior es corroborado por un informe del director del Instituto en 1959, el psiquiatra Roberto Serpa Flórez. Según el facultativo, en ese año la institución había atendido cerca de 500 personas alienadas. De acuerdo con la clasificación para fines administrativos, 450 estaban por caridad, es decir, su atención era gratuita, mientras que 50 eran pensinistas. De acuerdo a la distribución por género, afirmaba que en ese momento había 350 mujeres y 150 hombres en calidad de internos. En cuanto a la clasificación nosológica de la población recluida, el 60% correspondía a los psicóticos, tanto esquizofrénicos como manáico-depresivos; el 25% a los epilépticos –con psicosis o sin ellas-; el 10% a oligofrénicos y el 5% a los neuróticos, incluyendo a los alcohólicos.[118]

Gráfico 3. Causas de internamiento de las mujeres en el Instituto Psiquiátrico San Camilo entre 1953 y 1964[119]



[118] SERPA FLÓREZ, Roberto. Op. Cit., p. 577.
[119] Gráfico elaborado con base en los datos contenidos en los libros de historias clínicas (0001-1891) Difuntos. 1953-1964. Sección diagnóstico.En: archivo del E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo.

Tras indagar la sección de ingreso contenida en las historias clínicas, podemos hacernos una idea sobre la realidad social y familiar de las internas que ingresaron al Instituto Psiquiátrico San Camilo durante los períodos de administración de los psiquiatras Ángel Octavio Villar y Roberto Serpa Flórez. Por ejemplo, en relación con la información individual aportada por cada mujer ingresada, se pudo establecer que la edad de la mayoría de ellas oscilaba entre los 35 y los 39 años (15%), seguida de mujeres de 40 a 44 años (13%), de 25 a 29 años (11%) y de niñas y jóvenes entre los 12 y los 24 años (16%). También se encontró un 5% de mujeres entre los 30 y los 34 años y un 7% que representa a las adultas mayores, cuyas edades se hallaban entre los 55 y 59 años y los 70 y 74 años, pues no se halló registro alguno de mujeres entre los 60 y 69 años de edad. De lo anterior, se puede concluir que la mayoría de internas eran mujeres de mediana edad. Es decir, aquellas que, de acuerdo con el imaginario social, se encontraban en edad productiva y fértil como las amas de casa, empleadas, estudiantes, etc., (ver gráfico 4).

Es de anotar que el 15% de las historias clínicas no contenía información sobre la edad de las internas. En parte, ello podría deberse a que la interna había perdido todo vínculo con su familia, pues, por lo general, se trataba de aquellas mujeres que habían sido trasladadas desde el Asilo de Locas de la capital o de alguna otra institución asistencial. Tal fue el caso de E.V. y de C.G., ambas diagnosticadas con esquizofrenia y trasladadas desde el asilo bogotano, a quienes se les desconocía sus antecedentes personales y familiares. Al respecto, la primera manifestaba que había nacido en el Socorro, “que estaba en un campo y que sus hermanos, que no la quieren la trajeron a otro”, tampoco sabía cuánto tiempo había estado interna en el Asilo y si tenía hijos.[120] Por su parte, C.G., quien había sido trasladada de Bogotá amarrada, decía ser de Piedecuesta, pero, de acuerdo

[120] “Historia clínica N° 91” Bucaramanga, 1953-1958, en AHPSC, Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*., ff. 1-3.

con lo que escribía el médico Francisco González en 1961, al estar completamente "dementizada", desorientada en tiempo y espacio, y hablar sólo en monosílabos, no era posible entablar una conversación con ella ni obtener ninguna referencia de su vida personal. La mujer llevó una existencia precaria en el Instituto, dedicada a la costura y al tratamiento de la esquizofrenia y oras enfermedades como fiebre tifoidea, anorexia y fiebre amarilla hasta su fallecimiento en 1964.[121]

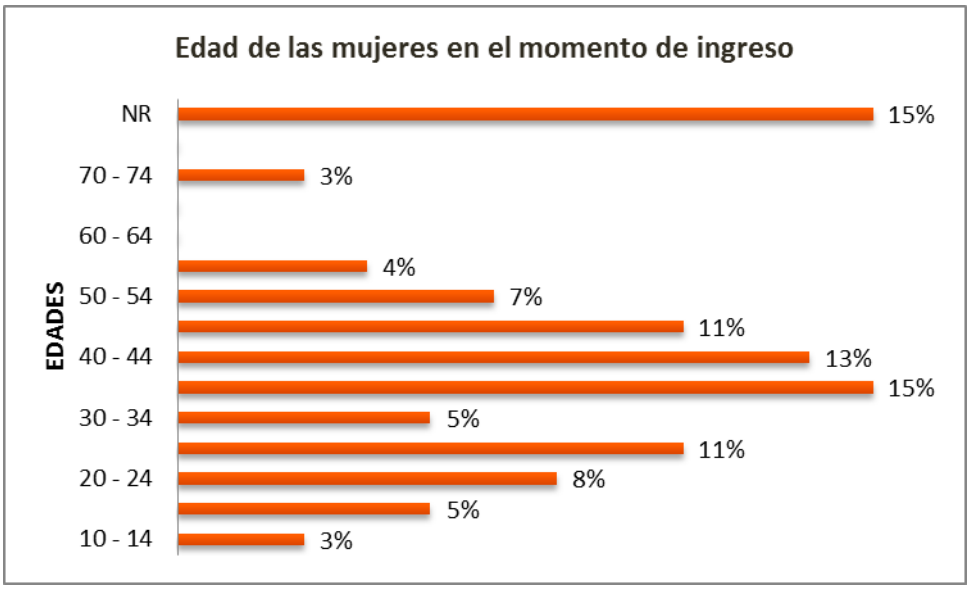
También llama la atención el internamiento de algunas niñas, como A.R., de 15 años de edad, remitida en 1953 por el juez de menores de Bucaramanga por sus frecuentes "accesos furiosos" en el lugar en que le tenían en reclusión, por lo que había sido diagnosticada como "psicópata constitucional de tendencias perversas". Después de una "crisis de agresividad de instintitos homicidas" dentro del Instituto, el facultativo ordenó la aplicación de choques eléctricos para hacer ceder su comportamiento. Al poco tiempo, la interna hizo una nueva "escena de llanto y furia" y aprovechó un descuido de la vigilancia para fugarse. Sin embargo, fue recluida de nuevo meses después por la policía. Durante un año A.R. mantuvo al personal atento a su comportamiento después de entablar estrecha relación con otra interna de "tendencias homosexuales" que la tornaron de nuevo díscola, sin embargo, también se mostró "colaboradora y con gran capacidad para el trabajo" hasta su fuga definitiva en 1955.[122]

G.D., una niña de 12 años proveniente de Barranca y también diagnosticada con "personalidad psicopática" fue internada por su hermana a finales de 1953. Según narra esta última, G.D. había sido una niña normal que se distinguía en la escuela por su gran capacidad mental y buen comportamiento, hasta que empezó a

[121] "Historia clínica N° 96", Bucaramanga, 1954-1964, en AHPSC, Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*., ff. 1 y 3-6.
[122] "Historia clínica N° 74", Bucaramanga, 1953-1955, en AHPSC, Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*., ff. 1-5. Hasta 1963 se inauguró dentro del Instituto un pabellón para niños, con motivo de los diez años de la fundación del psiquiátrico.

presentar signos de “enajenación mental” como “logorrea”, un flujo del habla mayor de lo habitual; agresividad y “sitiofobia” o rechazo “irracional” a los alimentos. La agresividad que presentó durante su internamiento determinó su diagnóstico y la hicieron candidata a terapia convulsivante, sin embargo, no se alcanzó a aplicar pues fue retirada por petición de su familia unas semanas más tarde.[123]

Gráfico 4. Edad de las mujeres en el momento de ingreso al Instituto Psiquiátrico San Camilo, 1953-1964.[124]



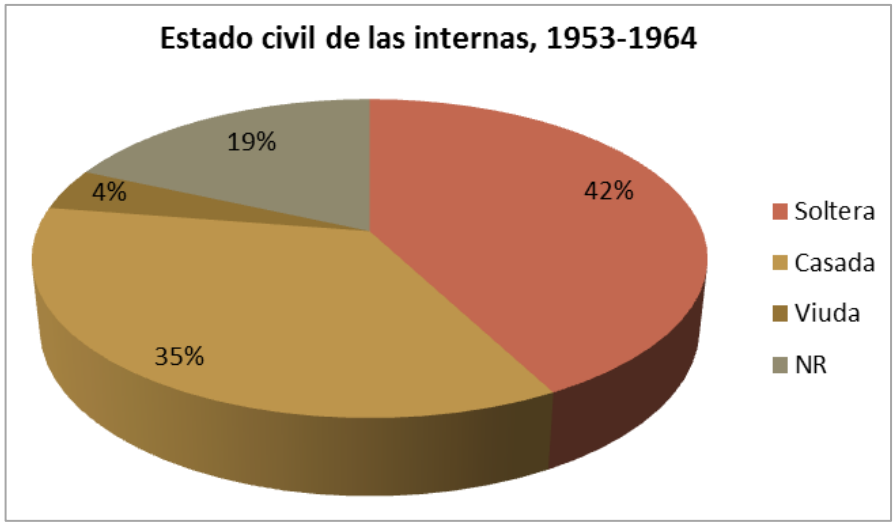
Respecto al estado civil de las mujeres internas en el Instituto Psiquiátrico, se evidenció que el 42% eran solteras, 35% casadas, 4% viudas y no existe registro del 19% restante, (ver gráfico 5). El 38% de las mujeres ingresadas afirmaba tener hijos, algunas de ellas solteras. Tal fue el caso de M.A., de 35 años de edad, quien, en el pasado, había sido remitida al Asilo de Dementes de la ciudad en tres oportunidades y fue internada en el Instituto Psiquiátrico San Camilo en 1953 por

[123] “Historia clínica N° 142”, Bucaramanga, 1953, en AHPSC, Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*., ff.1-4.
[124] Gráfico elaborado con base en los datos contenidos en el AHPSC, libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*. 1953-1964. *Sección ingreso*.

psicosis maníaco-depresiva, con reingresos en 1954, 1955 y 1957. La mujer había vivido 12 años en casa de su hermana, donde era tolerada pese a su conducta anormal hasta evidenciar una crisis maníaca.

Según sus familiares, "se la pasaba llorando, hablando, gritando y bailando alternativamente". M.A., catalogada como psicótica maníaco-depresiva, refirió en sus antecedentes personales que era soltera y sin hijos, sin embargo, en los exámenes de ingreso el médico que auscultó en su fisonomía leptosómica concluyó que era multípara, es decir, que había dado a luz más de una vez. Durante una de las temporadas de internamiento de M.A., el psiquiatra Roberto Serpa escribía que la paciente deliraba continuamente diciendo que "un novio había llegado a casarse con ella, a llevarle regalos, televisores, etc., (…) que estaba bebiendo y que la dejó", aunque tal novio no existía.[125]

Gráfico 5. Estado civil de las internas en el Instituto Psiquiátrico San Camilo, 1953-1964.[126]



[125] "Historia clínica N° 29", Bucaramanga, 1953-1973, en AHPSC, Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*., ff. 1-6.
[126] Gráfico elaborado con base en los datos contenidos en el AHPSC, libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*. 1953-1964. *Sección ingreso*.

El Instituto Psiquiátrico San Camilo había sido creado por la Junta de Asistencia Social para atender a la gente de la región y evitar con ello el traslado de varias personas a los Asilos bogotanos. Por tanto, como se pudo constatar con las historias clínicas a disposición para la presente investigación, el total de las mujeres que ingresaron durante los primeros once años de funcionamiento de la institución provenían de Santander. El 46% de las internas tenían su domicilio en Bucaramanga; el 12% en municipios cercanos como Piedecuesta, Girón, Lebrija y Rionegro; el 16% provenía de Barranca; San Gil; Barichara y Málaga; y el 18% de otros municipios como Los Santos, Socorro, San Joaquín, Charta, Guadalupe, Palmar, Bolívar y California. (Ver gráfico 6). De acuerdo con el informe elaborado por el director del instituto, Roberto Serpa, en 1959, el 30% de los internos que la institución albergó ese año procedía de Bucaramanga y el 70% restante de los demás municipios del Departamento.[127]

Aparte del internamiento por acción de la familia de las mujeres que manifestaban algún trastorno mental, la procedencia de algunas de ellas que llegaron a San Camilo desde Bucaramanga y otros municipios del Departamento se puede explicar en la intervención de instituciones con funciones de control como la policía, los juzgados, el Hospital San Juan de Dios, las alcaldías, y aún, las parroquias de sus lugares de origen, intervinieran o no en el proceso las solicitudes de la familia.

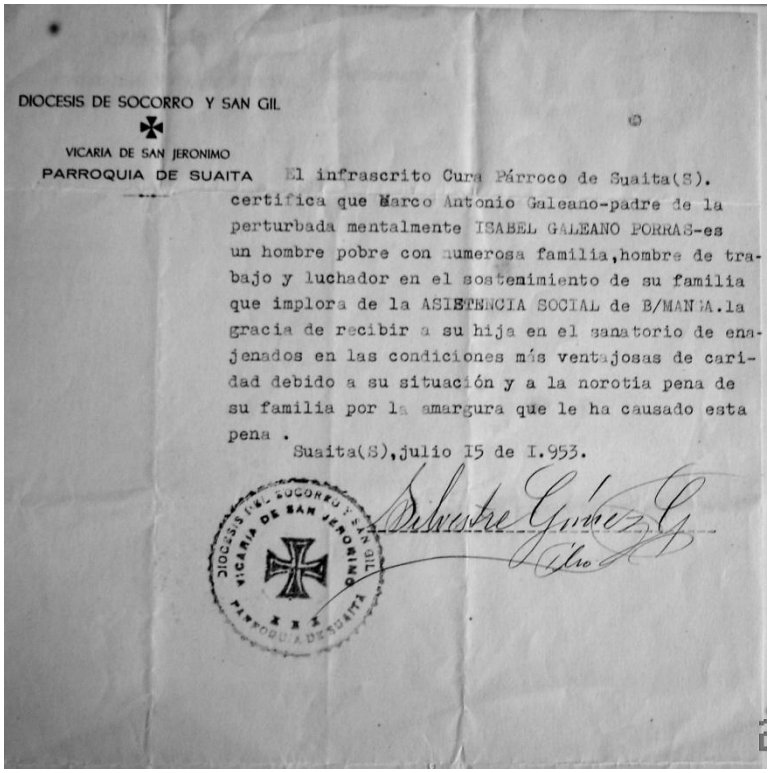
Por lo general, los curas párrocos intervenían para declarar el estado de pobreza de las mujeres para que ingresaran en calidad de internas “por caridad”, es decir, por cuenta de la beneficencia. De esta manera, I.G. de 23 años de edad, oriunda de Suaita, adscrita a la diócesis del Socorro, fue ingresada por un episodio de “hipomanía” a finales de 1953. En tal estado, que, según la joven, se agudizaba en los días menstruales, se había tornado irritable para sus familiares, a tal punto que

[127] SERPA FLÓREZ, Roberto. Op. Cit., p. 577.

solicitaron su internamiento, acudiendo primero a la parroquia para que el sacerdote declarara a la familia pobre de solemnidad, (ver figura 2).[128]

Sin dar mayores explicaciones a los médicos de San Camilo, los hermanos de M.S. trasladaron a la joven de aproximadamente 30 años desde San Joaquín para su atención inmediata debido a su comportamiento agresivo. Al parecer, M.S. estuvo interna varios años en la institución donde se le diagnosticó oligofrenia y epilepsia, desempeñando oficios en el área de lavandería.[129]

Figura 2. Documento emitido por la Iglesia para declarar "pobreza por solemnidad".[130]



DIOCESIS DE SOCORRO Y SAN GIL

VICARIA DE SAN JERONIMO

PARROQUIA DE SUAITA

El infrascrito Cura Párroco de Suaita(S). certifica que Marco Antonio Galeano-padre de la perturbada mentalmente ISABEL GALEANO PORRAS-es un hombre pobre con numerosa familia,hombre de trabajo y luchador en el sostenimiento de su familia que implora de la ASISTENCIA SOCIAL de B/MANGA.la gracia de recibir a su hija en el sanatorio de enajenados en las condiciones más ventajosas de caridad debido a su situación y a la norotia pena de su familia por la amargura que le ha causado esta pena .

Suaita(S),julio 15 de 1.953.

Silvestre Gómez G.

Pbro

DIOCESIS DEL SOCORRO Y SAN GIL VICARIA DE SAN JERONIMO PARROQUIA DE SUAITA

[128] "Historia clínica N° 15", Bucaramanga, 1953-1954, en AHPSC, Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*., ff. 1-6.

[129] "Historia clínica (sin numerar)", Bucaramanga, 1963, en AHPSC, Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*., ff. 1-3.

[130] "Historia clínica N° 15", Bucaramanga, 1953, en AHPSC, Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*., f. 3.

Como forma de control policial para aquellas que se encontraban vagando por las calles, conocidas popularmente como “locas”, intervenían las alcaldías y las inspecciones de policía bajo el argumento de la peligrosidad social. Tal fue el caso de M.D., trasladada desde San Gil, y de J.P., remitida desde Guadalupe. En 1962 una joven de 25 años fue remitida por el alcalde de San Gil para la atención especializada por anomalía psíquica, según informaba el médico legista del municipio. La mujer, que ya había sido ingresada en años anteriores con diagnóstico de “oligofrenia” con delirios crónicos de tono místico y sexual, y dada de alta por mejoría y por petición familiar, había llegado hasta la indigencia y declaraba haberse “enlocado” por “asuntos de novios”. Igualmente, sus estados de angustia dentro del Instituto llegaban a tal punto, que irrumpía en el despacho del médico para solicitar choques eléctricos.[131]

De la alcaldía de Guadalupe trasladaron a J.P. a San Camilo en 1955. La mujer ingresó al pabellón de agitados en condiciones poco propicias, llegó con el vestido sucio y con la cabellera revuelta, además de múltiples rasguños y la piel enrojecida y muy alterada, por lo que le aplicaron electrochoques. Al igual que M.D., tenía un historial largo de reclusión en instituciones para enfermos mentales, pues había sido trasladada al Instituto psiquiátrico en 1953 desde el antiguo asilo de la ciudad donde se le aplicó tratamiento durante un año hasta que fue dada de alta para regresar a su pueblo por mejoría. No obstante, al parecer, la vida de J.P. en Guadalupe no era del todo favorable para ella, pues a pesar de que en una ocasión manifestó al personal médico sus anhelos de salir para “ver a sus hijitos”. Posteriormente, el médico Francisco González consideraba que no era conveniente que regresara al seno de su pueblo y de su familia, pues inmediatamente se excitaba y la volvían a enviar a Bucaramanga.[132]

---

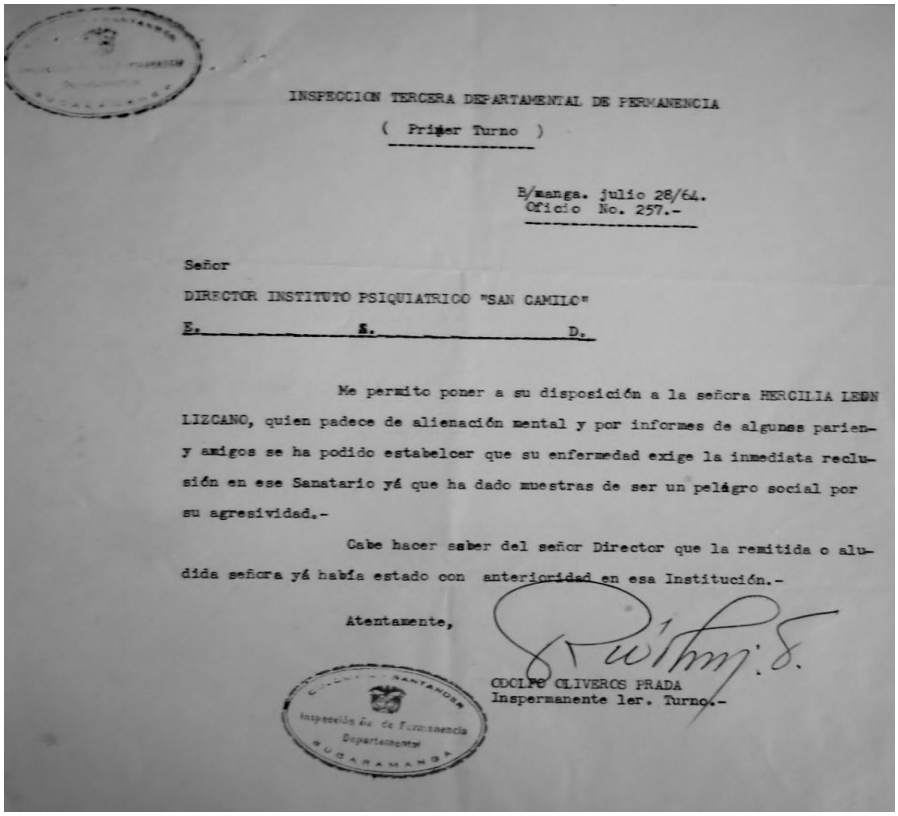
[131] “Historia clínica N° 23”, Bucaramanga, 1953-1966, en AHPSC, Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*., ff. 1-5 y 17-22.
[132] “Historia clínica N° 20”, Bucaramanga, 1953-1965, en AHPSC, Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*., ff. 1-6 y 8-10.

La situación de H.L. era similar. La mujer fue remitida al Instituto Psiquiátrico por una inspección de policía de Bucaramanga en 1964, por considerarse un "peligro social", (ver figura 3). La reclusión de la "alienada mental" había sido solicitada por sus familiares y vecinos, debido a continuos episodios de agresividad. Según informaban sus parientes, H.L., diagnosticada "débil mental" con episodios maníacos, llevaba 15 días sin dormir, le provocaba comer a ratos, y en otros *"era una neura que no se la aguanta(ba) nadie"*, pues no se estaba quieta ni un momento y escupía la comida.[133]

Los patronos de algunas mujeres de comportamiento díscolo también se sirvieron del control policial. C.N. empleada doméstica de una casa de familia en Bucaramanga, quien había permanecido interna en San Camilo desde su fundación hasta 1961 por psicosis maníaco-depresiva, fue conducida desde una inspección de policía hacia el Instituto psiquiátrico dos años más tarde, después de que fuera aprehendida por tres policías en su lugar de trabajo. La mujer, de 46 años de edad, se encontraba laborando en su primer día cuando la familia le avisó que ya tenían otra empleada, en el momento en que estaba arreglando sus cosas para marcharse fue llevada a "la permanente". No obstante, el psiquiatra no observó síntomas psicóticos en el momento, por lo que la dejó en observación hasta darla de alta días después. Al parecer, para la mujer fue difícil ubicarse o durar en un puesto de trabajo, pues años más tarde la policía la condujo nuevamente por estar vagando en el Parque de los Niños, evidenciando sus "trastornos mentales".[134]

[133] "Historia clínica N° 19", Bucaramanga, 1964, en AHPSC, Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*., ff. 1-6.
[134] "Historia clínica N° 144", Bucaramanga, 1953-1961 y 1966, en AHPSC, Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*., ff. 1-6 y 11.

Figura 3. Documento de remisión de la Inspección de Policía[135]



INSPECCION TERCERA DEPARTAMENTAL DE PERMANENCIA

(Primer Turno)

B/manga. julio 28/64.
Oficio No. 257.-

Señor

DIRECTOR INSTITUTO PSIQUIATRICO "SAN CAMILO"

E. S. D.

Me permito poner a su disposición a la señora HERCILIA LEON LIZCANO, quien padece de alienación mental y por informes de algunos parien- y amigos se ha podido estabelcer que su enfermedad exige la inmediata reclusión en ese Sanatario yá que ha dado muestras de ser un peligro social por su agresividad.-

Cabe hacer saber del señor Director que la remitida o aludida señora yá había estado con anterioridad en esa Institución.-

Atentamente,

ODOLFO OLIVEROS PRADA
Inspermanente 1er. Turno.-

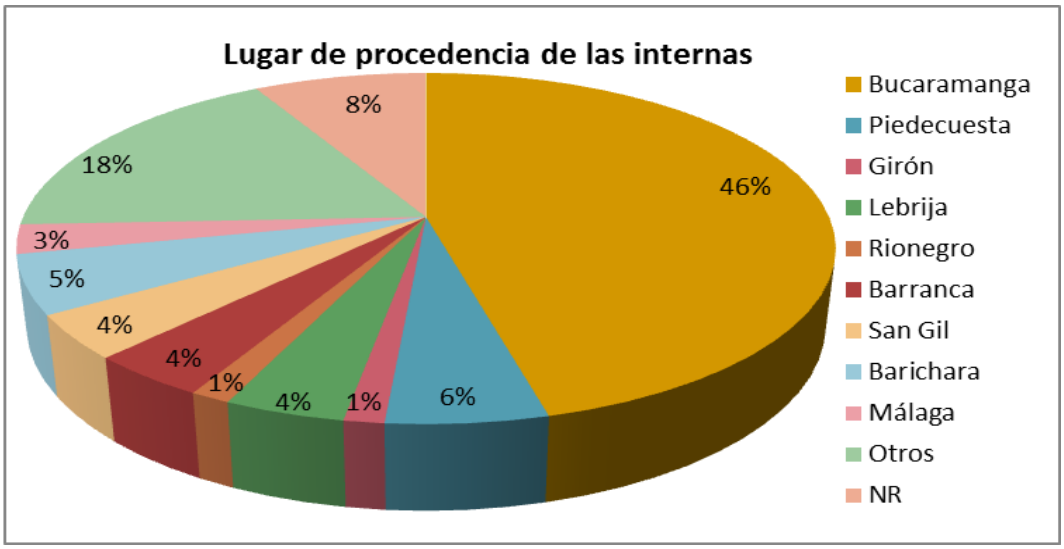
De otros centros asistenciales también remitieron a algunas mujeres a San Camilo. Por ejemplo, del Hospital San Juan de Dios enviaron a E.V. en 1953 debido a su estado depresivo después de practicársele una histerectomía para extraerle un fibroma uterino. La mujer de 42 años, creía que desde la cirugía a que había sido sometida ya “no servía para nada”. Debido a que no presentaba ningún signo ni síntoma psicótico, a E.V. no se le aplicó ningún medicamento psiquiátrico, ni se le practicó terapia convulsivante. Semanas después solicitó que le dieran de alta, pues se encontraba “muy impresionada con el ambiente” y de la conducta de sus compañeras.[136] Una situación similar vivió B.V. una joven remitida por catatonia, pues llevaba varias horas en la misma posición sin influenciarse por el

[135] “Historia clínica N° 19”, Bucaramanga, 1964, en AHPSC, Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*., f. 6.
[136] “Historia clínica N° 40”, Bucaramanga, 1953, en AHPSC, Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*., ff. 1-6.

ambiente externo. Después de la aplicación de algunos electrochoques, B.V. fue internada por un período para observación hasta su alta meses más tarde.[137]

Aunque no existe evidencia en las historias clínicas analizadas sobre la procedencia de internas de otros departamentos del norte y oriente del país, en los documentos administrativos de finales de la década del sesenta se manifiesta la necesidad de cobrar a las Juntas de Asistencia Social de los departamentos de Norte de Santander, Magdalena y Cesar por algunos internos hombres y mujeres, dentro de la institución, lo que podría hacer pensar en la reproducción de la mismo tipo de red que se realizó entre la junta de asistencia social de Santander y los asilos para mujeres y hombres en Bogotá cuando la ciudad contaba con el Asilo Transitorio de Dementes.[138]

Gráfico 6. Lugar de procedencia de las internas en el Instituto Psiquiátrico San Camilo, 1953-1964.[139]



[137] "Historia clínica N° 47", Bucaramanga, 1953, en AHPSC, Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*., ff. 1-5.
[138] "Acta de Junta Directiva N° 89", Bucaramanga, 17 de Diciembre de 1959, en Archivo Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC), Libro de actas y resoluciones 1959-1964(5), f. 3.
[139] Gráfico elaborado con base en los datos contenidos en el AHPSC, libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*. *Sección ingreso*. 1953-1964.

En numerosos casos, la familia de las mujeres con comportamiento discordante solicitaba el ingreso porque no sabían cómo convivir o manejar las situaciones en las que actuaran por fuera de los límites socialmente aceptados. Así por ejemplo, cuando E.T. tenía 16 años de edad, presentó cambios fundamentales en el trato con sus familiares. Éstos últimos habían ubicado el origen de su conducta en una meningitis que la dejó fuera de sus cabales. Primero, anotaban, empezó a ser agresiva, a "decir que los mataba, a pelear con el servicio y a fugarse frecuentemente de la casa". Más adelante, vino una época de "franca excitación erótica" durante la cual "se enamoraba de todos los hombres, hasta el punto de aceptar relaciones de un hombre casado con quien sostuvo correspondencia y con quien trató de fugarse de la casa". Tras el episodio, la familia decidió recluirla para evitar un problema mayor, sin embargo, empezaron a notar en ella una "actitud francamente negativa", pues no se interesaba en absoluto por su cuidado personal, carecía de iniciativa y, según anotaban los facultativos, presentaba gatismo (incontinencia urinaria y fecal), mutismo y catatonia. La joven tuvo cortos períodos de internamiento entre 1953 y 1958, saliendo por mejoría o por petición familiar, tras aplicarse la terapéutica psiquiátrica para los diagnosticados bajo la categoría de "débil mental": electrochoques y psicofármacos.[140]

Otro caso en el que se evidenciaba la autoridad familiar era el de M.R., una mujer de 23 años que residía en el municipio de california y se dedicaba a las labores domésticas mientras su esposo, con el que llevaba casada ocho años, trabajaba en la agricultura. En Agosto de 1953 este último la llevó al instituto psiquiátrico porque la mujer había tratado de fugarse de la casa en repetidas ocasiones, descuidaba a los hijos, y padecía de insomnio, inapetencia, dolores de cabeza y lloraba constantemente.

Al parecer, M.R. y su esposo ya no tenían vida conyugal, pues en el momento de internamiento de la joven, diagnosticada como esquizofrénica pese a no presentar

[140] "Historia clínica N° 52", Bucaramanga, 1953-1958, en AHPSC, Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*., ff. 1-7.

más que un cuadro de depresión y angustia, su marido estaba recibiendo tratamiento porque le "había salido 'mala' la sangre", es decir, padecía una enfermedad venérea, lo que no era el caso de la mujer, aunque sí estaba dentro de sus antecedentes médicos. En el mes que estuvo interna, M.R. recibió tratamientos convulsivos por choque y por inyecciones de insulina sin resultado positivo para los facultativos. En todo momento presentaba actitud de fuga y manifestaba no saber por qué la mantenían en un hospital para enajenados. M.R. logró evadirse de la institución dos veces, la primera fue reingresada por su familia y en septiembre de 1953 no se volvió a saber de la joven.[141]

A pesar de que en varios casos las familias de las mujeres que eran internadas en San Camilo buscaban a la institución por desconocimiento en el trato o por no estar en la capacidad de tolerar a las mujeres enajenadas, también había casos en los que los más allegados solicitaban la salida de la familiar. No obstante, estar o no dentro del medio familiar podía constituir en un aliciente o en un obstáculo para el control o remisión del trastorno. Así lo afirmaba en 1957 el facultativo Francisco González cuando consignaba en su despacho los antecedentes de su paciente E.R. en el cuarto reingreso a la institución, por psicosis maníaco-depresiva.

En efecto, a la mujer se le daba continuamente de alta por petición familiar, incluso, se le otorgaban permisos por 15 días para visitar a su familia en la ciudad. Sin embargo, anotaba el médico, era muy poco el tiempo de normalidad que E.R. toleraba en ese medio. Siempre regresaba a la institución en estado de agitación maníaca, el que era menguado con choques eléctricos. En ocasiones, la interna se quejaba de sus parientes. Por ejemplo, una de las entrevistas de reingreso en

[141] "Historia clínica N° 9", Bucaramanga, 1953, en AHPSC, Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*., ff. 1-5.

1959 registraba que su familia se la había llevado “para que trabajara y ellos estuvieran de balde”.[142]

Si bien la mayor parte de las historias clínicas consultadas no registran el tipo de labor a que se dedicaban las internas antes de su aislamiento, tras analizar la información disponible es posible afirmar que la mayoría de ellas se dedicaban a las labores domésticas, es decir, eran amas de casa (20%). Asimismo el 8% percibía algún beneficio económico al desempeñarse en otras trabajos como artesanas, costureras, lavanderas, empleadas domésticas, o en otros más calificados que les permitía percibir un salario, tal fue el caso de las maestras, secretarias y una telefonista. El 3% eran estudiantes y el 1% afirmaba desempeñarse en labores agrícolas, aunque es probable que varias mujeres provenientes del área rural que afirmaran dedicarse al cuidado de la casa, incluyeran este tipo de faenas dentro de sus responsabilidades. (Ver gráfico 7)

Los trastornos mentales que padecían las internas no sólo las incapacitaban para los roles y labores tradicionales asignados a la mujer de madre, esposa y cuidadora del hogar. Dentro de las mujeres trabajadoras fuera del espacio doméstico, se encontraba J.J., de 33 años de edad, casada y con seis hijos, que se desempeñaba como auxiliar en una sastrería de la ciudad. Pese a que J.J. ya había tenido dos ingresos a San Camilo antes de laborar por psicosis maníaco-depresiva, y de darse de alta por mostrar signos de mejoría, en 1963 empeoró su estado. Una de las posibles causas, anotaba el psiquiatra Serpa Flórez, era la situación cesante de su marido que había desencadenado problemas económicos para la familia, al punto que dos años más tarde fue remitida por una inspección de policía de Café Madrid porque se encontraba vagando en las calles.[143] Queda

[142] “Historia clínica N° 73”, Bucaramanga, 1953-1963, en AHPSC, Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*., ff. 1-7.
[143] “Historia clínica N° 17”, Bucaramanga, 1953, 1961, 1962, 1963, 1965, 1966 y 1968, en AHPSC, Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*., ff. 1-6 y 10, 15 y 16.

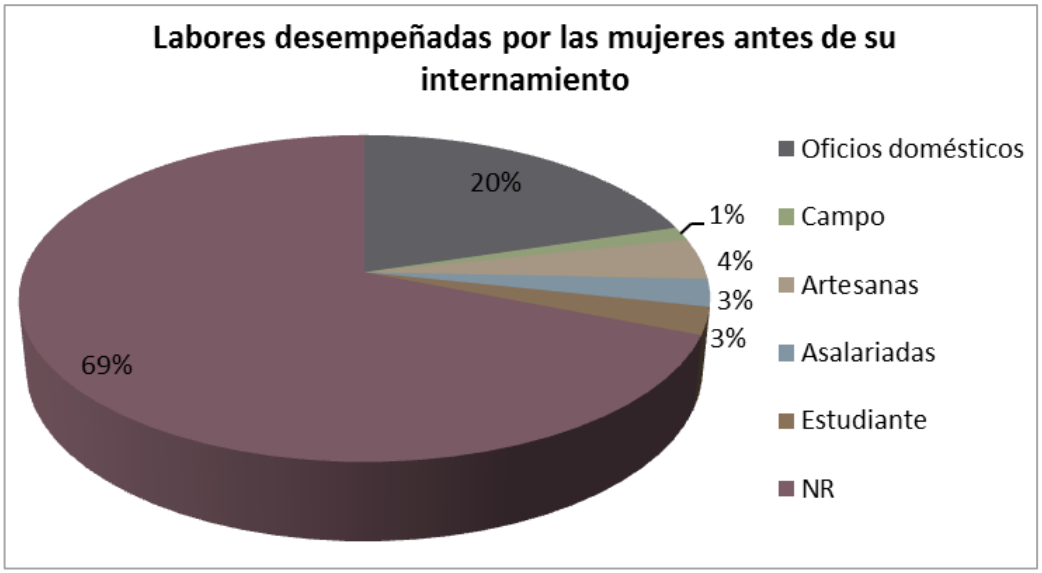
claro, así, que en ocasiones, se vinculaba enfermedad mental con situación socio-económica.

Algunas mujeres que laboraban fuera del espacio doméstico, y que no necesariamente estaban sometidas a penurias económicas, también se vieron incapacitadas por la discordancia de sus acciones. Por ejemplo, L.D., quien residía en Barichara, había trabajado como telefonista para la Empresa de Telefónica de Santander, además, era modista. Meses antes de su reclusión en 1953, sentía que se le adormecían las manos y la lengua, oleadas de "corrientazos eléctricos" en todo el cuerpo y depresión, incapacitándose de esta manera para el trabajo. El médico de San Gil le recetó sedantes sin que se notara ninguna mejoría. Ante tal situación, la mujer fue remitida a San Camilo, donde fue diagnosticada como depresiva e hipocondríaca. Bajo estas categorías diagnósticas, se le inició la terapéutica de choques eléctricos y de fármacos durante un mes.[144]

Asimismo, del municipio de Charta remitieron a R.A., de 23 años de edad, quien se desempeñaba como maestra de escuela. De acuerdo con las anotaciones del psiquiatra, en el momento de su ingreso, la joven se mostraba agitada y en "estado confusional", pues se encontraba desorientada en tiempo y espacio, aunque no presentaba signos de alguna psicosis. Los familiares que la llevaron relataron que R.A. llevaba varios días inapetente y que se quejaba de un creciente dolor lumbar. Después de las inspecciones de rigor, fue diagnosticada con "manía confusional", y tras una hemorragia intestinal que causó su traslado al Hospital San Juan de Dios por petición de su familia, fue diagnosticada con "toxifrenia".[145]

[144] "Historia clínica N° 72", Bucaramanga, 1953, en AHPSC, Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*., ff. 1-5.
[145] "Historia clínica N° 70", Bucaramanga, 1953, en AHPSC, Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*., ff. 1-6.

Gráfico 7. Labores desempeñadas por las mujeres antes de su internamiento en el Instituto Psiquiátrico San Camilo, 1953-1964.[146]



Por regla general, tanto para la sociedad, como para las familias de las mujeres internas en San Camilo durante 1953 y 1964, éstas resultaban altamente improductivas, no sólo en los roles domésticos, sino en el desempeño de un oficio por fuera de los muros del hogar. Además de ello, se les consideraba un "peligro social", lo que legitima su aislamiento de los lugares públicos, la intervención de instituciones de control policial y las acciones del instituto psiquiátrico al hacer firmar un acta de compromiso a las familias que solicitaran la salida de las internas, con el fin de que se hicieran responsables de controlar su conducta por fuera de la institución; pero también del saber psiquiátrico, que convertía a la interna en un caso, objetivándola para reducir incoherencias y comportamientos contra las normas sociales.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede sostener que la labor de la institución de encierro y la del psiquiatra es de tipo normalizador. Tal como lo propone Michel

[146] Gráfico elaborado con base en los datos contenidos en el AHPSC, libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*. *Sección ingreso*. 1953-1964.

Foucault, el saber psiquiátrico legitima estas acciones gracias a su discurso sobre la enfermedad y sobre la terapéutica a aplicar en los cuerpos de las mujeres internas, sin preocuparse en demasía por su subjetividad, ni por adentrarse en la ideación psicótica. Esta tendencia de la psiquiatría, positivista, se remonta a Kraepelin. En esta perspectiva, el psiquiatra actúa como un experto, se ubica jerárquicamente en posición superior respecto al paciente, quien no conoce nada de su enfermedad en el lenguaje científico. Así pues, en el consultorio y en la institución psiquiátrica vale la palabra del facultativo en razón de su experticia.

La pérdida de la identidad, la ausencia del sujeto, y por tanto, de la subjetividad, es una característica fundamental en la descripción de la locura. De ahí la importancia del uso de la historia clínica dentro de las instituciones psiquiátricas, un formato para registrar signos y síntomas del enfermo mental según la palabra de la autoridad médica, prácticamente sin considerar la del enfermo. De esta manera, siguiendo una nosografía predeterminada por el conocimiento médico, que sólo se preocupa por atender al conjunto de síntomas y signos de la enfermedad sin que, como afirman C. García e I. Jiménez, se den cabida a otro tipo de lecturas sobre el significado que para el paciente pueda suponer esa sintomatología, así como sus lecturas más existenciales, la labor del psiquiatra se reduce a "encajar" en cuadros más o menos rígidos, más o menos descritos con anterioridad, las vivencias de los pacientes para elaborar el diagnóstico.

El acento está puesto en la evolución de la enfermedad mental y en el carácter de cronicidad para el pronóstico.[147]Incluso, en buscar causas orgánicas a comportamientos aún no muy bien explicados, lo que, en el caso del Instituto Psiquiátrico San Camilo, significaba averiguar por los antecedentes psicopáticos familiares. Así, la mitad del cuerpo de historias clínicas (38) que cuentan con este

[147] GARCÍA, C., y Jiménez, I. Op. Cit., pp. 128 y 129. Ver también POSTEL, J. y QUETEL, C., Op. Cit., p. 345.

registro, el 37% manifestaba tener algún “enajenado mental” en la familia, frente a un 63% que sostenía no tenerlo.

Podemos afirmar entonces, que la práctica psiquiátrica del período de estudio se caracteriza por ser positivista, pues reduce la atención del experto sobre la vida personal de la mujer para centrarla, fundamentalmente, en las “dolencias de la psique” manifiestas en alteraciones de la conducta y de la razón (signos y síntomas), lo que posteriormente determinaría las terapias a aplicar. Tal fue la característica común encontrada en las secciones de diagnóstico de las historias clínicas de las mujeres internas en San Camilo, encasilladas en su mayoría bajo las categorías diagnósticas esquizofrenia y psicosis maníaco-depresiva, durante el período de estudio.

Describir las formas en que las internas esquizofrénicas y psicóticas maníaco-depresivas vivieron su enfermedad mental dentro del Instituto Psiquiátrico San Camilo y la interpretación que le fue dada por parte del experto, entraña indagar en qué medida fueron escuchadas, si se hizo seguimiento a su contexto familiar, si se tomaron en cuenta sus vivencias e ideas. Ello requiere un gran esfuerzo de nuestra parte, más aún cuando la fuente principal omite en algunos casos datos personales y familiares, o sustituye la versión del sujeto enfermo por el discurso experto o de la familia. A pesar de ello, nos hemos acogido, en algunos casos, a dar relevancia a los fragmentos de los discursos de las internas contenidas en su historia clínica y a cómo repercutieron éstos en la relación con otros actores como el psiquiatra, la institución y la familia. A ello van dedicados los siguientes apartes del capítulo.

6.1 "QUIERO IRME A UN CONVENTO". MERCEDES Y SUS ENCERRAMIENTOS, UN MODO DE SER QUE NO ES "LO QUE DEBERÍA SER"

Mercedes era una joven de 18 años de edad cuando fue recluida por primera vez en San Camilo por un episodio agudo de esquizofrenia en 1959.[148] La adolescente, que duraría prácticamente toda su vida en reclusión, provenía de una familia acomodada que residía en Bucaramanga, había terminado el bachillerato en Las Franciscanas, y se encontraba estudiando diseño arquitectónico en la universidad, hasta el día en que una de sus compañeras le encontró una carta dirigida a un cura en la que la joven manifestaba su deseo de ser monja. Mercedes no regresó a la universidad.

En los dos meses siguientes la adolescente decidió enclaustrarse y no aceptar conversación alguna. Su madre, mujer "solícita, sobreprotectora, muy ordenada y económica", se inquietó por el comportamiento de su hija menor, pues había notado que se lavaba con mucha frecuencia las manos pese a que su aspecto en general era muy descuidado, también que se hallaba inapetente y que se la pasaba mirando un libro al que le pasaba las hojas sin leerlo, o se ponía a arreglar la estantería.

Estos comportamientos le hicieron recordar que dos años atrás Mercedes la había golpeado y se había mostrado muy agresiva durante un mes. También, que su suegra y su esposo, de 74 años de edad, "habían sufrido de enfermedad mental", a pesar de que, en ese momento, el padre de Mercedes mostrara un comportamiento relativamente normal, pues iba todos los días a misa, comulgaba y "ayudaba poco a sus hijos con el estímulo".

[148] "Historia clínica N° 1845", Bucaramanga, 1959, 1960, 1963, 1964, en AHPSC, Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*., ff. 1-85. Esta mujer estuvo interna en 1966, 1967-1968, 1970-1974, y se encontraron registros hasta 1993. Para los apartes que siguen en el presente capítulo, se han cambiado los nombres de las internas.

Ante esta situación, los familiares de Mercedes decidieron llevarla al Instituto Psiquiátrico donde manifestaron que se hallaba “muy reconcentrada siempre” y que su modo de ser no era “lo que debería ser”. Al llegar a las instalaciones, la joven pasó, en primera instancia, por el examen médico-somático de rigor. Tras ser revisados sus sistemas cardiovascular, respiratorio, genito-urinario, digestivo, nervioso, musculo-esquelético, endocrino y órganos de los sentidos, la joven fue Catalogada de constitución leptosómica, según la teoría constitucional, aquella propia de los esquizofrénicos.

Una vez finalizado el formato de ingreso en el que se recopilaban los antecedentes personales y familiares, y se realizaba el examen somático para ver su estado general y apuntar si se contraindicaba o no la terapia de choque, Mercedes fue conducida al consultorio del psiquiatra. En él, el médico Roberto Serpa Flórez, quien la encontró “amanerada, con estereotipias, retraída, autista, reconcentrada en sí misma, mutista”, determinó que se encontraba en una fase aguda del trastorno mental y que el comportamiento agresivo que había manifestado dos años atrás, relatado por su madre, también correspondía a un acceso psicótico, por lo tanto, ordenó prepararla para un tratamiento de insulina en el período de internamiento.[149]

Días después, Mercedes continuaba con estereotipias que consistían en gestos y muecas, inapetencia, a lo que se habían sumado risas vacuas e inmotivadas. El psiquiatra Roberto Serpa consideraba que el pronóstico de la joven era delicado, pues al tratarse en este caso de una “personalidad esquizoide”, caracterizada por su humor retraído, inhibido y su propensión al aislamiento, no era de esperarse una recuperación notoria. En todo caso, la joven fue sometida inicialmente a cinco meses de tratamiento con “38 sesiones de insulina y 29 comas”, hasta notar que empezaba a socializar con las demás internas, pero que dejó secuelas que ella reconoció e increpó al psiquiatra: *“ahora me río por todo, debe ser por la insulina,*

[149] Ibíd., f. 5

yo no era así". El facultativo decidió entonces darle de alta, pues la Mercedes también manifestaba deseos de trabajar y decía haber dejado la idea de ser monja.

A su salida del Instituto, la joven ingresó en una comunidad religiosa. Durante los primeros días, su conducta había sido igual al del resto de novicias, pero pronto manifestó ciertas actitudes y comportamientos que hicieron que la Directora solicitara a su familia que la retirara. Por ejemplo, decía que quería hacer penitencia, por lo que no comía. Otro día quebrantó las normas del convento al usar traje de civil. Los familiares intercedieron tres veces para que la dejaran tomar los hábitos sin éxito. Ante esta situación, Mercedes fue llevada al convento de religiosas contemplativas para llenar los trámites de solicitud, sin embargo, sin haberlos presentado, entró y se encerró en una pieza.

Por lo anterior, Mercedes volvió a ser internada en San Camilo. De acuerdo con las observaciones de los facultativos, continuaba con "risas sin motivación aparente". Asimismo, manifestaba durante una sesión con el psiquiatra que quería ingresar como enfermera o irse a un convento. Ante sus actitudes, se decidió hospitalizarla para realizarle tratamiento con choques, considerando que permanecería por un tiempo largo.

La disposición del médico se cumplió. Mercedes cambiaría su vida de convento por el de interna en el Instituto psiquiátrico. Durante los primeros años de estancia, la joven manifestó constantemente su "actitud mutista, sus risas infundadas, negativismo y su gatismo". En cuanto a este último, entorpecía los exámenes médicos por ensuciar su ropa con heces, jugaba con ellas, se orinaba frecuentemente y devolvía la comida. En contraprestación, se agudizaba su terapia de choques eléctricos y con insulina, así como la ingesta de neurolépticos.

La vida dentro de una institución de encierro fue difícil al inicio, pero con el tiempo Mercedes se fue acostumbrando. Si bien en los primeros años se rehusaba a la laborterapia, llegó a gustarle la costura, pues manifestaba una de las religiosas que la cuidaba, que "la mujer se empeñaba en hacer un cubrelecho". Aunque en ocasiones, irrumpía en el despacho del psiquiatra para "quejarse por algo", la mayoría de su tiempo permanecía encerrada, sola, con sus risas vacías y su mutismo que la llevaron los primeros años al Instituto.

Figura 4. Mercedes durante su internamiento en el Instituto Psiquiátrico San Camilo.[150]

6.2 "FUI TRAÍDA POR ESO"… "PORQUE A VECES HABLO SOLA". "NO ESTOY ENFERMA DE LA CABEZA, ES QUE A VECES PIERDO EL SENTIDO". MARIELA

El día en que acusaron a una de sus hijas de un robo, Mariela sufrió un "ataque" durante el cual perdió el conocimiento y la condujo a guardar cinco días de cama. Aunque los médicos siempre le habían dicho que "estaba muy débil", su marido, con el que llevaba 17 años de casada y tenía cinco hijos "normales", empezaba a

[150] Fotografías tomadas de la Historia clínica N° 1845 del AHPSC. Libros de historias clínicas (0001-1891) Difuntos. Ibíd., f.1.

preocuparse, pues después de los días de reposo, quedó “como sonámbula que no hablaba y permanecía largas horas en un mismo lugar sin pronunciar palabra”. Además, decía sentir que unos perros se le entraban en el estómago y se había vuelto agresiva “con los objetos y no con las personas”.[151]

Con estas palabras relataba el esposo de Mariela el inicio de su trastorno en las instalaciones del Instituto Psiquiátrico San Camilo en septiembre de 1953. Según él, todo lo había desatado “la pena moral”. El psiquiatra que recibió el caso, Ángel Octavio Villar, anotaba en el lenguaje clínico los signos y síntomas para realizar el diagnóstico: alucinaciones visuales, auditivas y cenestésicas. Agitación, desorientación en el tiempo y en el espacio. Pérdida de la efectividad e inexistencia de vivencia de la enfermedad como causa de ingreso. Trastorno: esquizofrenia.[152]

Durante los cinco meses siguientes, Mariela fue internada y sometida a terapia de choque por cardiazol y por electricidad para reducir su agitación. Debido a que, en sus inicios, el tratamiento se consideró inútil, el psiquiatra ordenó aplicar los electrochoques que fueran necesarios hasta calmarla. Incluso, durante los dos años que siguieron de internamiento, la mujer, ya considerada un caso crónico, también fue sometida a la insulinoterapia, la cual finalizó cuando su familia solicitó que le dieran de alta en 1956.

Mariela pisaría de nuevo el Instituto psiquiátrico tres años después. Su familia la había trasladado desde San Gil, según la mujer que entonces tenía 41 años de edad, *“por eso”… “porque a veces hablo sola”*, *“también por tener anemia”*.[153] Roberto Serpa, psiquiatra que en ese momento la atendía, confirmó el diagnóstico de su predecesor, y encontró a la paciente “crónica, amanerada y con ‘alteración

[151] “Historia clínica N° 68”, Bucaramanga, 1953-1956, 1959, 1960-1961, en AHPSC, Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*., ff. 1-6.
[152] Ibíd., ff. 2 y 3.
[153] Ibíd., f. 3.

defectual de la personalidad'". No obstante, no consideró necesario aplicar tratamiento de choque, aunque la mantuvo en observación en el Instituto durante dos meses durante los cuales se le hizo tratamiento médico después de que una prueba de serología resultara positiva. No se realizó ninguna averiguación sobre cómo había contraído sífilis. Finalizada la aplicación de antibióticos, a la mujer se le observaba tranquila. Así pues, salió por "mejoría", sin embargo, regresó de nuevo ocho meses más tarde en estado de agitación.

En 1960 Mariela le confesaba al facultativo Francisco González su temor a la locura. Recordaba episodios de su trastorno años atrás, pero no creía estar "enferma de la cabeza", en lugar de ello, manifestaba, perdía en ocasiones el sentido. Mientras la mujer hablaba durante las sesiones que tuvo con el médico en el tiempo de internamiento, González seguía en el relato las posibles incoherencias. Al respecto escribía:

> *"[…] Es pues una crónica, con las características ya anotadas* [por el doctor Serpa] *en su ingreso anterior* [1959]*. Amanerada en su modo de hablar; pone atención a las preguntas que se le hacen y tiene buena conexión ambiental (…) Paciente con perturbaciones de la personalidad; niega que esté con alguna perturbación mental. Está logorreica, eufórica y dice que le teme mucho a la locura. Asocia bien algunas ideas; en otras, hay retardo o no existe asociación de las representaciones del espacio y del tiempo. Se le formula Hiserpina".*[154]

Durante la sesión del mes siguiente, el psiquiatra reconocía que las facultades intelectuales de Mariela no habían desmejorado del todo, tenía buena atención, espontánea y voluntaria; y, en general, asociaba bien las ideas. Sin embargo, la paciente crónica tenía un "defecto esquizofrénico": hablaba toda la noche, por lo que le formuló sinogán y cuatro choques eléctricos.

[154] Ibídem.

Teniendo en cuenta que la mujer comía y dormía bien, y que se podía mantener con ella un diálogo coherente, el psiquiatra consideró pertinente darle de alta para que se reuniera con sus familiares y continuara medicada. En ocasiones, los médicos reducían el grado de encierro de la institución, como había manifestado Serpa años atrás, para evitar que los internos terminara absorbidos por el ambiente del Asilo, ya que ello podía anularlos más que la enfermedad.[155]

Figura 5. Mariela, interna en el Instituto Psiquiátrico San Camilo entre 1953 y 1961.[156]

6.3 VICTORIA, UNA INTERNA OBEDIENTE Y TRABAJADORA

Victoria trabajaba como empleada doméstica en la casa cural de san Joaquín, Santander, en 1953. Ocho días antes de ingresar a San Camilo, había sido sometida a una jornada intensa de trabajo en un bazar organizado por la parroquia. Terminada la faena, regresó a su casa a descansar, tomó un baño y al poco rato empezó a sentir "la cara como un tizón", luego empezó a decir "cosas sin sentido". La mujer, que entonces contaba con 27 años, atribuía sus

[155] SERPA FLÓREZ, R. Op. Cit., p. 579.
[156] Fotografías tomadas de la Historia clínica N° 68, en AHPSC. Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*. Op. Cit., f.1.

alteraciones mentales al hecho de transgredir una creencia popular sobre la salud femenina: no bañarse durante los días del período menstrual, menos cuando se tiene también gripa. De hecho, le comentaba al psiquiatra, llevaba un año presentando trastornos del carácter especialmente durante los días catameniales, además, también sufría de fuertes hemorragias menstruales y de dismenorrea.[157] Según anotaba el médico en su registro clínico, Victoria tenía aspecto atlético y aparentaba buena salud, a pesar de haber sido operada de apendicitis y de bocio. Sin embargo, una vez pasó al examen físico de rutina, fueron halladas varias huellas de contusiones en las caderas y las piernas. Al indagar el facultativo al respecto, Victoria contestó que eran consecuencia de los golpes que le daba "el hombre que le perseguía".

Al decir de la joven, se trataba de un "bobo que la per(eguía) constantemente" y que en varias ocasiones había intentado tener relaciones sexuales por la fuerza. Para Victoria, esta situación también era una de las causas de la "nerviosidad" de que era víctima. Esta parte de su vida personal no fue escudriñada por los facultativos para saber si en realidad la mujer estaba siendo violentada sexualmente, en cambio, sí lo fueron sus antecedentes psicopáticos.

La misma Victoria confesó que había estado recluida en 1946 en el Frenocomio de Mujeres de Bogotá. Ahora sí, empezaba a aclararse el panorama para la acción de los expertos. De acuerdo con el médico psiquiatra Ángel Octavio Villar, Victoria estaba bien ubicada en el tiempo y en el espacio, asimismo, tenía una clara conciencia de la vivencia de su enfermedad y de la causa de su ingreso. Para el facultativo, esta psicótica maníaco-depresiva y débil mental tenía tendencia a la verborrea, por lo que, en parte, dudaba de su relato, según él, con ligeras incoherencias.

[157] "Historia clínica N° 59", Bucaramanga, 1953-1954, en AHPSC, Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*., ff. 1-5.

Para suministrarle tratamiento, Villar prescribió la laborterapia y sesiones de choches eléctricos. En cuanto a la primera, se le ubicó en la sección de servicio, donde colaboraba con el aseo de las instalaciones del Instituto Psiquiátrico. Los electrochoques se aplicarían en situaciones de agitación maníaca o si sus depresiones eran profundas. Durante el año que duró recluida, Victoria sobresalió por ser una interna obediente y buena para el trabajo, hasta que fue dada de alta por mejoría, es decir, tras no presentar signos de perturbación mental, en su caso, ninguna manifestación depresiva o de exaltación maníaca.

Figura 6. Victoria, interna en el Instituto Psiquiátrico San Camilo entre 1953 y 1954. [158]

6.4 "TODO LO QUE HAGO ME LO FIJAN COMO SI FUERA LOCA". ELISA

En 1959 se producía el cuarto ingreso de Elisa al instituto psiquiátrico santandereano. Desde 1951 había presentado los primeros signos de enajenación mental, se le había diagnosticado psicosis maníaco-depresiva en 1953 y, desde entonces, había tenido períodos cortos de reclusión. Por lo general, la mujer era

[158] Fotografías tomadas de la Historia clínica N° 59. En: AHPSC. Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*. Op. Cit., f.1. Al juzgar por la fotografía de salida, Victoria tuvo varios ingresos al Instituto Psiquiátrico, cuyos registros no se conservaron.

trasladada al Instituto por episodios de excitación psicomotora, pero esta vez, el médico Francisco González, quien la recibía, anotaba en el examen de rigor:

> *"Enferma coingresa calmada, algo hipercinética y con logorrea; tiene vivencia de la enfermedad, pero ahora dice que todo lo que hace se lo fijan como si fuera loca, aun cuando ella misma afirma que ahora está bien. Tiene buena orientación en el espacio y en el tiempo y buena atención. Como en las ocasiones anteriores tenía periodos alternantes de excitación y de depresión, parece que ahora está entrando en la primera fase, pero escasamente se puede reputar ahora como una hipomaníaca, pues no tienen ningún delirio, come y duerme bien".*[159]

A pesar de ello, le formuló electrochoches y largactil (clorpromazina) hasta que se le dio de alta meses más tarde. En los años siguientes, Elisa, que vivía en casa de su hijo, donde debía ayudar en los trabajos domésticos, tendría ingresos periódicos a la institución por sus "accesos maníacos", situaciones en las que demostraba comportamientos extravagantes, en parte, como consecuencia de la mala relación que tenía con su nuera. Por ejemplo, la mujer, que llegó a irritarse y enfurecerse cada vez que veía a la esposa de su hijo, afirmaba al psiquiatra Rafael Azuero Riveros durante su sexto ingreso que sus familiares la habían llevado por "el capricho de la gente que no la deja(ba) hacer oficio, y porque se hac(ía) la cruz de todo para que no le d(ieran) malos pensamientos de fornicar". Igualmente, Elisa aseveraba que a veces le dolían "las espaldas" y no podía cargar a sus nietos, en fin, que había tenido problemas familiares y que por ello "la calificaban de loca".

Por su parte, su hijo relataba que llevaba dos semanas "grosera, inquieta, agresiva con todos, hablando cosas sin sentido y rompiendo todo lo que encontraba". En

[159] "Historia clínica N° 75", Bucaramanga, 1953, 1955, 1956-1958, 1961-1967 en AHPSC, Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*., ff. 1-9.

otra ocasión, que se la pasaba caminando por las calles y recogiendo todo lo que encontraba, que decía ver al diablo, por lo que se la pasaba haciendo cruces para ahuyentarlo., que se salía de la casa, peleaba con todos, no recibía de comer y no dormía.

Ante estos relatos, el médico Rafael Azuero Riveros y los que posteriormente la atendieron en los años siguientes, confirmaba n que, como en épocas anteriores, la mujer ingresaba en estado de excitación, por lo que se le sometía a la terapia acostumbrada con clorpromazina y algunos choques eléctricos hasta normalizar su conducta. De hecho, en el Instituto Psiquiátrico llegaron a notar que Elisa, una paciente "crónica con períodos cíclicos de agitación y de melancolía" a la que apenas podían soportar en la casa, era una trabajadora con buen rendimiento en el servicio de laborterapia, por lo que se le prescribía continuamente este método terapéutico.

Sólo en una ocasión llegaron a dudar de los relatos de los familiares. Aparte de los pasados "delirios de contenido místico", de acuerdo con la versión del psiquiatra, Elisa se ubicaba bien en el tiempo y en el espacio, tenía conciencia de sus problemas y de su enfermedad mental y se expresaba de forma más o menos coherente a pesar de su "primitivismo intelectual". Por tal motivo, el examen hecho no coincidía con las aseveraciones de su familia. Esa vez se le siguió medicando, per bajo observación.

Con el tiempo, los accesos de furia fueron dando paso a las depresiones, asimismo al cambio de terapia, y aunque seguía con internamientos periódicos, también se le controlaba por consulta externa. El psiquiatra Roberto Serpa la observó depresiva en varias ocasiones, locuaz y eufórica en otras, tratándose la mayor parte del tiempo con clorpromazina, hasta que en 1966 el psiquiatra Francisco González recetó un remedio "más apropiado": el antidepresivo tofranil (imipramina), a la mujer que ahora lloraba por la tristeza y que decía que se sentía

tan decaída que a veces temía caerse por falta de fuerzas. Elisa, al igual que todas las internas, no sólo había sido sometida al dispositivo de la indagación psiquiátrica. Su cuerpo objetivado, vuelto un caso, se dejaría a la acción de la terapéutica del trabajo dentro de la institución, a los electrochoques y, en mayor proporción a los psicofármacos que revolucionaron la práctica de esta rama de la medicina.

Figura 7. Elisa durante su internamiento en el Instituto Psiquiátrico San Camilo.[160]

[160] Fotografías tomadas de la Historia clínica N° 75. En AHPSC. Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*. Ibíd., fol.1

7. LA PRÁCTICA TERAPÉUTICA DENTRO DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO: TERAPIAS DE CHOQUE, PSICOFÁRMACOS Y LABORTERAPIA

El siglo XX ha sido llamado el "siglo de la psiquiatría". En relación con la forma de tratar las enfermedades mentales, esta aseveración tiene concordancia, pues a inicios de la centuria tuvo gran acogida la psicocirugía –leucotomía y lobotomías-, y las terapias de choque por insulina, cardiazol y por electricidad; y a mediados del mismo se produjo, lo que los historiadores de la medicina han denominado la "revolución química-psicofarmacológica", que introdujo la administración de neurolépticos y antidepresivos a los pacientes psicóticos.

Tales transformaciones, que se expandieron rápidamente a nivel mundial, se debieron en gran medida a la visión de los individuos enfermos como "cuerpos" y al hecho de centrar la atención en el funcionamiento orgánico, asimilando la locura a la presencia de una lesión cerebral. Asimismo trajeron por lo menos dos consecuencias, la primera, es que se dejó de recurrir a internamientos largos en las instituciones psiquiátricas; la segunda, es que no se enfatizó en la evaluación de los efectos secundarios producidos por los medicamentos, lo que, en gran medida, tuvo que ver con el creciente poder de la industria farmacéutica.[161]

7.1 LAS TERAPIAS DE CHOQUE

Los primeros procedimientos biológicos que se emplearon para tratar la psicosis maníaco-depresiva y la esquizofrenia, y producir con ellos alteraciones en la conducta psicótica, se crearon a finales del siglo XIX en Europa. Entre ellas se encuentran las terapias de choque: los comas por insulina y por cardiazol y la terapia electroconvulsiva o por choques eléctricos.[162]

---

[161] PORTER, Roy. Breve historia de la locura. Op. Cit., pp. 193-195.

[162] LÓPEZ-MUÑOZ, Francisco; ALAMO, Cecilio; y CUENCA, Eduardo. *"Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina: medio siglo de psicofarmacología".* En: Frenia: Revista de Historia de la Psiquiatría. Vol. II-1. España: Departamento de Historia de la

La insulinoterapia, también denominada “la cura de Sakel”, fue un método creado en 1933. Inicialmente, se utilizaba en pequeñas dosis para mejorar el estado de los consumidores de opio, entonces denominados “toxicómanos”. Después, el psiquiatra Manfred Sakel la empleó para tratar a esquizofrénicos. La terapia consistía en inyectar dosis altas de insulina hasta provocar un coma hipoglicémico en el que el paciente debía permanecer de 15 a 60 minutos. Una vez establecida la dosis, se realizaba una cuarentena de comas intercalando días de descanso con días de choque hasta disminuir la dosis de insulina. Durante la terapia se podían presentar manifestaciones como sudoración, somnolencia, angustia, llantos, gritos, convulsiones, mordedura de la lengua, etc., hasta la obtención del coma. Con ello, se esperaba una remisión de los síntomas del paciente.[163]

Este método se introdujo en Colombia en 1937 por los médicos Julio Manrique, director del Asilo de Locas de Bogotá y por su discípulo Alfonso Agusti Pastor para el tratamiento de la esquizofrenia.[164] En *“El tratamiento de las esquizofrenias por el coma insulínico”*, estudio publicado por Agusti Pastor sobre sus experiencias en el Asilo bogotano, concluía que de las 76 internas tratadas con este método, 44 (58%) habían demostrado mejoría y que sólo dos habían recaído. Siguiendo un argumento higienista, se explicaba el fracaso de la terapia en que las dos mujeres “pertenecían a una clase en la cual las condiciones de vida, amén de las de higiene, eran de por sí una valla para el restablecimiento de la salud mental”. [165]

Ciencia – Instituto de Historia. CSIC. 2002. p. 78. y PÉRON-MAGNAN, Pierre. *“La era moderna de las terapéuticas biológicas”*. En: POSTEL, J. y QUETEL, C. Op. cit., p. 385. Según estos dos autores la era moderna de la terapéutica bilógica inicia con el descubrimiento de la malarioterapia en 1917. El primero, añade las terapias estimulantes de aplicación de tuberculina e inducción de abscesos con trementina.

[163] Ibíd., p. 386.

[164] ROSSELLI, H. Op. Cit., p. 443.

[165] MANRIQUE, Julio; y SÁNCHEZ, Luis Jaime. *“Los nuevos tratamientos de la esquizofrenia. (Estudio comparativo de métodos y resultados)”.* En: Revista de la Facultad de Medicina. Op. Cit., pp. 51-52.

En concepto de Julio Manrique, la hipoglicemia presentaba una terapia novedosa que había conducido a la práctica psiquiátrica a "sorpresas insospechadas", asimismo, un "valiosísimo recurso contra la esquizofrenia, (…) aun cuando el caso [fuera] ya crónico."[166] Ello, a pesar de que reconocía también que era un método "peligroso y enérgico", que producía lesiones delicadas en el sistema nervioso y, que si no se sabía dosificar por personal especializado, conduciría a la muerte del paciente.

El éxito del tratamiento, escribía, dependía de un análisis hondo de los casos, y de la continuidad de la producción de los comas hipoglicémicos a pesar de la exaltación de los síntomas durante las primeras sesiones. Por ejemplo, de las alucinaciones en las formas paranoides de la esquizofrenia, de brotes de catatonia en la forma hebefrénica, y de la persistencia intensa de algunas manifestaciones motrices en la esquizofrenia catatónica.[167] Asimismo, consideraba que su empleo arrojaba mejores resultados al emplearse en estados pre-psicóticos.

De acuerdo con el informe presentado por el psiquiatra Ángel Octavio Villar sobre los primeros tres años de funcionamiento del Instituto Psiquiátrico San Camilo, se aplicaban las terapias modernas para el tratamiento de las internas con trastornos mentales. Entre ellos se encontraban la insulinoterapia, la cardiazolterapia, los electrochoques, el choque acetil-colínico, la hibernación, la laborterapia y la psicoterapia.[168] Sobre esta última reconocían los doctores Villar y Serpa en 1967 que:

> *"[…] no se hace ninguna clase de psicoterapia a menos que se llame así a las breves entrevistas (2 o 3 en el curso de una estadía de un mes) que tienen los psiquiatras con los pacientes agudos. No solamente la falta de personal sino el escepticismo de hacer*

[166] Ibíd., p. 52.
[167] Ibíd., p. 53.
[168] VILLAR, Ángel Octavio. Op. Cit., p. 45.

psicoterapia a pacientes que viven en un ambiente lo menos psicoterápico posible nos ha llevado a prescindir de ella"[169]

Lo anterior confirma la postura positivista de la práctica psiquiátrica dentro del Instituto. Con el fin de garantizar un tratamiento controlado, se prohibían las visitas a las internas en tratamiento activo.[170] En estas condiciones, en un lapso de cuatro años, se habían producido 4.888 comas insulínicos en la institución, y, tal como se prescribía en las instituciones psiquiátricas de los países europeos y en Norteamérica, se disponía de una unidad separada para insulinoterapia y, cuando se creó el pabellón para hombres éstos contaban con un salón aparte. Durante el período de estudio, las inyecciones de insulina fueron el segundo procedimiento de choque más aplicado dentro del instituto, representando el 12% frente al uso del cardiazol y de los electrochoques. (Ver gráfico 8).

La segunda terapia de choque era la tono-clonoterapia cardiazólica, creada por el neurólogo húngaro L. von Meduna en 1935, quien había observado que algunos esquizofrénicos, que también padecían epilepsia, podían mejorar transitoriamente después de una o varias crisis convulsiva, lo que lo hizo concluir la existencia de un antagonismo biológico entre las dos condiciones. En consecuencia, intentó provocar convulsiones artificiales, una "epilepsia artificial" en pacientes psicóticos mediante la administración de cardiazol en una dosis de 1cc de solución al 10% por Kg. hasta un máximo de 3 g. inyectado en vía intravenosa, sin superar las 20 o 30 aplicaciones.[171]

---

[169] Citado por ROSSELLI, H. Op. Cit., p. 579.

[170] INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO. Reglamento Interno. Capítulo VII. *"De las disposiciones generales".* En: IPSC. Boletín Informativo Bucaramanga. Op. Cit., p. 38.

[171] CONSEGLIERI, Ana. *"La introducción de nuevas medidas terapéuticas: entre la laborterapia y el electroshock en el Manicomio de Santa Isabel*". En: Frenia: Revista de Historia de la Psiquiatría. Vol. VIII. España: Departamento de Historia de la Ciencia – Instituto de Historia. CSIC. 2008. p. 152.

Después de su expansión por Europa, los psiquiatras privilegiaron el empleo de esta terapia para tratar casos de esquizofrenia catatónica y accesos depresivos en la psicosis maníaco-depresiva.[172] Pero, al igual que la insulinoterapia, también presentaba riesgos para las personas que eran inyectadas como fracturas, luxaciones y ahogo durante las convulsiones.

La terapia de choque por cardiazol, como la insulinoterapia, fue introducida al país por el psiquiatra Julio Manrique en 1938, en compañía de su pupilo Luis Jaime Sánchez, en el Asilo de Locos de Bogotá.[173] Sobre la forma de aplicación de la terapia aconsejaba el facultativo de acuerdo a su experiencia tratando a las internas del asilo bogotano:

> *"[…] cuando se dificulta mucho el hallazgo de las venas, en pacientes muy gordas, o en aquellas que las tienen muy endurecidas por frecuentes dosis de cardiazol, empleamos la vía de la yugular externa. (…) En algunas pacientes excitadas, los gritos o protestas favorecen la congestión de los vasos cefálicos, lo que se aprovecha rápidamente para proceder a la inyección".*[174]

Respecto a los resultados de la terapia cardiazólica en las internas esquizofrénicas del Asilo de Locas, el psiquiatra afirmaba su efectividad para la forma catatónica aguda, seguida de la hebefrénica. Recomendaba además no suspender su aplicación, por lo menos hasta sobrepasar en 7 u 8 accesos al ataque en que se observó la primera mejoría. Aunque, en general, se aseveraba que había mejores resultados en los casos de esquizofrenia aguda, se habían observado algunas situaciones de internas con psicosis de pocos meses de duración en los cuales el "brote fue de tal violencia y de tal poder invasor, que no

---

[172] PÉRON-MAGNAN, Pierre. Op. Cit., pp.386-387.
[173] ROSSELLI, H. Op. Cit., pp. 443 y 444.
[174] MANRIQUE, Julio; y SÁNCHEZ, Luis Jaime. *"Los nuevos tratamientos de la esquizofrenia. (Estudio comparativo de métodos y resultados)".* Op. Cit., p. 54.

cedió a ninguna de las terapéuticas y condujo a las enfermas a un estado demencial prematuro".[175]

Al juzgar por las historias clínicas consultadas para el presente proyecto, parece ser que las inyecciones de cardiazol empezaron a caer en desuso en los primeros años de funcionamiento del Instituto psiquiátrico San Camilo. Lo anterior tiene sentido en el auge que fue tomando la terapia electroconvulsiva tanto a nivel internacional como nacional, pues, para los psiquiatras resultaba más efectiva al producir estados de inconsciencia inmediata.[176]

Según informaba el director del establecimiento en 1956 Ángel Octavio Villar, de 1953 a 1956 se habían aplicado dentro del Instituto 247 choques metrazolicos, nombre comercial del cardiazol.[177] Entre las historias clínicas analizadas, sólo se encuentran dos casos en que se aplicó la terapia cardiazólica, la cual representa el 4% de las terapias de choque administradas a las internas entre 1953 y 1964. (Ver gráfico 9).

El primer caso corresponde a Mariela,[178] a quien ya nos hemos referido en el capítulo anterior. A esta interna proveniente de San Gil y diagnosticada con esquizofrenia, se aplicaron todas las terapias de choque a disposición. En 1956 el doctor Villar anotaba:

> *"Durante todo el tiempo de su reclusión presentó frecuentes períodos de agitación los que fueron tratados con choques eléctricos, también recibió choques metrazolicos e insulinoterapia. En la actualidad hay una*

[175] Ibíd., pp. 58 y 59.
[176] ROSSELLI, H. Op. Cit., p.4444.
[177] VILLAR, Ángel Octavio. Op. Cit., p. 48.
[178] "Historia clínica N° 68", Bucaramanga, 1953-1956, 1959 y 1960-1961, en AHPSC, Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*., ff. 1-6.

ligera remisión de los síntomas de ingreso, pero se considera un caso crónico que ha quedado con defecto esquizofrénico."[179]

El segundo caso es el de M.P., de 28 años de edad, también diagnosticada como esquizofrénica que, en concepto de su familia, se "mostraba muy retraída de toda actividad social". Al parecer, la joven pertenecía a una familia acomodada de la ciudad, a sus padres les extrañaba que se hubiese tornado aislada, fuera poco a fiestas y que no visitara a sus viejas amistades ni parientes. También los exaltó sobremanera que en una ocasión los amenazara con un cuchillo, de acuerdo con la interpretación del psiquiatra, un episodio de exaltación maníaca.[180]

Después de habérsele aplicado 90 unidades de insulina en cuatro días, se advirtió que M.P. era insulino-resistente. En consecuencia, se inició tratamiento con sedocardil y con cardiazol. Al respecto, Villar registró:

"Se han aplicado 14 choques cardiazólicos notándose evidente mejoría. Hay buena orientación, conciencia de enfermedad mental como causa de ingreso. Amanerada, afectividad muy inestable, cambia fácilmente de ánimo al menor inconveniente. Exigela salida. Pasado el período agudo consideramos pertinente volver a la insulina"[181]

La tercera terapia de choque aplicada por esos años fue la electro-convulsivoterapia, más conocida como electrochoque. En 1938 el neurólogo y psiquiatra Ugo Cerletti y su ayudante, el también facultativo Lucio Bini informaron sobre el primer caso de choques eléctricos aplicados al ser humano después de una serie de experimentaciones para provocar reacciones epilépticas sobre animales, llevadas a cabo en Italia.

---

[179] Ibíd., f. 5.
[180] "Historia clínica N° 67", Bucaramanga, 1953-1954, en AHPSC, Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*., ff. 1-10.
[181] Ibíd., f. 5.

En la misma perspectiva que las inyecciones de insulina y cardiazol, la administración de corriente eléctrica de 100 voltios fue probada inicialmente en un paciente esquizofrénico, a quien se le conectaron dos electrodos en las sienes con el fin de generar convulsiones con pérdida de conciencia inmediata, al tiempo que se producían alteraciones en los procesos químicos del cerebro. Después de la terapia, el esquizofrénico tuvo una remisión de los síntomas por dos años. Sobre sus efectos, algunos psiquiatras advertían sobre riesgos como fracturas durante las sesiones y posteriores alteraciones de la memoria.[182]

Aunque inicialmente los choques eléctricos se prescribían a personas esquizofrénicas, fue altamente valorado más adelante para casos de depresión.[183] La terapia electroconvulsiva creada en la Italia fascista, que se prescribía para no más de veinte sesiones alternas, tuvo tanto éxito a nivel internacional, que en pocos años sustituyó al cardiazol.

La introducción de las terapias modernas en Colombia fue más o menos paralela a su expansión internacional. Tal fue el caso también de la aplicación de choques eléctricos para pacientes psicóticos, realizado en 1941 por el médico psiquiatra Julio Asuad, quien recién llegaba de Francia, donde se había formado, trayendo la primera máquina que hubo en el país. La terapia electroconvulsiva se popularizó en las instituciones psiquiátricas colombianas durante la década del cuarenta.[184]

En Bucaramanga, la electro-convulsivoterapia se aplicó por primera vez en el Asilo Transitorio de Dementes, tal como sucedió a I.R., una piedecuestana de 45 años de edad, que estuvo “sana” hasta el 9 de abril de 1948, época en que empezó a desequilibrarse y que la llevó a ser recluida en tres oportunidades en el frenocomio local, del que fue trasladada al inaugurarse el Instituto Psiquiátrico San Camilo en

[182] PÉRON-MAGNAN, Pierre. Op. Cit., p. 387.
[183] LÓPEZ-MUÑOZ, F., ALAMO, C., y CUENCA, E. Op. Cit., p. 98.
[184] ROSSELLI, H. Op. Cit., p. 444 y 451.

1953, según le informaba su esposo al psiquiatra, por mostrar agresividad con algunas personas, odio al esposo, celos infundados y agitación, lo que en concepto del experto, era un cuadro maníaco.[185]

I.R. había sido diagnosticada como psicótica maníaco-depresiva y desde su internamiento en el Asilo Transitorio de la ciudad hasta sus posteriores reclusiones en San Camilo, sería sometida a los choques por corriente eléctrica, los cuales, según parece, toleraba bien:

> *"Esta paciente fue trasladada del antiguo depósito de enfermas en donde le habían aplicado choques eléctricos. Parece que ha tenido varios ingresos por la misma causa. En los primeros días se mostró calmada, trabajadora, formal y obediente. Presentó luego una crisis de franca agitación maníaca que duró unas dos semanas y cedió fácil y prontamente con el electroshock. Actualmente se presenta calmada, sintónica, abordable, bien orientada, con clara conciencia de enfermedad mental"*[186]

La terapia por choques eléctricos fue ampliamente utilizada en la institución psiquiátrica durante el período de estudio. Según el informe de A. Villar, se habían aplicado 18.444 electrochoques entre la apertura de San Camilo en 1953 y 1956, previos cuidados que requerían para poder ejecutar el procedimiento como la valoración de los posibles riesgos cardíacos en las internas, mediante la realización de exámenes del sistema cardiovascular en el momento de internamiento para autorizar la aplicación de los choques o contraindicarlos.

A este procedimiento fue sometida M.T. una interna de 40 años de edad a quien terminaron contraindicando la terapia de choque por problemas coronarios. Sin

[185] "Historia clínica N° 2", Bucaramanga, 1953,1954, 1955 y 1959, en AHPSC, Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*., ff. 1-22.
[186] Ibíd., f. 3.

embargo, para estos casos se tenían a disposición métodos más antiguos. Así pues, un día en el que M.T. se comportó de manera agresiva con las demás internas debido a un "delirio persecutorio" según el cual manifestaba la interna que todos la hostigaban, le echaban agua y no la dejaban dormir, fue sometida por el personal con camisa de contención. Posteriormente se adicionó la administración de psicofármacos (reserpina).[187]

La aplicación de electrochoques suscitaba miedo en algunas internas. Por ejemplo, E.G. "les temía con espanto". Antes de ingresar a San Camilo en calidad de pensionada, había sido sometida a terapia electroconvulsiva en el Asilo de Locas de Bogotá de donde había salido por mejoría. Meses más tarde, sentía que "sus parientes y sus vecinos habían organizado un sistema de persecución contra ella para llevarla a la cárcel", además, era fuerte con sus hijos y rechazaba las relaciones sexuales con su marido, período en que había observado éste e interpretaba el psiquiatra, se agudizaban sus síntomas psicóticos.[188] Sin embargo, nuevamente fue sometida a la terapia para "arreglar su conducta".

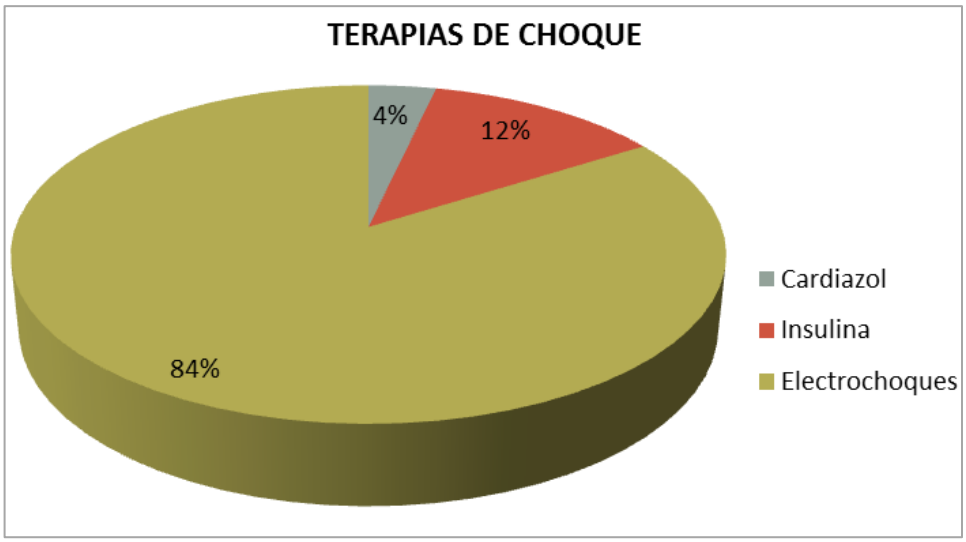
A.F. era una mujer de 38 años que, según informaba su hermana, había llevado una vida de hogar muy difícil, pues le tocaba atender sola a cinco hijos y responder por los gastos de la casa. También porque desde 1938 había tenido las primeras manifestaciones de psicosis maníaco-depresiva, los cuales habían motivado su reclusión en el Asilo de la ciudad. También había sido sometida a choques en ocasiones anteriores, pero en el estado de angustia y depresión en que se encontraba, resultaban necesarios de acuerdo con el psiquiatra. Sin embargo, anotaba en el cuadro de evolución, que A.F. le temía a los choques, lloraba y se quejaba por ellos.[189]

---

[187] "Historia clínica N° 7", Bucaramanga, 1953-1954,1955, 1957, 1959-1960, 1961-1963 en AHPSC, Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*., ff. 1-30.
[188] "Historia clínica N° 138", Bucaramanga, 1953-1954, 1955-1956, 1957-1958, 1961, 1962 y 1966, en AHPSC, Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*., ff. 1-30.
[189] "Historia clínica N° 60", Bucaramanga, 1953, 1956, 1959, 1964, en AHPSC, Libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*., ff. 1-8.

Pese a que la electroconvulsivoterapia era un método ampliamente usado sobre las internas, éste se complementaba con el uso de psicofármacos, ante todo de la clorpromazina popularizada a nivel mundial en la década de 1950.

Gráfico 8. Terapias de choque aplicadas en el Instituto Psiquiátrico San Camilo, 1953-1964.[190]



7.2 EL EMPLEO DE PSICOFÁRMACOS

Los tratamientos farmacológicos fueron implementados desde mediados del siglo XIX con el uso de opio, morfina, hachís, cocaína, codeína, tintura de digital, hidrato de cloral, bromuros, etc., con funciones sedantes e hipnóticas, para tratar la epilepsia, la excitación nerviosa, el insomnio, entre otras condiciones.

En nuestro país, las primeras referencias sobre el uso de estos fármacos se halla en las obras *"Tratado de terapéutica general y especial"*, publicada por el médico Manuel Plata Azuero en 1888, y "Diccionario de los medicamentos nuevos", elaborado por los médicos Nicolás Osorio y Pablo García Medina, en el que se

[190] Gráfico elaborado con base en los datos contenidos en el AHPSC, libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*. *Sección tratamiento y evolución*. 1953-1964.

resaltaba el uso del bromuro de níquel para la epilepsia, la melancolía y la histeria; la hioscina y las hiosciamina para la enajenación mental, la morfina y el sulfato de quinina para la histeria; la picrotoxina como antidepresivo, la cafeína para las "preocupaciones de causa moral" y la meconarceína para la adicción a la morfina (morfinomanía).[191]

Después de las terapias de choque y de los intentos de la psicocirugía, surge, a inicios de la década del cincuenta, la psicofarmacología, señalada como una auténtica "revolución en el abordaje de los trastornos psiquiátricos", ante todo, los psicóticos.[192] Tal revolución fue posible por la comprensión bioquímica de los procesos mentales, especialmente, de la acción de los neurotransmisores (acetilcolina, noradrenalina, dopamina, serotonina, histamina, etc.); y permitió dejar de recurrir a las cirugías; a los internamientos largos en las instituciones psiquiátricas, favoreciendo con ello la consulta externa, y a dejar de lado algunos tratamientos de choque como el uso del cardiazol y de la insulina y, en menor grado, de los choques eléctricos. No obstante, como sostiene Roy Porter, el uso de psicofármacos para moldear personalidades también creó efectos secundarios no evaluados, dependencia de los que se vendieron en el mercado libremente (antidepresivos), y problemas éticos y políticos como la consolidación del poder de la industria farmacéutica.[193]

En la primera línea de los psicofármacos se encuentran los neurolépticos o medicamentos antipsicóticos, empleados especialmente para tratar la esquizofrenia y los estados de agitación maníaca en caso de la psicosis maníaco-depresiva, y cuya acción consiste en bloquear los receptores de dopamina en el cerebro. Entre ellos, los primeros en ser descubiertos fueron la clorpromazina y la reserpina.

---

[191] ROSSELLI, H. *"In memoriam: terapias psiquiátricas en Colombia antes de la era psicofarmacológica".* En: PSIMONART 2(1) 111-121-2009. p. 6.
[192] LÓPEZ-MUÑOZ, F., ALAMO, C., y CUENCA, E. Op. Cit., p.78.
[193] PORTER, Roy., Op. Cit., p.195.

La clorpromazina, comercializada a partir de 1952 con el nombre de *largactil*, fue descubierta por el médico francés Henri Laborit para potenciar los efectos de anestesia, produciendo una "hibernación artificial" preventiva de un choque operatorio, tras los que pudo notar un efecto psicológico de "desinterés del enfermo por todo lo que pasaba a su alrededor". El médico observó el efecto hipnótico, hipotérmico y analgésico del fármaco. La clorpromazina era capaz de producir un estado de somnolencia y de disminuir las reacciones a los estímulos ambientales sin la pérdida de conciencia.[194]

Los resultados llamaron la atención de los psiquiatras J. Delay y P. Deniker, quienes aplicaron la sustancia a pacientes con alteraciones mentales. Los médicos observaron la eficacia del largactil en los estados de excitación y en los confusionales, la remisión de estados esquizofrénicos agudos y de estados delirantes, y la inexistencia de resultados en las depresiones.[195] Entre las manifestaciones que presentaban las personas a quienes se administraban estos medicamentos se encontraban la indiferencia afectiva y emocional, lentitud para la realización de actividades psicomotoras, quietud y falta de interés por el medio ambiente que le rodeaba, así como disminución de la iniciativa.

Más adelante se descubrirían otros neurolépticos de la familia de las fenotiazinas como el sinogán o levomepromazina, menos fuerte que la clorpromazina; el stelazine y el stemetil. Al igual que los anteriores, poseían una acción sedativa evidente, y al ser considerados tranquilizantes intensos, se empleaban por lo común en casos de esquizofrenia aguda, excitación maníaca y delirios.

La reserpina, una sustancia natural que proviene de la raíz de la *Rauwolfia serpentina*, planta autóctona del centro de Asia donde era utilizada desde tiempos

[194] LÓPEZ-MUÑOZ, F., ALAMO, C., y CUENCA, E. Op. Cit., p. 79-86.
[195] PÉRON-MAGNAN, Pierre. Op. Cit., p. 388-389.

remotos en la India por sus efectos antihipertensivos, sedantes y tranquilizantes, fue comercializada como neuroléptico en 1953.[196] Tras el empleo del fármaco, se notó la caída de los niveles de serotonina y dopamina en las personas en que era administrado; también de algunos efectos colaterales como la inducción de cuadros parkinsonianos y la aparición de estados depresivos.

En 1958, se descubriría el haloperidol, un neuroléptico derivado de la butiferona que actuaba como bloqueador de los receptores de dopamina en el cerebro, indicado para el tratamiento de la esquizofrenia, de estados maníacos y de agitación psicomotriz; pero al que también se descubrieron efectos secundarios como parkinsonismo, temblor en las manos, etc.

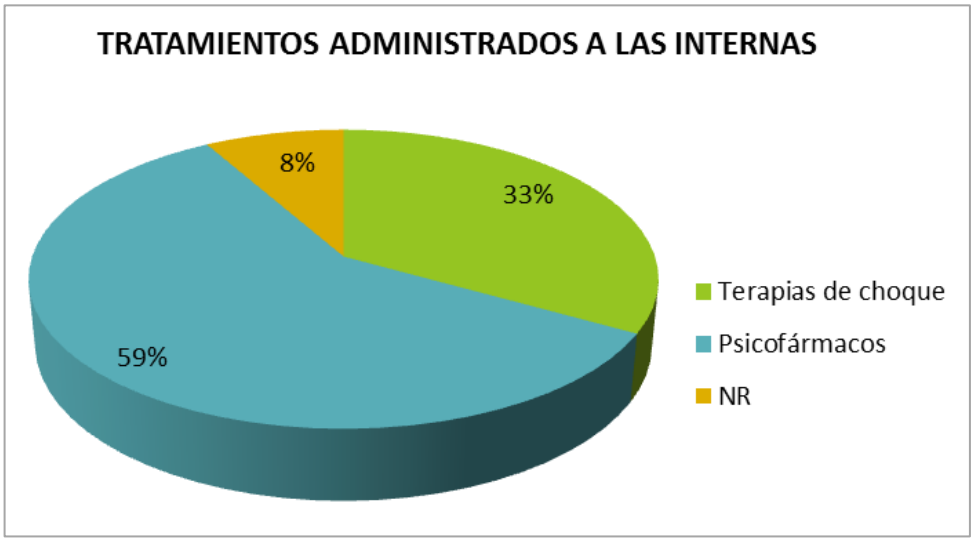
Tras el éxito y la amplia difusión de la clorpromazina y demás neurolépticos, se iniciaron esfuerzos por modificar la estructura química de estos fármacos y producir nuevas sustancias activas. De este modo surgieron los primeros antidepresivos como la imipramina, comercializado como *tofranil*, consecuencia de los experimentos de Kühn en 1951, quien en trabajos posteriores puso de manifiesto su efectividad en pacientes con "depresión endógena y retardo motor". Este fármaco actuaba inhibiendo el mecanismo de recaptación de la noradrenalina. A inicios de la década del sesenta se introdujo el tryptanol, inhibidor en la captación de serotonina.[197]

En Colombia, la era psicofarmacológica inició, al igual que en el ámbito internacional, en la década del cincuenta, y con igual rapidez, las nuevas terapéuticas fueron administradas a las internas en el Instituto Psiquiátrico San Camilo. Si comparamos el empleo de las terapias de choque (insulina, cardiazol y choques por electricidad) con la administración de psicofármacos, vemos que

[196] LÓPEZ-MUÑOZ, F., ALAMO, C., y CUENCA, E. Op. Cit., p. 79. Ver también: TORRES BARES, C., y ESCARABAJAL, M. *"Psicofarmacología, una aproximación histórica"*. En: Anales de Psicología, vol. 21, N° 2 (diciembre). Universidad de Murcia, 2005. , p. 208.
[197] Ibídem. Ver también: PÉRON-MAGNAN, Pierre. Op. Cit., p. 389.

estos últimos tuvieron amplia recepción por la psiquiatría local, pues durante los primeros once años de funcionamiento de la institución se empleó en el 59% de los casos, el 33% correspondió a terapias de choque y el 8% no registran tratamiento alguno (Ver gráfico 9).

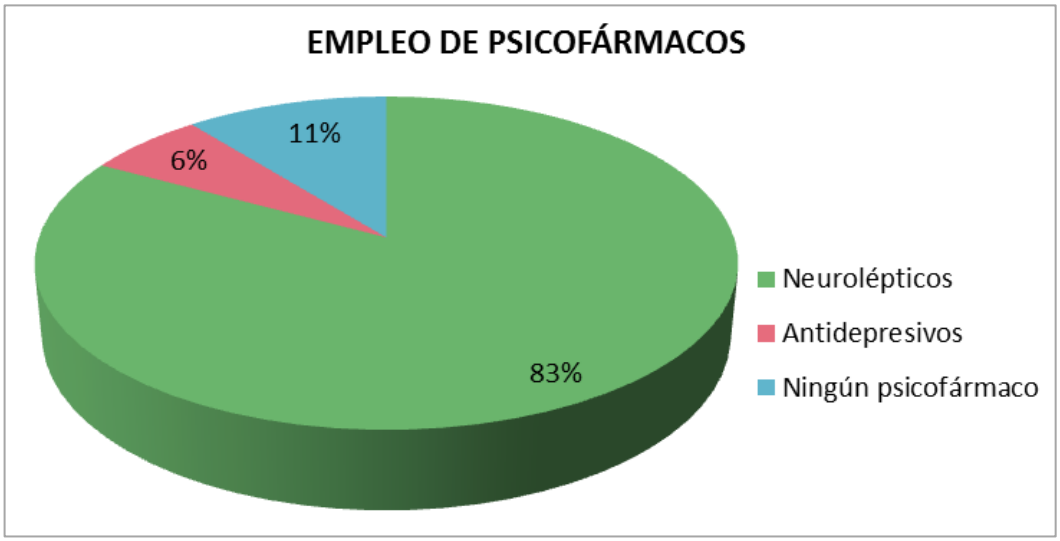
Gráfico 9. Tratamientos administrados a las internas en el Instituto Psiquiátrico San Camilo, 1953-1964.[198]



En cuanto al empleo de psicofármacos, se destaca la administración de neurolépticos (83%) y una pequeña proporción de antidepresivos (6%), tal vez porque éstos incursionaron en el mercado hasta mediados de la década del sesenta, período de corte temporal del presente estudio. Cabe mencionar, que en el 11% de las historias clínicas no se registra el uso de psicofármacos, pero sí de las terapias de choque (ver gráfico 10).

[198] Gráfico elaborado con base en los datos contenidos en el AHPSC, libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*. *Sección tratamiento y evolución.* 1953-1964.

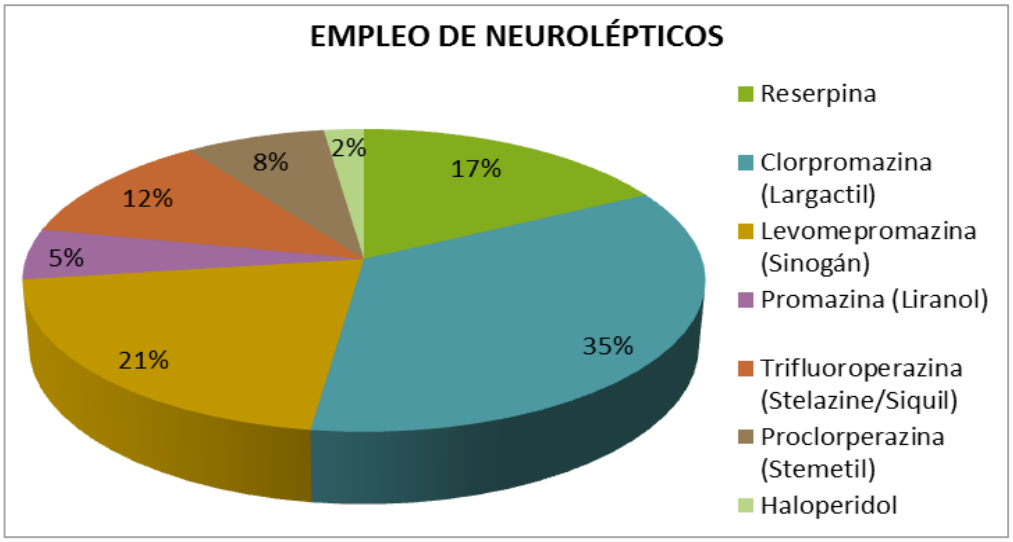
Gráfico 10. Empleo de psicofármacos en el Instituto Psiquiátrico San Camilo, 1953-1964.[199]



Ahora bien, en cuanto al uso de neurolépticos, se resalta la administración de clorpromazina o *largactil* en el 35% de las internas, la levomepromazina (*Sinogán*) en el 21% y de la reserpina en el 17% de los casos; lo que concuerda con lo informado por el psiquiatra Roberto Serpa en 1959.[200] Como muestra el gráfico a continuación, también se emplearon la trifluoroperazina, bajo los nombres comerciales *stelazine* y *siquil* en el 12% de los casos, la proclorperazina o *stemetil* en el 8% la promazina o *liranol* en el 5% y, por último, el haroperidol en el 2% de las internas.

[199] Gráfico elaborado con base en los datos contenidos en el AHPSC, libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*. *Sección tratamiento y evolución.* 1953-1964.
[200] SERPA FLÓREZ, Roberto. Op. Cit., p. 579.

Gráfico 11. Neurolépticos administrados a las internas en el Instituto Psiquiátrico San Camilo entre 1953 y 1964.[201]



Dentro de la institución psiquiátrica se emplearon dos antidepresivos, la imipramina (*tofranil*) en tres casos y el tryptanol en 4 de psicosis maníaco-depresiva, sin embargo, la mayoría de éstos eran tratados con terapias de choque y con neurolépticos en la fase maníaca. La terapia farmacológica y de choque fue complementada en los casos de internamientos largos con la laborterapia.

7.3 LA LABORTERAPIA

La laborterapia consistía en la ocupación de las internas en una actividad manual o un oficio dentro de las instalaciones de la institución psiquiátrica. Este recurso terapéutico había sido muy empleado en las instituciones de encierro europeas y había recobrado fuerza en la década del veinte.[202] En nuestro país, fue organizado dentro del Frenocomio de Mujeres de Bogotá, antiguo Asilo de Locas, por el

[201] Gráfico elaborado con base en los datos contenidos en el AHPSC, libros de historias clínicas (0001-1891) *Difuntos*. *Sección tratamiento y evolución.* 1953-1964.
[202] CONSEGLIERI, Ana. Op. Cit., p. 139.

psiquiatra Edmundo Rico en la década de 1940, aunque en el ámbito local se desarrollaría mucho tiempo después.[203]

En el Instituto Psiquiátrico San Camilo la laborterapia para las internas consistió durante el período de estudio, en labores informales como ayudar en la limpieza de las instalaciones, en el servicio de lavandería, en la cocina, bajo la supervisión de las religiosas de la Comunidad de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, que se desempeñaban como enfermeras.[204]

El director del Instituto en 1963, Roberto Serpa, deseaba darle una organización más formal y "científica" este tipo de terapia dentro de la institución. Por tal motivo, solicitó la creación de una comisión con el también psiquiatra Rafael Azuero Riveros y el síndico Alberto Ramírez para realizar un viaje a Medellín e informarse sobre la estructura y funcionamiento del Hospital para enfermos mentales de dicha ciudad, en especial, de la sección administrativa y científica y, dentro de esta última, la organización de la consulta externa y de la laborterapia.[205]

Su proyecto lo había empezado a desarrollar dos años atrás, con la construcción, junto al pabellón psiquiátrico para niños, de un huerto, un gallinero para capacidad de más de 100 aves y de un corral para la cría de cerdos, en la que se ocupaban los internos, mientras las mujeres lo hacían en talleres donde se ejecutaban trabajos manuales en costura, confección y reparación de las ropas del Instituto.[206] Sin embargo, en concepto de Serpa, se requería de la edificación de un salón o enramada con destino a talleres para laborterapia.[207]

---

[203] ROSSELLI, H. Op. Cit., p. 451.
[204] VILLAR, Ángel Octavio. Op. Cit., p. 45.
[205] "Acta de Junta Directiva N° 48", Bucaramanga, 4 de Junio de 1963, en AHPSC, Libro de actas y resoluciones 1959-1964(5), f. 2. Ver también SERPA FLÓREZ, Roberto. Op. Cit., p. 579.
[206] "Acta de Junta Directiva N° 124", Bucaramanga, 9 de Noviembre de 1961, en AHPSC, Libro de actas y resoluciones 1959-1964(5), f.3.
[207] "Acta de Junta Directiva N° 157", Bucaramanga, 20 de Noviembre de 1963, en AHPSC, Libro de actas y resoluciones 1959-1964(5), f.1.

Mientras realizaba la visita al Hospital Mental de Medellín para observar cómo estaba organizada la sección para ocupar a los internos como método para su mejoría, en 1964 se emprendió la construcción de las futuras instalaciones para laborterapia y el mejoramiento de las de cocina y lavandería, a pesar de la crisis presupuestal que vivía el instituto.[208] Sobre los adelantos de la futura sección y sus proyecciones del viaje a la capital antioqueña anotaba:

> *"Los trabajos relacionados con las instalaciones destinadas a ergoterapia están próximos a su culminación. -Ya que las instalaciones hasta ahora construidas así lo permiten, hay grupos de enfermos desarrollando trabajos tales como la elaboración de escobas y otros elementos.- Con ello se ha pretendido dar una organización primaria a este factor, mientras que se obtiene la tecnificación del caso, a base de las posibles experiencias que se obtengan con posterior vinculación al Hospital Mental de Medellín. –Allí, dice el Director, marcha la sección de laborterapia dentro de una gran organización, y es de esa fuente de donde se pueden tomar sistemas de trabajo para hacer más efectiva la labor."*[209]

La construcción de las instalaciones para los talleres culminó en 1965, año en el que el psiquiatra viajó a Medellín para observar cómo estaba organizada la sección en el Hospital para enfermos mentales. Al respecto, anotaba:

> *"La marcha de la laborterapia en ese hospital y su organización está encaminada a tres factores principales, a saber: la readaptación del enfermo, capacitación para el desarrollo de labores a su egreso del*

[208] "Acta de Junta Directiva N° 74", Bucaramanga, 9 de febrero de 1965, en AHPSC, Libro de actas y resoluciones 1959-1964(5), f.2.
[209] "Acta de Junta Directiva N° 175", Bucaramanga, 6 de Abril de 1965, en AHPSC, Libro de actas y resoluciones 1959-1964(5), f.2.

hospital, y en el caso de los crónicos, capacitación para el desarrollo de ciertas labores en su permanencia en el Hospital.

Dentro de la organización existe almacén para exhibición de elementos fabricados, y a las visitas de gentes de Medellín y lugares aledaños, venta de tales elementos para el incremento del fondo destinado a la misma finalidad.-

Aunque en tal Hospital existen cursos de dos años para conocimientos de psiquiatría encaminados a conocer las reacciones de enfermos, y los sistemas para señalar los trabajos más acertados, es evidente que bajo el criterio de que en este Instituto estarían orientados por un médico-psiquiatra, bastaría que la persona de posible nombramiento para su dirección, hiciese un curso de un mes, suficiente para conocer la orientación del caso."[210]

En vista del modelo antioqueño, para la organización de la sección de laborterapia en el instituto psiquiátrico santandereano, se sugería la colaboración de las Damas Voluntarias de la ciudad, así como la posibilidad de fabricación de colchones, almohadas y otros utensilios que la Asistencia debía adquirir para venderlos a tal entidad y evitar problemas de competencia con el comercio. Igualmente, se definió que su dirección estaría a cargo de la comunidad religiosa de las Hermanas Hospitalarias, quienes ya habían estado acompañando a los internos en estas labores.

[210] "Acta de Junta Directiva N° 176", Bucaramanga, Mayo 4 de 1965. en AHPSC, Libro de actas y resoluciones 1959-1964(5), f.3.

8. CONCLUSIONES

En el presente proyecto de investigación se ha pretendido reconstruir la práctica psiquiátrica dirigida a las mujeres diagnosticadas con “esquizofrenia” y lo que entonces se denominaba “psicosis maníaco-depresiva”. Para ello, se ha elaborado, en primer lugar, una aproximación histórica a la apropiación de las categorías diagnósticas que hacían referencia a las dos grandes psicosis que abarcaron un rango de comportamientos considerados “anormales” y que, entre finales del siglo XIX e inicios del XX, se constituyeron en el objeto privilegiado de la naciente psiquiatría, sustentada en las elaboraciones de Emil Kraepelin y de Eugène Bleuler.

En lo que respecta a nuestro país, el saber psiquiátrico positivista que erigió la experticia del clínico sobre la versión de quien padecía el trastorno mental, fue apropiado en el marco de la Cátedra de Medicina Mental y Nerviosa de la Universidad Nacional entre el momento de su apertura en 1916 y 1950, y, de manera paralela, en los Asilos de mujeres y de varones de Bogotá. Durante este período se publicaron algunos estudios en los que se da cuenta de la introducción de los nuevos conocimientos y tratamientos para la “locura”, y se formó un grupo de psiquiatras que extendería los nuevos saberes y prácticas sobre la enfermedad mental al resto del país. Entre ellos, los primeros directores del Instituto Psiquiátrico San Camilo durante sus primeros once años de funcionamiento, Ángel Octavio Villar y Roberto Serpa Flórez.

En concordancia con el saber y la práctica psiquiátrica en boga tanto a nivel nacional como internacional, se inauguró el Instituto Psiquiátrico San Camilo en 1953, en sus inicios, destinado sólo a mujeres. En el segundo y tercer capítulo hemos descrito cómo fueron desplegados sobre las internas “esquizofrénicas” y “psicóticas maníaco-depresivas” los conocimientos y experticia del psiquiatra para diagnosticarlas bajo estas categorías y para elegir los tratamientos a emplear.

Igualmente, hemos podido hacernos una idea de quiénes eran las mujeres internas en el Instituto Psiquiátrico entre 1953 y 1964.

Por ejemplo, hemos podido establecer que se trataba, en su mayoría, de jóvenes solteras, en edad productiva y fértil, dedicadas a los oficios domésticos, que provenían de Bucaramanga y otros municipios de Santander. Lo anterior, quiere decir que, aunque las mujeres internas no reñían en lo más mínimo con los roles socialmente asignados a la mujer, su comportamiento discordante terminaba haciéndoles ver como improductivas e inútiles, principalmente ante sus familias.

Tras la exploración de las historias clínicas también hemos podido ver que instituciones de control como la policía y las alcaldías, en cierta medida sancionadas por la autoridad familiar, aislaron a las mujeres del espacio público, encerrándolas en el Instituto Psiquiátrico, legitimando de esta manera la idea de que representaban un "peligro para la sociedad". Ello, respaldado igualmente por la institución psiquiátrica al hacer firmar a las familias que solicitaban el alta de las internas un documento en el que se les responsabilizaba de su comportamiento a extramuros, vinculando así el concepto de locura con aspectos legales, a pesar de que, en la práctica, no se tenía sustento, pues en ninguno de los documentos analizados se evidencia la existencia de un proceso judicial, de hecho, tampoco había unidad de inimputables dentro del Instituto.

Respecto a la práctica psiquiátrica sobre las internas, hemos visto que ella se caracterizaba por la conversión de la mujer en un caso para diagnosticar según la nosografía de Kraepelin o de Bleuler, y para prescribirle un tratamiento. Despojada de su subjetividad, reducidas sus incoherencias, convertida en paciente, pero sobre todo, puesta en posición de inexperta sobre su condición, debido al desconocimiento del discurso psiquiátrico, la interna no tenía mucho que decir sobre su experiencia. Por el contrario, era el psiquiatra, como clínico, quien debía establecer los signos y síntomas de cada trastorno, en razón de su pericia y

siguiendo una nosografía predeterminada por el saber psiquiátrico para hacer el diagnóstico. Una vez establecido el trastorno, debía proceder a revisar la evolución de los síntomas, el grado de cronicidad y realizar un pronóstico. En estas condiciones, podemos afirmar que la práctica psiquiátrica del período de estudio es claramente positivista, pues centra la atención del experto, fundamentalmente, en las alteraciones de la conducta y de la razón, lo que posteriormente determina las terapias a aplicar.

Dentro del arsenal terapéutico empleado en el periodo de estudio sobre las internas, encontramos las terapias de choque, la administración de psicofármacos y la laborterapia. Los procedimientos estaban en concordancia con el contexto de la práctica psiquiátrica a nivel mundial y nacional, por lo que se puede aseverar que el Instituto Psiquiátrico San Camilo fue uno de los espacios de introducción de la terapéutica psiquiátrica moderna en nuestro país.

El uso de la terapia de choque, que incluía las inyecciones de cardiazol e insulina y la administración de choques eléctricos, inició en nuestro país en entre finales de la década del treinta e inicios del cuarenta, período en el que los directores y primeros psiquiatras de San Camilo se familiarizaron con los procedimientos en el Asilo de Locas de Bogotá. Por su parte, en la institución santandereana, fue la segunda terapia más empleada, sobre todo los electrochoques, después de la administración de psicofármacos.

En efecto, el uso de psicofármacos tuvo una amplia acogida por parte de los psiquiatras de la institución, asimismo, su introducción se produjo de manera casi paralela al contexto internacional, donde se produjo una “revolución” que transformó la práctica psiquiátrica en la década del cincuenta, con la consecuente desinstitucionalización de los enfermos mentales, amén de cuestiones éticas y políticas. En el caso de las internas de San Camilo, se resalta la administración de

neurolépticos, en especial de la clorpromazina (*largactil*), de la levomepromazina (*sinogán*) y de la reserpina.

Una última técnica empleada sobre las internas fue la laborterapia, la cual consistía en su ocupación en una actividad manual u oficio dentro de la institución. Sin embargo, se trataba de labores muy informales, acordes con los “oficios femeninos”, como ayudar en el aseo de las instalaciones o realizando costuras. Ello, porque la terapia por el trabajo apenas empezaba a organizarse en el período de estudio, de acuerdo al modelo empleado en el Hospital de enfermos mentales de Medellín.

BIBLIOGRAFÍA

ARCHIVO DEL E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo.

BERRIOS, Germán E. Historia de los síntomas de los trastornos mentales: la psicopatología descriptiva desde el siglo XIX. México: Fondo de Cultura Económica, 2008.

BERRIOS, Germán; LUQUE, Rogelio; y VILLAGRÁN, José M. *"Schizophrenia: A conceptual history".* En: International Journal of Psychology and Psychological Therapy. Vol. 3, N° 2, 2003.

BURKE, Peter. "*Civilización, disciplina, desorden: tres casos de estudios sobre historia y teoría social"*. En: Historia y sociedad No. 15, Medellín, Colombia, Julio-Diciembre 2008, pp.11-26.

CAPONI, Sandra. *Emil Kraepelin y el problema de la degeneración.* En: História, Ciências, Saúde – anguinhos, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, Dic. 2010

CONSEGLIERI, Ana. *"La introducción de nuevas medidas terapéuticas: entre la laborterapia y el electroshock en el Manicomio de Santa Isabel".* En: Frenia: Revista de Historia de la Psiquiatría. Vol. VIII. España: Departamento de Historia de la Ciencia – Instituto de Historia. CSIC. 2008. p. 139.

CHINCHILLA MORENO, Alfonso. Las esquizofrenias: sus hechos y valores clínicos y terapéuticos. Barcelona: Elsevier Masson, 2007

CRUZ MONTALVO, Olga Marcela. "*Expresiones de la locura en el virreinato de la Nueva Granada durante el siglo XVIII."* En: Frenia: Revista de Historia de la Psiquiatría. Vol. XI. España: Departamento de Historia de la ciencia – Instituto de Historia. CSIC. 2011. pp. 47-66.

ESCOBAR, Eide Judith. La enfermedad mental en el nororiente de Colombia. Evolución terapéutica en la relación médico-paciente en el Instituto Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga 1953-1967. Monografía para optar al título de historiadora. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander, 2009.

FOUCAULT, Michel. Historia de la locura en la época clásica. México: Fondo de Cultura Económica, 1976.

_____ La vida de los hombres infames: ensayos sobre desviación y dominación. Madrid: La Piqueta, 1990.

_____ El poder psiquiátrico; curso en el Collége de France, (1973-1974) Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2005.

GARCÍA DÍAZ, Celia y JIMÉNEZ LUCENA, Isabel. *"Género, regulación social y subjetividades, asimilaciones, complicidades y resistencias en torno a la loca (el manicomio provincial de Málaga, 1920-1950)"*. En: Frenia: Revista de Historia de la Psiquiatría. Vol. X. España: Departamento de Historia de la ciencia – Instituto de Historia. CSIC. 2010. pp. 123-144.

GOFFMAN, E. Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu; 1998.

HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael. "*Historia de la psiquiatría, por qué y para qué".* En: Frenia: Revista de Historia de la Psiquiatría. Vol. I (1). España: Departamento de Historia de la ciencia – Instituto de Historia. CSIC. 2001. Pp. 9-36.

_____ *"Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos".* En: Frenia: Revista de Historia de la Psiquiatría. Vol. I - 2. España: Departamento de Historia de la ciencia – Instituto de Historia. CSIC. 2001. Pp. 7-33.

_____ Los laboratorios de la norma: medicina y regulación social en el Estado liberal. Barcelona: Ediciones Octaedro, 2008.

INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO. Boletín Informativo. Bucaramanga: Imprenta del Departamento, 1956. 50p.

JONES, Colin y PORTER, Roy. Reassesing Foucault: power, medicine and the body. London: Routledge, 1994.

Libros de historias clínicas (0001-1891) Difuntos. 1953-1964(5)

Libros de actas y resoluciones 1959 – 1964(5).

LÓPEZ-MUÑOZ, Francisco; ALAMO, Cecilio; y CUENCA, Eduardo. *"Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina: medio siglo de psicofarmacología".* En: Frenia: Revista de Historia de la

Psiquiatría. Vol. II-1. España: Departamento de Historia de la Ciencia – Instituto de Historia. CSIC. 2002.

LUQUE, Rogelio y BERRÍOS, Germán. *"Historia de los trastornos afectivos"*. En: Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 40. Bogotá, Octubre. 2011.

MANRIQUE, Julio; y SÁNCHEZ, Luis Jaime. *"Los nuevos tratamientos de la esquizofrenia (estudio comparativo de métodos y resultados)".* En: Revista de la Facultad de Medicina. Vol. VIII. N° 2. Bogotá, agosto de 1939. pp. 49-68.

NOVELLA, E. y HUERTAS, R. *El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: una aproximación a la historia de la esquizofrenia.* En: Clínica y Salud, vol. 21, núm. 3, Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, España. 2010.

O'BRIEN Patricia, *"Michel Foucault's cultural history".* En: HUNT, Lynn (Ed). The new cultural history. London: University of California press, Berkeley and Los Angeles California, 1989. P.25-46.

OSPINA MARTÍNEZ, María Angélica. *"Con notable daño del buen servicio": sobre la locura femenina en la primera mitad del siglo XX en Bogotá.* En: Antípoda: Revista de antropología y arqueología, No 2. Enero- Junio. Bogotá, Universidad de los Andes. 2006. pp. 303-314.

PACHÓN, Ximena. La familia en Colombia a lo largo del siglo XX. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Centro de Estudios Sociales CES. 2007.

SILVA, José Andrés. Espacio, cuerpo y subjetividad en el Manicomio Departamental de Antioquia: 1875-1930. Trabajo de grado para optar al título de magíster en historia. Medellín: Universidad Nacional de Colombia, 2012.

PORTER, Roy. Breve historia de la locura. Madrid: Turner Publicaciones; México: Fondo de Cultura Económica, 2003.

POSTEL, Jacques y QUÉTEL, Claude. (Coord.) Nueva historia de la psiquiatría. México: Fondo de Cultura Económica, 2000.

ROSSELI, Humberto. Historia de la psiquiatría en Colombia. Bogotá: Editorial Horizontes, 1968.

_____ *"El profesor Maximiliano Rueda Gálvis primer psiquiatra colombiano (1886-1944)".* En: Academia Nacional de Medicina. Sociedad Colombiana de Psiquiatría y Sociedad Colombiana de Historia de la Medicina. Bogotá, Marzo 13, 1986., pp. 29-35.

_____ *"In memoriam: terapias psiquiátricas en Colombia antes de la era psicofarmacológica"*. En: PSIMONART 2(1) 111-121-2009.

OBREGÓN, Diana. *Historiografía de la ciencia en Colombia.* En: ARCHILA, Mauricio. [et. al.] La historia al final del milenio: ensayos de historiografía colombiana y latinoamericana. Bogotá: Editorial Universidad Nacional; Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Departamento de Historia, 1994. V.1.

TORRES BARES, C., y ESCARABAJAL, M. *"Psicofarmacología, una aproximación histórica".* En: Anales de Psicología, vol. 21, N° 2 (diciembre). Universidad de Murcia, 2005.

VALDIVIESO CANAL, Susana. Bucaramanga: historias de setenta y cinco años. Bucaramanga: Cámara de Comercio de Bucaramanga, 1992.

VILLANUEVA SAGRADO, M. Manual de técnicas somatotipológicas. México: Universidad Nacional Autónoma de México UNAM, 1991.

YALOM, Irvin. Verdugo del amor. Historias de psicoterapia. Buenos Aires: Emecé Editores, 2000