

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

EIDE JUDITH ESCOBAR SARMIENTO

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE HISTORIA
BUCARAMANGA
2009

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

EIDE JUDITH ESCOBAR SARMIENTO

Monografía para optar al título de Historiadora

Director
CARLOS ALBERTO OTERO ORJUELA
Médico-Psiquiatra

Codirector
LUIS RUBÉN PÉREZ PINZÓN
Historiador

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE HISTORIA
BUCARAMANGA
2009

A mis Padres,
a mi Hermano,
a Fabián con
mucho cariño y a
todos los que me
apoyaron.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco la ayuda que recibí del Dr. Carlos Alberto Otero Orjuela, Psiquiatra y Director del Proyecto por sus importantes recomendaciones, a Luis Rubén Pérez Pinzón, Historiador y codirector de la investigación por sus valiosas orientaciones, por el tiempo, la disposición y su constante motivación en este trabajo.

Al Subdirector Científico de la Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo Dr. Germán Javier Daza, a Julieta Corredor recepcionista de la institución, a Gloria Rincón supernumeraria de la misma y en forma muy especial al Dr. Roberto Serpa Flórez protagonista que me recibió y que aceptó dialogar conmigo.

En la investigación se omiten los nombres de los enfermos mentales los cuales fueron reemplazados por el número de Historia Clínica secundario.

Las fotografías fueron recolectadas de documentos oficiales, archivos personales de médicos del Instituto y de la captura digital de los antiguos pabellones del actual Hospital Psiquiátrico.

La Autora

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	14
1. EL INTERNAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y LA VARIACIÓN EN EL MODELO ASISTENCIAL	25
1.1 ANTECEDENTES DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO	25
1.2 RELACIÓN MÉDICO- PACIENTE- INSTITUCIÓN.....	39
1.3 REGISTRO CLÍNICO DEL ENFERMO MENTAL.....	47
1.4 CUIDADO DE LOS ENFERMOS MENTALES	56
2. CONSIDERACIONES HISTÓRICAS Y CONCEPTUALES DE LA ESQUIZOFRENIA COMO ENFERMEDAD MENTAL	61
2.1 RETROSPECTIVA DE LA ENFERMEDAD MENTAL	61
2.2 AUMENTO EN EL NUMERO DE PACIENTES Y MECANISMOS DE PLANEACIÓN Y PREVENCIÓN.....	63
3. DE LA NACIENTE COMUNIDAD TERAPÉUTICA A LA TERAPÉUTICA DE LA COMUNIDAD.....	78
3.1 RAMA CIENTÍFICA Y ADMINISTRATIVA.....	78
3.2 EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA.....	88
3.3 CONTROL MÉDICO A ENFERMOS ESQUIZOFRÉNICOS	94
3.4 EN VÍA A LA PROFESIONALIZACIÓN	103
CONCLUSIONES	115
FUENTES CONSULTADAS.....	118
FUENTES ORALES.....	118
FUENTES DOCUMENTALES	118
FUENTES BIBLIOGRÁFICAS – EDITORIALES	120
FUENTES BIBLIOGRÁFICAS – PERIÓDICAS.....	121
FUENTES ELECTRÓNICAS	121
ANEXOS	123

LISTA DE FOTOGRAFÍAS

FOTOGRAFÍA 1: Dr. Martin Carvajal principal promotor de la creación del Instituto Psiquiátrico San Camilo	29
FOTOGRAFÍA 2: Señor Apolinar Pineda antiguo dueño del terreno (1944) que se destinó para la construcción del Instituto Psiquiátrico San Camilo	30
FOTOGRAFÍA 3: Señor Alfonso Silva antiguo dueño del terreno (1944) que se destinó para la construcción del Instituto Psiquiátrico San Camilo	30
FOTOGRAFÍA 4: Mapa del terreno destinado para la construcción del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1944.	31
FOTOGRAFÍA 5: Instalaciones del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1953	31
FOTOGRAFÍA 6: Pabellón del Instituto Psiquiátrico San Camilo construido en 1953.....	32
FOTOGRAFÍA 7: Comedores del Pabellón de Mujeres del Instituto Psiquiátrico San Camilo en 1953.....	32
FOTOGRAFÍA 8: Altar de la Primera Capilla del Instituto Psiquiátrico San Camilo en 1953.	34
FOTOGRAFÍA 9: Pabellón Francisco Gómez Pinzón del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1955.....	36
FOTOGRAFÍA 10: Servicio de Laboratorio de Rayos X en el Instituto Psiquiátrico San Camilo en 1955.....	36
FOTOGRAFÍA 11: Servicio de Dentistería en el Instituto Psiquiátrico San Camilo en 1955	37
FOTOGRAFÍA 12: Pabellón de Hombres “San Rafael” Instituto Psiquiátrico San Camilo en 1956.	37
FOTOGRAFÍA 14: Dormitorio del pabellón de mujeres “Santa Isabel” del Instituto Psiquiátrico San Camilo en 1960.	39
FOTOGRAFÍA 15: Grupo de Enfermas del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1956.....	44
FOTOGRAFÍA 16: Servicio de Farmacia del Instituto Psiquiátrico San Camilo a cargo de la Comunidad Religiosa en 1961	46
FOTOGRAFÍA 17: Panorama Socio-político de Bucaramanga: celebraciones cívicas del 20 de Julio de 1956 Calle 37.....	65
FOTOGRAFÍA 18: Panorama Socio-político de Bucaramanga: celebraciones cívicas del 20 de Julio de 1956 Carrera 12.....	65
FOTOGRAFÍA 19: Panorama del sistema de acueducto de Bucaramanga en 1956 Calle 37	66

FOTOGRAFÍA 21: Grupo de Enfermeras al servicio del Instituto Psiquiátrico San Camilo	78
FOTOGRAFÍA 22: Primer Médico Psiquiatra del Instituto Psiquiátrico San Camilo, Dr. Ángel Octavio Villar en 1956.....	79
FOTOGRAFÍA 23: Clínica Psiquiátrica Martin Carvajal de Bucaramanga	80
FOTOGRAFÍA 24: Segundo Médico Psiquiatra del Instituto Psiquiátrico San Camilo, Dr. Roberto Serpa Flórez.....	80
FOTOGRAFÍA 25: Grupo de Médicos al servicio del Instituto Psiquiátrico San Camilo	82
FOTOGRAFÍA 26: Médico Internista del Instituto Psiquiatra San Camilo, Dr. Héctor García Gómez	82
FOTOGRAFÍA 27: Clausura de la Comunidad Religiosa de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús del Instituto Psiquiátrico San Camilo.	89
FOTOGRAFÍA 29: Grupo de Enfermos desarrollando labores en la cocina del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1956.	95
FOTOGRAFÍA 30: Grupo de Enfermas desarrollando labores en el lavadero del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1956.	96
FOTOGRAFÍA 31: Grupo de Enfermos desarrollando laborando en la huerta del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1956.	96
FOTOGRAFÍA 32: Grupo de Enfermos desarrollando Laborterapia en construcción del Instituto Psiquiátrico San Camilo	97
FOTOGRAFÍA 33: Grupo de Enfermos desarrollando Laborterapia en el gallinero del Instituto Psiquiátrico San Camilo.....	97
FOTOGRAFÍA 34: Grupo de enfermas realizando labores de costura en el Instituto Psiquiátrico San Camilo	98
FOTOGRAFÍA 35: Dr. Joaquín Casadiego médico al Servicio del Instituto Psiquiátrico San Camilo.	104
FOTOGRAFÍA 37: Servicio de Consulta Externa del Instituto Psiquiátrico San Camilo	107
FOTOGRAFÍA 38: Preparación de alimentos para empleados y enfermos del Instituto Psiquiátrico San Camilo	109

LISTA DE FIGURAS, CUADROS Y GRÁFICOS

FIGURA 1: Organización Interna del Instituto Psiquiátrico San Camilo-1953...	45
CUADRO 1: Reglamento del Servicio Administrativo del Instituto Psiquiátrico San Camilo en 1960.....	83
GRÁFICO 1: Estadísticas de la atención de los Médicos del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1953-1967.....	90
FIGURA 2: Organización Interna del Instituto Psiquiátrico San Camilo-1960.	111

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Formato de Historia Clínica Instituto Psiquiátrico San Camilo 1953	124
Anexo 1 A: Formato de Historia Clínica Instituto Psiquiátrico San Camilo 1953, Hoja de Observaciones.	125
Anexo 2: Formato de Historia Clínica Instituto Psiquiátrico San Camilo 1957	126
Anexo 3: Formato de Historia Clínica Instituto Psiquiátrico San Camilo 1962	127
Anexo 3 A: Formato de Historia Clínica Instituto Psiquiátrico San Camilo 1962, Exámenes de Laboratorio	128
Anexo 4: Formato de Historia Clínica Instituto Psiquiátrico San Camilo 1967	129
Anexo 5: Caso 0132 en el Instituto Psiquiátrico San Camilo durante 1953	130
Anexo 6: Caso 0544 en el Instituto Psiquiátrico San Camilo durante 1958	131
Anexo 7: Caso 1793 en el Instituto Psiquiátrico San Camilo durante 1963	132
Anexo 8: Caso 0532 en el Instituto Psiquiátrico San Camilo durante 1967	133

RESUMEN

TITULO: 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*

AUTOR: EIDE JUDITH ESCOBAR SARMIENTO**

Palabras Clave: Enfermo, enfermedad mental, médico, asistencia médica, terapéutica, Instituto Psiquiátrico San Camilo.

El Instituto Psiquiátrico San Camilo, al ser la primera institución que se especializó en prestar Atención Médica a enfermos mentales, mantuvo su importancia en el nororiente de Colombia desde 1953 hasta 1967 basado en el reconocimiento del enfermo mental, la evolución terapéutica y la profesionalización médica. Bajo esos tres aspectos la relación médico-paciente-institución se fortaleció y permitió, a partir de los registros clínicos, principalmente mejorar el cuidado de los enfermos, aumentar los diferentes mecanismos de planeación y prevención, ampliar la búsqueda del mejor método y el más eficaz procedimiento para el tratamiento de la Esquizofrenia como enfermedad mental e incentivar una búsqueda intensiva que exigió a la comunidad terapéutica fomentar la educación médico-psiquiátrica. El fomento de la educación psiquiátrica se refleja con la existencia de los diferentes trabajos de investigación realizados por estudiantes de disciplinas como Nutrición y Dietética, Medicina, Ingeniería de Sistemas y Enfermería dadas en la antigua División de Ciencias de la Salud de la Universidad Industrial de Santander desde 1964 en Bucaramanga, y que se mantiene hasta nuestros días con un amplio reconocimiento. De la misma manera la necesidad de que se abrieran instituciones educativas, psiquiátricas, promovió la creación de entidades privadas como la Clínica Martín Carvajal la cual fue la primera institución de este tipo.

* PROYECTO DE GRADO

** FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS. ESCUELA DE HISTORIA. DIRECTOR: CARLOS OTERO ORJUELA. CODIRECTOR: LUIS RUBEN PEREZ PINZÓN.

SUMARY

TITLE: THE MENTAL ILLNESS IN THE NORORIENTE OF COLOMBIA.
THERAPEUTIC EVOLUTION IN THE RELATION DOCTOR - PATIENT IN THE
PSYCHIATRIC INSTITUTE SAN CAMILO OF BUCARAMANGA 1953-1967 *

Autor: EIDE JUDITH ESCOBAR SARMIENTO **

*Password: I Make sick, illness, doctor, medical attendance, therapy, Psychiatric
Institute San Camilo.*

The Psychiatric Institute San Camilo, to the being the first institution that specialized in paying Attention Prescribes to sick mental, it maintained its importance in the nororiente of Colombia from 1953 up to 1967 based on the mental sick person's recognition, the therapeutic evolution and the medical profesionalización. Under those three aspects the relationship doctor-patient-institution strengthened and it allowed, starting from the clinical registrations, to improve the care of the sick persons, to increase the different gliding mechanisms and prevention, to enlarge the search of the best method and the most effective procedure for the treatment of the Schizophrenia like mental illness and to motivate an intensive search that demanded to the therapeutic community to foment the prescribe-psychiatric education. The promotion of the education psiquiátrica reflects with the existence of the different works of investigation(research) realized by students of disciplines as nutrition and dietetics, medicine Systems engineering and infirmary(nursing) given in the former division of sciences of the health of the industrial university of Santander from 1964 in Bucaramanga, and that is kept to the present day with a wide recognition. Of the same way the need of that were opening educational institutions themselves, psiquiátricas, Martín promoted the creation of entities deprived as the Clinic oak grove which was the first institution of this type

* PROYECT OF GRADE

** FACULTY OF HUMAN SCIENCES. HISTORY SCHOOL. DIRECTOR: DIRECTOR: CARLOS KNOLL ORJUELA. CO-DIRECTOR: LUIS RUBEN PEREZ PINZÓN.

INTRODUCCIÓN

Michel Foucault, uno de los representantes más notables del estructuralismo francés, señaló la importancia que la “locura” ha tenido en las sociedades a través del tiempo haciendo el recorrido por las culturas mediante la diferenciación que cada una de estas presentaban. Según Foucault, la delimitación de la “sin razón”, las exclusiones religiosas y/o la prohibición del incesto establecían líneas divisoras dentro de una cultura recreando el “sistema de la transgresión”, un sistema que además era posible por su condición de cultura y por su aparición histórica.

Como lo menciona Foucault, la “locura” no era considerada como una enfermedad que requería ser manejada mediante internamiento hasta antes del siglo XVIII, por el contrario, era considerada como “una forma de error o de ilusión”. Se pensaba que la “locura” hacía parte de las quimeras del mundo y que así como la naturaleza disipaba dichas quimeras, las prescripciones médicas conducían al reposo, a “la ruptura con el mundo artificial y vano”¹. Por lo tanto, en situaciones extremas o peligrosas, el lugar apto para las manifestaciones de la “locura” fue el Hospital.

Este planteamiento teórico se inscribe en la correlación de procesos que a través del tiempo el tema de las enfermedades mentales ha jugado en culturas como las occidentales, haciéndose referencia, a la transición de causas específicas como lo demoniaco y su relación con lo divino, la interacción entre médicos, jueces y brujos, como consecuencia de ello el encierro y su cobertura por el sistema penal, y la conexión existente entre enfermo, práctica (hospital, internamiento), y enfermedad (bio-psico-social).

En Colombia, el fortalecimiento del Estado y del ser humano como individuo permitió que la Salud Pública y especialmente la Salud Mental tomaran cabida en las preocupaciones generales de la sociedad; en cuanto que esta última se entendió como una patología o anomalía psíquica que persistió en el tiempo desde la aparición del hombre. Cuando la Salud Mental empezó a ser una preocupación para la comunidad fue cuando los médicos decidieron especializarse en el tratamiento de las enfermedades mentales, experiencia, que en muchas ocasiones estuvo ligada a sus creencias y pautas culturales.

La creación, fundación y apropiación de un Instituto Psiquiátrico que contribuyera a la Salud Mental de la población, fortaleció un sentido terapéutico y respaldó una necesidad existente y oculta, contribuyendo al desarrollo no solo de la profesión médica (enfermeros, trabajadores sociales,

¹ FOUCAULT, Michel. Historia de la Locura en la época clásica. Bogotá: Proyecto Espartaco, 1993. p. 69.

psicoterapeutas, psiquiatras), sino a la articulación interna del paciente-médico, y externa del paciente-sociedad.

Desde el momento de su fundación, uno de los objetivos del Instituto fue beneficiar y ayudar a la comunidad del nororiente colombiano, por ello, sus objetivos también se debatieron entre la prestación de diversos servicios de salud y el fomento de la educación universitaria la cual apoyó mediante la práctica de las diversas ramas de la salud mental y a través del acceso a la información perteneciente en los archivos de la institución, y que desafortunadamente no ha sido ni total ni debidamente explorada².

Esta tendencia de la Salud Pública nacional fue clara en la regionalización que a través de los hospitales se hizo para controlar determinadas enfermedades. En el caso de las enfermedades mentales en el nororiente colombiano, el centro receptor fue Bucaramanga con el Instituto Psiquiátrico San Camilo, hospital público que con el tiempo sobrepasó su cupo debido a la gran demanda de pacientes que con importantes trastornos psicológicos y psiquiátricos, lo consultaban.

En la Región Nororiental de Colombia, y especialmente en Bucaramanga es muy poco lo que se conoce respecto del tema; por tanto se pretende consolidar una mirada historiográfica complementaria y diferente de las enfermedades mentales dentro de la sociedad durante los primeros 14 años de servicio de la institución.

² Si bien, existen diferentes trabajos de grado realizados por estudiantes de distintas carreras y universidades, ninguno de ellos se centró en el proceso histórico de la Asistencia Médica brindada en el Instituto Psiquiátrico San Camilo. Algunos de estos trabajos son: LATORRE, Lucy y BERNAL, Magdalena. Anamnesis alimentaria de los Pensionados de Primera y Segunda Clase. Trabajo realizado en el Instituto Psiquiátrico San Camilo: Universidad Femenina de Santander. Facultad de Dietética y Nutrición, 7 de septiembre de 1964. 60p. SERRANO, Mariela y PINZÓN, Stella. Anamnesis Alimentaria de los Enfermos de Caridad. Trabajo realizado en el Instituto Psiquiátrico San Camilo. Universidad Femenina de Santander. Facultad de Dietética y Nutrición, 6 de septiembre de 1964. 52p. ACUÑA, Lucia, CENTENO, Yamile y CHALELA, Dora. Influencia del medio familiar en el Proceso de Rehabilitación del Enfermo Mental; Estudio realizado en el Hospital Psiquiátrico San Camilo. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander. Escuela de Trabajo Social, 1981. CORONADO, Luz Mery. Atención en crisis a Pacientes Agudos hospitalizados en la unidad B Mujeres de la Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo. Antonio Nariño. Facultad de Psicología, 2001. 67 p. NIEVES, Ellen. La Empresa Social del Estado San Camilo Hospital Psiquiátrico. Bucaramanga: Universidad de Santander. Facultad de Psicología, 2001. 67 p. PRADA, Claudia. Programa de Entrenamiento para la Familia del Paciente con Alteración del Estado de la Conciencia. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander. Facultad de Salud, 2002. HERRERA, Belcy, ALARCÓN, Liliana y OCHOA, Adriana. Propuesta de Viabilidad administrativa y Financiera para la especialización en psiquiatría en la Escuela de Medicina de la Universidad Industrial de Santander y de la Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander. Facultad de Salud, 2003. BLANCO, Mónica Janette. Software para la Caracterización y Análisis Estadístico de la Señal Electrooculográfica usado en la determinación de Asociación entre Alteración de movimientos oculares Sacádicos y Esquizofrenia. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander. Escuela de Ingeniería de Sistemas e Informática, 2006.

Rescatar la importancia del periodo mencionado implica reconocer el punto de partida del Instituto Psiquiátrico San Camilo, las políticas de Salud Pública creadas como consecuencia de la profesionalización médica, los reglamentos sobre Juntas de Médicos y Sociedades Medicas, la especialización de los mismos médicos, la apropiación por parte de éstos sobre las medidas de higiene preventivas internacionales y la aplicación de novedosos modelos terapéuticos correspondientes a las enfermedades mentales.

Así mismo, rescatar esos primeros 14 años de fundación y continuidad del Instituto señala el inicio de un ciclo representado por el trinomio enfermo mental-enfermedad-médico el cual fue modificado, e interrumpido por la llegada en 1967 de médicos con especialización psiquiátrica provenientes de otras regiones del país y, en otros casos, de otras partes del mundo que propiciaron transformaciones no solo en las cuestiones medicas sino también en las educativas como fue el caso de la fundación de la Facultad de Ciencias Medicas en la Universidad Industrial de Santander; un segundo ciclo que requiere igualmente la mirada de un Historiador.

Trabajar con este tema no solo aclara los vacios que se pueden presentar en la Historia, sino que además toca un tema social tan importante como el de Salud Pública que en este caso fue de la mano con la naciente Atención Médica prestada en San Camilo.

El tratamiento de las enfermedades mentales tuvo sus raíces en las políticas hospitalarias coloniales de caridad y beneficencia, un proceso que se mantuvo por muchos años pero luego se fue destinando entes (Juntas y Sociedades y Dependencias del Gobierno), que se encargaron del tema de la Salud y su respectiva normatividad.

La idea de la creación de una Institución que supliera las necesidades mentales de la población nororiental de Colombia fue planteada desde 1924 con la propuesta del Dr. Martin Carvajal, quien incansablemente estuvo al frente de este proyecto, hasta cuando la Honorable Junta de Asistencia Social de Santander, como institución de marcada importancia a nivel Departamental, materializó la fundación del Instituto fortaleciendo su quehacer, aportando para ello capital, las primeras pacientes³ y fomentando este proceso con la propagación y educación de la comunidad respecto al nuevo concepto que se debía tener sobre los enfermos mentales y sus posibilidades de curación, así como el control de aquellas personas que por su marcada anomalía psíquica eran peligrosas para la sociedad.

El Instituto Psiquiátrico San Camilo empezó a laborar en el año de 1953 basado en la función que antiguamente desempeñaba el Asilo Transitorio de Dementes atendiendo a los “locos” de la región. Contó con unos estatutos que dieron origen a los servicios de la Institución, las labores de la Rama Administrativa y Científica y demás disposiciones (así como permitieron

³ INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO. Boletín Informativo. Bucaramanga: Imprenta del Departamento, 1956. p. 16.

legitimar el accionar de la Institución), que definieron sus objetivos y sin duda articularon su funcionamiento.

Su misión, al igual que la de manicomios de otras regiones del país, fue atender a aquellas personas que por razones orgánicas o psicológicas⁴ necesitaban la atención de personas especializadas que les dedicaran sus conocimientos y avances científicos, a través tratamientos específicos con el fin de poder integrarse a la sociedad; para ello, la “enfermedad mental” fue entendida bajo dos premisas: de tipo agudo que eran aquellos pacientes que requerían un tratamiento ambulatorio o intrahospitalario y en gran parte de los casos con uso de medicamentos; el de tipo crónico, que eran aquellos pacientes que por el carácter de su enfermedad debían permanecer internos y medicados ya que eran prácticamente irrescatables⁵.

Los pacientes que desarrollaron enfermedades de tipo crónico presentaron durante la época prescrita un sinnúmero de “formas” de la locura, sin embargo, en este caso la atención se centrará en la esquizofrenia por su continuidad, por su variabilidad, por ser una enfermedad que afectó a las personas en la etapa más productiva de su vida y por desencadenar importantes problemas de Salud Pública⁶.

El hecho de que los enfermos mentales provocaran dichos problemas, obligó a las autoridades médicas y gubernamentales a tomar cartas en el asunto promoviendo leyes y decretos pertinentes y difundiendo la importancia de las instituciones psiquiátricas en todo el país. Entonces, al detectarse una anomalía psíquica el procedimiento continuaba con el estudio (observación), del enfermo mental, el internamiento, la diagnosticación de la enfermedad y el tratamiento de la misma, el cual evolucionó desde el uso de Sedantes y Electrochoques hasta la Ergoterapia, siempre pasando por el Tratamiento Médico General.

El tema de la “locura” ha sido objeto de estudio elaborado históricamente por reconocidos personajes como, Xavier Bichat 1771, Bénédict Agustín Morel (1809–1873), Emil Kraepelin (1856-1926), Eugene Bleuler (1857-1940), y Michel Foucault, entre otros, quienes con sus investigaciones demostraron las posibilidades que permiten comprender las transformaciones socioculturales cuyas perspectivas fundamentan, a nivel local y regional, el inusual estudio del tema por el conjunto de historiadores y médicos psiquiatras bumanguenses.

Con las obras de Michel Foucault tituladas “La Vida de los Hombres Infames” e “Historia de la Locura en la Época Clásica” (a las que se harán referencia en el

⁴ PROTECCIÓN INFANTIL. Revista de la Casa de Menores y Escuela de Trabajo de Santander. Clasificación de las Enfermedades Mentales. Piedecuesta: Imprenta del Departamento, Año I (Nº. 1. Septiembre 1938. 34p.) p. 13 –17.

⁵ INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO. Actas, Informes, Presupuesto, Adjudicaciones. Bucaramanga, 6 octubre de 1959 a 6 diciembre de 1965. Folio 54.

⁶ INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO. Archivador de Oficios Enviados por la Sindicatura. Bucaramanga, 14 enero de 1953 a 23 diciembre de 1954. Folio 22.

transcurso del trabajo), el “sistema de la transgresión” toma una posición importante en la medicina occidental la cual estuvo caracterizada por la poca diferenciación y clasificación de lo patológico y lo normal, conduciendo a la constante fricción entre ilusión y verdad, como fue demostrado con los casos de brujería e indulgencia. Con el tiempo, la relación entre lo excluido y lo incluido, lo aceptado y lo rechazado, el papel de los brujos y poseídos, la represión hacia las minorías religiosas, el destierro, el rescate, la marcación o cicatrización y el encierro, constituyeron al enfermo y formaron parte del “argot” de muchas culturas de la antigüedad; sin olvidar, que un nuevo punto de partida lo dio la configuración de los Hospitales.

El Hospital, por su parte, tuvo la función de descubrir la enfermedad mental, de alejar al enfermo de todo aquello que lo perturbaba y de poner de manifiesto las pasiones ortodoxas y la voluntad recta frente a la voluntad enferma, a través del proceso de oposición, lucha y dominación. El Hospital se convirtió en lugar de diagnóstico y clasificación, en el cual las diversas manifestaciones de la locura se dividieron en pabellones y en donde se daba el espacio cerrado para un “...enfrentamiento, lugar de lidia, campo institucional, en el que está en cuestión la victoria y la sumisión”⁷, dirigidas por técnicas o procedimientos como el interrogatorio público, el aislamiento o los tratamientos-castigo. Fue éste, el establecimiento, que sirvió para el conocimiento y la comprobación de los fenómenos y para la producción y ensayo de la verdad.

El médico era “dueño de la locura”, era quien conocía las enfermedades y los enfermos, detentaba un importante saber científico y, en general, era competente; finalmente, era quien señalaba si la “locura” se debatía entre enfermedad psicológica o enfermedad orgánica, clasificación que se dio gracias al centro de la práctica y a una teoría psiquiátrica, que pretendió que el enfermo retornara al medio familiar y recuperara sus propios hábitos.

La “locura” se constituía a partir del afecto que el paciente se tenía a sí mismo⁸ (primer síntoma de la locura), ya que este apego permitía que el hombre aceptara como verdad el error, como realidad la mentira.... En este sentido la “locura” estaba más centrada en cómo el paciente veía al hombre y cómo percibía la verdad de sí mismo, que en cuál era la verdad y cómo veía el mundo⁹.

A partir de la teoría de Foucault se reconocieron dos pasos para comprender esta experiencia: el primero estableció que era indudable que existía una relación entre la locura y la razón, ya que toda locura tenía su razón; y la segunda, que la locura terminaba por convertirse en una de las formas de dicha razón. Con Foucault, se hizo referencia, entonces, a la transición de causas específicas como lo demoniaco y su relación con lo divino, la interacción entre médicos jueces y brujos, como consecuencia de ello, el encierro y su cobertura por el sistema penal y la conexión existente entre enfermo, práctica (hospital,

⁷ FOUCAULT. La Vida de los Hombres Infames. Madrid: Genealogía de Poder, 1990. p. 72.

⁸ FOUCAULT. Historia de la Locura. Op cit., p. 44.

⁹ FOUCAULT. Historia de la Locura. Op cit., p. 45.

internamiento), y enfermedad (orgánica, psicológica). En este sentido, y de acuerdo al enfoque teórico internalista que se pretende realizar con esta propuesta, la “locura” permitirá observar la relación y el funcionamiento de los médicos-psiquiatras, el enfermo-paciente y la enfermedad.

El objetivo de esta propuesta es describir y analizar la forma de Atención Médica que el Instituto Psiquiátrico San Camilo prestó a partir de su creación, mediante su servicio de tratamientos especiales a pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos. Para ello, se tendrá en cuenta el papel del Estado, quien permitió el reconocimiento del Instituto y su consolidación durante catorce años, dedicándose principalmente a tratar las enfermedades mentales regionales y nacionales; el proceder de los médicos en cuanto a las terapéuticas empleadas; la relación existente entre el desarrollo urbano y los cambios en la cotidianidad con el incremento en el número de enfermos mentales; la importancia del contexto social representado por la desnutrición, los vicios, la delincuencia, el alcoholismo, el alto costo de la asistencia médica, la falta de ocupación, el desbarajuste de la educación pública; y la relación directa o indirecta del incremento de trastornos psicológicos en la comunidad; lo anterior, si se tiene en cuenta que, para la época, se desarrollaba un periodo de violencia en Colombia caracterizado por la pugna bipartidista acaecida por el conflicto de tierras, fuente de riqueza y poder¹⁰.

Por lo tanto, la atención de esta investigación se centrará en la exploración y descripción de información que permita comprender el desempeño que el Instituto Psiquiátrico generó en cuanto a Atención Médica, en la experiencia histórica nororiental colombiana, y, de manera particular, como reguladora sanitaria de nuestra identidad individual y cultural.

Dicho proceso exigió que las enfermedades mentales fueran tratadas de una manera especializada y que, al mismo tiempo, fuera compatible a las necesidades de la sociedad y al capital existente. Como consecuencia, Bucaramanga, al ser receptora de los habitantes del nororiente de Colombia movilizó una serie de aspectos gracias a quienes acudieron a los servicios de esta institución, permitiendo con el tiempo una evolución médica, una asimilación social, tanto de las enfermedades como de los enfermos mentales, y una interferencia económica municipal, departamental y nacional.

En estas circunstancias, el desarrollo de la Escuela Psiquiátrica predominante en Colombia, que influenció al Instituto Psiquiátrico San Camilo, si sufrió cambios en el concepto de la “Atención Médica”; por lo tanto, el tratamiento y el desempeño médico local fueron acordes a estos lineamientos tradicionales por lo menos durante 1953 hasta 1967.

Una posible alarma pudo presentarse a través de las autoridades médicas, filantrópicas y estatales quienes advirtieron como detonante el serio problema

¹⁰ RIVERA, Laureano. Las Estructuras Materiales de la vida Política en la Provincia de García Rovira. (1930-1953). En: Memorias. Revista Anual de la Escuela de Historia de la Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga: UIS, (Vol. 1. Diciembre de 2003). p. 323.

de salud pública que se estaba formando en el nororiente de Colombia. La Asistencia Médica no solo abarcó las concepciones populares de las enfermedades mentales que correspondieron a los objetivos hacia los cuales estaban dirigidos los servicios del hospital, sino que además tuvo en cuenta las causas principales (bio-psico-sociales) de las enfermedades mentales crónicas y el tipo de personas a las que mayormente afectó.

La creación de un Instituto Psiquiátrico que cubriera las necesidades de la población, no solo le permitió, a los entes encargados, recopilar la suficiente información para argumentar la legitimación de políticas adecuadas, sino que dirigió la mirada hacia un modelo médico-científico en el que se exigió la especialización médica y psiquiátrica de los encargados de los enfermos mentales. Este hecho no solo indicó la intención de mejorar el sistema médico-hospitalario en la región, sino que promovió y reclamó la formación de médicos con estudios psiquiátricos en Bucaramanga; esta formación, junto con la experiencia de los médicos de San Camilo, propiciaron la fundación de clínicas psiquiátricas privadas e instituciones educativas.

Para complementar el proceso de limpieza social y control de enfermos mentales, la constante exploración y apropiación del conocimiento científico imperante en el medio por parte de los médicos encargados, condujo a que se emplearan varias estrategias y modelos terapéuticos que sufrieron nominales transiciones de acuerdo a los conocimientos del médico como autoridad en la Institución.

Por su parte, el estudio de la Salud Mental es un naciente campo del conocimiento histórico que requiere mayor atención, si se tiene en cuenta que no existen en la ciudad estudios sobre el tema y el campo historiográfico a trabajar, asociado con la locura, la enfermedad, los panópticos, entre otros, que desde el punto de vista regional, no ha sido explorado. Por otra parte, los historiadores de Salud Pública-corporal no se han interesado por la historia de la Salud Pública-mental, lo cual hace ineludible reconstruir el contexto de una sociedad en la que los trastornos mentales fueron importantes, al punto de ser precisa la creación de una institución con una infraestructura acorde a la necesidad de prestar atención psiquiátrica especializada, y en consecuencia, contribuir al tratamiento, curación y surgimiento terapéutico de toda la población afectada.

Sin duda, este tema de gran interés para psiquiatras, psicólogos y médicos, entre los cuales se destaca el Médico Psiquiatra Roberto Serpa Flórez¹¹,

¹¹ “Roberto Serpa Flórez nació en Bucaramanga el 01 de noviembre de 1925, voy a cumplir ya 83 años, casado con Graciela Isaza Gómez... pintora el 24 de diciembre de 1949 padre de 6 hijos y abuelo de 8 nietos. Soy médico cirujano de la universidad nacional de 1950, psiquiatra, escritor, columnista de Vanguardia Liberal desde 1959 hasta la fecha tratadista de textos de psiquiatría médica y psiquiatría jurídica, autor de una decena de libros, de cuentos, teatro, artículos en revistas médicas y jurídicas y una antología personal de mi obra escrita durante medio siglo en el año 2000 por la UNAB. Traduje a 6 idiomas 5 cancioncillas de León de Greiff en el año 2001. También publiqué otro libro más reciente que se llama “Vivencias y Ficciones” que es otra selección de mi obra literaria publicada en el año 2007, el año pasado, miembro de

requiere la mirada de un historiador para entrelazar la importancia de las enfermedades mentales dentro del marco médico-científico, económico y social de la región nororiental de Colombia, y, a partir de ello, identificar las transformaciones, cambios, continuidades y ciclos que permitan obtener datos claros acerca del Instituto en cuanto a su contexto histórico, el papel de la enfermedad mental, los enfermos y los médicos, durante 1953 hasta 1967.

Esta investigación insiste en la importancia que la Salud Mental tuvo en el nororiente colombiano a través del Instituto Psiquiátrico San Camilo, y que estructurada debidamente con los recursos nacionales y locales sirvió para neutralizar los contratiempos psicopatológicos que sufrió la población nororiental durante el periodo a trabajar. Para lo cual se pretende comprender como fue esa entidad influenciada por la ausencia o parcial cubrimiento del Estado sobre las necesidades de la población, su adaptación al medio y la búsqueda de nuevas opciones para fortalecerse y prestar una mejor atención.

La creación de un Instituto Psiquiátrico en Bucaramanga induce a pensar en la importancia del momento histórico y el contexto social en el que este acontecimiento sentó sus bases; por lo tanto, este hecho que cambió el rumbo de una cotidianidad pre-establecida, merece ser registrado en la Historia de Bucaramanga. Este hecho tan importante se propone a partir de dos etapas: una primera que se sustenta en la aparición y evolución del trinomio enfermedad-enfermo-médico y una segunda etapa marcada por la llegada, en 1967, de médicos con especialización psiquiátrica provenientes de otras regiones del país. De la misma manera, se inicia en San Camilo una nueva etapa en 1967 con la llegada de novedosos medicamentos y con la fundación de la División de Ciencias de la Salud en la Universidad Industrial de Santander

la Academia Nacional de Medicina, miembro de Número de cuyo capítulo Santander fui presidente. Miembro de Número de la Academia de Historia de Santander, profesor emérito de psiquiatría de la Universidad Industrial de Santander en 1969, magistrado emérito del Tribunal de Ética Médica de Santander en el año 2004 había sido magistrado desde 1990 hasta el año 2003. Profesor titular de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Bucaramanga desde 1975. Actualmente estoy retirado de toda actividad docente y ya cerré mi consultorio hace 3 años. Condecorado con la cruz José Celestino Mutis del Gobierno Nacional por servicios a la salud y educación médica en 1984, con la Cruz de Esculapio de la Federación Médica Colombiana en 1999, premio vida y obra de la Sociedad Colombiana de Psiquiatría en 1999 y premio vida y obra de la sociedad Colombiana para el avance de la ciencia seccional Santander 1999. La Universidad inauguró en el año 2002 un edificio de aulas llamado Roberto Serpa Flórez en mi honor en la Facultad de Salud. Miembro fundador y Miembro Honorario de la Sociedad Colombiana de Psiquiatría y de la Sociedad Colombiana de Historia de la Medicina y de la Sociedad Colombiana de Psiquiatría Biológica. De la Sociedad de la Historia de la Medicina soy miembro fundador pero no honorario. Decano de la Facultad de Salud...de 1969 a 1971, director del Hospital Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga de 1958 a 1969 y de 1971 a 1978 de 1969 a 1971 me retiré del Psiquiátrico para ir a cargo de decano de la Facultad de Salud de la UIS. He sido perito psiquiatra en el Tribunal Eclesiástico Regional de Bucaramanga de los Juzgados de Familia y los Juzgados Penales del Distrito Judicial de Bucaramanga por más de 20 años que es lo que vivo en Bucaramanga, un poco largo pero bueno....". En: ENTREVISTA a Roberto Serpa Flórez. Psiquiatra. Bucaramanga, 22 de septiembre de 2008. p. 1.

y, posteriormente, la creación de la Cátedra de Psiquiatría de la misma universidad, las cuales se han extendido hasta nuestros días.

El estudio de las enfermedades mentales y el progreso en la forma de atención manejada en Bucaramanga con respecto a éste, advierte la importancia de esta propuesta porque rescata y reconoce el sentido historiográfico de la Asistencia Médica prestada en el Instituto Psiquiátrico San Camilo a enfermos mentales crónicos, buscando, a partir de ella, hacer un llamado de atención a cerca de la necesidad de registrar la evolución médica brindada en la institución y en la región a través del tiempo y que aun hoy día sigue siendo en muchos aspectos desconocida.

La mencionada investigación es viable si se tiene en cuenta que el tema de la historiografía de las enfermedades mentales en el nororiente colombiano es un tema importante, interesante e inexplorado y, además, sus fuentes, recopiladas en el mismo Hospital, dan cuenta de ello al ser fuentes claras, concretas y que se encuentran en buen estado; sin embargo, éstas, al no ser suficientes para dicha finalidad, se complementaran con la información correspondiente, organizada y establecida en el Centro de Documentación e Investigación Histórico Regional (CDIHR), y con archivos personales de médicos que han hecho parte de la institución.

La ausencia de documentos historiográficos en el campo médico-psiquiátrico regional, y en consecuencia el desconocimiento de estas instituciones que movilizaron los campos social, económico, político y cultural de esta sociedad, merecen tener un espacio en la academia; principal razón por la cual se hizo necesaria la producción de esta investigación, pretendiéndose con ella abrir las puertas, no solo al reconocimiento de un nuevo campo historiográfico, sino al estudio de la ya mencionada segunda etapa de San Camilo que no solo continuaría un ciclo, sino que, además, despejaría muchas dudas y complementaría los vacíos que en la Historia se tienen en el contexto social, económico y político de la época en la región.

La existencia de este establecimiento, además de aportar información histórica a la salud pública, también permitió fomentar el tejido académico, contribuyó a mejorar la calidad de vida en la prestación asistencial que brindó, a partir de la cual se movilizó la economía regional supliendo las necesidades medicas mentales de una población que anteriormente había sido rechazada, ignorada y predestinada.

La gran labor de la Institución durante sus primeros 14 años de funcionamiento, al cubrir las necesidades de tipo mental, es desconocida por la ausencia de estudios historiográficos de este tipo; por ello, y de acuerdo a la trascendencia del Instituto Psiquiátrico, es necesario dirigir la mirada hacia un archivo tan importante como el que allí se mantiene, pero que igualmente ha sido inexplorado. Un archivo que desde los primeros años de la institución fue vital, ya que constantemente las directivas de la institución resaltaron la calidad y organización con la que este debía permanecer.

Dentro de este archivo, el valioso significado que en el campo de la investigación conservan los primeros registros médicos conocidos como “Historias Clínicas”, dan cuenta de la evolución en el trato paciente-médico y la evolución terapéutica y científica que adoptaron los médicos de la región durante esta época. El trato directo de los médicos con los enfermos estableció la importancia de aumentar la cantidad de datos personales de los enfermos para conocer lo que mayormente se pudiera sobre una enfermedad que para los 50's en la región nororiental, no era muy conocida. De acuerdo con esto, se incluyeron en las historias clínicas una serie de exámenes y, ocasionalmente, testimonios de algunos enfermos para así completar este documento de vital importancia, no solo para los pacientes y los médicos de la época, sino para todos aquellos a quienes interese la presencia de un hospital de este tipo y sus pacientes como principales beneficiarios.

A partir del enfermo y la creación de su Historia Clínica, así como de la especialización del médico y su continuo contacto con el enfermo mental, se hizo necesaria la actualización no solo de modelos terapéuticos sino de instalaciones, recursos e innovaciones en la prestación de servicios para el mejoramiento y avance de la institución.

Desde la parte Administrativa y conforme al crecimiento del Instituto Psiquiátrico, se crearon registros que permiten establecer la transición de una Junta Directiva a una Rama Administrativa que buscó siempre la eficiencia y eficacia de la institución. Ello se reconoce gracias a las numerosas Actas Institucionales o Actas de Junta realizadas en sus permanentes reuniones durante los primeros días de cada mes; en las Cartas de Correspondencia que permanecen en los tomos de Actas, Informes, Presupuesto y Adjudicaciones y en los tomos de Archivadores de Correspondencia Enviada y Recibida por la institución y conservadas en aquel Archivo. Con esta documentación la importancia de San Camilo rebosó los límites médicos para pasar al plano de lo económico y lo social, por ello no debe ser desconocido este Instituto por parte de Ingenieros, Economistas y Contadores, entre otros profesionales que, pueden aportar su granito de arena a la Institución.

A partir de las investigaciones de Foucault, y en vista de la carencia de este tipo de estudios en la región, surgió la idea de cuestionar un problema de Salud Pública que existió en la región nororiental de Colombia y la necesidad de cubrirlo durante 1953 hasta 1967. Este tema dejó de pasar desapercibido en la década de los 50's aportando una nueva forma de convivencia, asimilación, aceptación y profesionalización lenta y progresiva del tratamiento de enfermedades mentales, cimientos esenciales para la especialización en la Asistencia Médica.

Cuando se fundó el Instituto Psiquiátrico San Camilo, lo que hizo el personal científico-administrativo fue continuar con la labor que años atrás venía desempeñando el Asilo Transitorio de Dementes de manera aislada. Esta labor basada en asilar y controlar a los enfermos mentales, fue desplazada por la adopción de innovaciones científico-terapéuticas que los médicos

santandereanos empezaron a aplicar al creciente y constante número de enfermos. Esta transición progresiva permitió reconocer a los enfermos mentales como seres humanos que debían ser cuidados, y, al mismo tiempo, indagar sobre sus enfermedades para prestar un mejor servicio a la comunidad; sin embargo, no conformes con los adelantos adquiridos la preparación del cuerpo médico propició un nuevo panorama del enfermo, esta vez como personas que además de ser atendidas debían ser tratadas y en la medida de lo posible reintegradas a la sociedad.

El desarrollo de la investigación presenta el pasado como incitador de acciones, secuelas y/o estadios, que iniciados poco antes de 1953, permitieron a un grupo de filántropos y médicos llevar a cabo la idea de una mejor atención a personas que requirieron un internamiento, un cuidado, un estudio, una diagnosticación y un tratamiento especializado y correspondiente a la evolución de cada uno de ellos. Una evolución presentada simultáneamente con las innovaciones científicas, la profesionalización médica y las primicias farmacéuticas y tecnológicas vigentes en el país durante la época.

1. EL INTERNAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y LA VARIACIÓN EN EL MODELO ASISTENCIAL

“Del descubrimiento de esta necesidad, que reducía el hombre fatalmente a nada, se pasa a la contemplación despectiva de esa nada que es la existencia misma”

Michel Foucault

1.1 ANTECEDENTES DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO

Michel Foucault¹², como planteó en sus diferentes estudios sobre la “locura” o “sin razón”, afirmó que, existe en todas las culturas lo que él denominó como “sistema de la transgresión”¹³, sistema que en el caso de las culturas occidentales representa los límites que en cada una de ellas se mantienen y, que al no ser acatados, las perjudican. Tales límites fueron revelados principalmente por las desviaciones religiosas de la prohibición del incesto y la delimitación de la locura conduciendo, posteriormente, a la exclusión e internamiento de “... los visionarios, los fanáticos, los insensatos y, en fin, a todos aquellos que imaginan y equivocan”¹⁴.

De la misma manera, este internamiento se manifestó a través del tiempo en el Hospital, institución encargada de tratar no solo el encierro, sino también la cobertura por el sistema penal y la articulación entre el enfermo mental, la enfermedad (y su etiología) y el médico (autoridad).

En Colombia, el fortalecimiento del Estado, y del ser humano como individuo, permitió que la Salud Pública y, especialmente la Salud Mental, tomaran cabida en las preocupaciones generales de la sociedad, en cuanto que esta última se entendió como una patología o anomalía psíquica que persistió en el tiempo desde la aparición del hombre. La especialización de los médicos en el tratamiento de las enfermedades mentales se llevó a cabo como consecuencia de la preocupación que generó este tema en la comunidad y que, en muchas ocasiones, estuvo ligado a sus creencias y pautas culturales.

Este tratamiento de enfermedades tuvo sus raíces en las políticas hospitalarias coloniales de caridad y beneficencia para con los mendigos y desamparados que deambulaban por las calles y caminos. Desde este punto de vista, se estableció una orden proclamada por Fernando de Castilla en la que anunció que se fundarían, a partir del año 1513, hospitales para el cuidado corporal y

¹² FOUCAULT, Michel. La vida de los Hombres Infames. Madrid: La Piqueta, 1990. p. 9.

¹³ Ibid., p. 13.

¹⁴ Ibid., p. 23.

mental de los nativos y peninsulares¹⁵ que requerían atención y tratamientos mucho más intensivos, al ser asociados sus dolores y desviaciones con males sospechosos que eran referenciados con maleficios y posesiones demoníacas. De allí que fuese delegada la administración y funcionamiento de esos establecimientos sanitarios al clero, representado por las ordenes mendicantes y hospitalarias.

Desde la conquista hasta la colonia, los esfuerzos de la población se centraron en la atención de epidemias que por la época rodeaban al territorio nacional. En 1636 se crearon los protomedicatos, a través de los cuales se autorizaba a médicos y boticarios ejercer sus funciones correspondientes, hecho que sin duda, contribuyó a que en 1795 se iniciara el ejercicio privado de la medicina. Sucesivamente, los virreyes Caballero y Góngora, Ezpeleta y Mendingueta, dedicaron una pequeña parte de sus mandatos a la Salud; así, en 1801, se creó la Junta de Salubridad la cual dictó medidas de aseo público, periódicas visitas a los hospitales para observar su funcionamiento y organizó los servicios médico hospitalarios¹⁶. A partir de 1812 se incentivaron las profesiones que tenían en cuenta las costumbres públicas, la seguridad y la sanidad de los ciudadanos. Bajo estos parámetros se le dio una mayor importancia al control de las enfermedades transmisibles¹⁷.

Con el comienzo de la República se crearon leyes que fueron cimentando la normatividad de la Salud Pública (mental) siendo necesaria, en las Capitales de Departamento, la creación de Juntas Departamentales Permanentes de Higiene¹⁸ que conformaron “la primera estructura burocrática gubernamental para atender la salud pública en [el] país”¹⁹. Las medidas en cuestión de salud se basaron en la higiene portuaria, el control de la viruela, la tuberculosis y las enfermedades venéreas²⁰. En 1923 se inició la Campaña contra el pián que combatía, además, la fiebre amarilla en Bucaramanga y sus alrededores, y se tomaron medidas sobre la disentería, fiebre tifoidea, peste, viruela, rabia, lepra, tos ferina, tuberculosis, enfermedades venéreas y mordeduras de serpiente²¹. En 1826 se autorizó la creación de cátedras para la profesionalización de la Salud²². La influencia francesa e inglesa llegó junto con los ideales científicos y médicos europeos, así como también con las más novedosas propuestas en intervención y prevención sanitaria; influencia manifiesta durante la época con la adopción de una política sistemática de beneficencia para prevenir enfermedades epidémicas, y para aislar a todo tipo de enfermos mentales contagiosos o caóticos, incluidos los “locos”. Consolidado ese proyecto asistencial nacional, se estableció una organización político-administrativa e institucional, sin precedentes, para el fomento de la “Higiene” que gracias al

¹⁵ RESTREPO, Guillermo y VILLA, Agustín. Desarrollo de la Salud Pública Colombiana. Medellín: Universidad de Antioquia. Escuela Nacional de Salud Pública, 1980. p.15.

¹⁶ Ibid., p. 13-17.

¹⁷ PÉREZ, Francisco de Paula. Derecho Constitucional. 5 ed. Bogotá: Lerner. P. 9.

¹⁸ Colombia. Ley 33/1913. Artículo 2. En: RESTREPO. Op Cit. p. 30.

¹⁹ RESTREPO, op cit., p. 31.

²⁰ RESTREPO, op cit., p. 29.

²¹ Colombia. Ley 31/1923. Decreto 1704. En: RESTREPO. Op Cit. p. 35.

²² Ibídem.

intervencionismo del Estado derivaría finalmente en la adopción del modelo norteamericano de “Salud Pública” aún vigente en el país.

Componente de ese proceso que sufrió el Estado, iniciado a finales del siglo XIX, fue la transición de los servicios sanitarios del sector de la caridad a los sectores de previsión de carácter privado y oficial. Éste último organizado por una Junta Central de Higiene (1887), el Consejo Superior de Sanidad (1913), la Junta Departamental Permanente de Higiene que en 1918 fue denominada Dirección Nacional de Higiene. A partir de 1925 se llamó Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública²³ que sentó las bases del posterior desarrollo de la Salud Pública con la prevención, recuperación y atención al abandonado²⁴, y despejó el camino para la reglamentación de la prestación de servicios médicos a quienes carecían de medios de subsistencia²⁵.

A raíz del establecimiento de normas sanitarias en todo el país, la creación de centros asistenciales se expandió y se fueron fundando instituciones que desde 1870 contribuyeron al nuevo modelo de salud pública. Con las Juntas Departamentales y la normatividad que reglamentaba la atención al abandonado y su correspondiente prestación de servicios médicos, se dio origen a muchas instituciones que cumplieron con dicha labor en todo el país.

Los primeros indicios de una de estas instituciones fue la constituida por las Hermanas de la Caridad quienes atendieron enfermas mentales en la “Casa de Salud El Campito” a principios de siglo (1900); sin embargo, los registros más fieles se encuentran con la inicial Casa de Locas y el Asilo de Locos en Bogotá, el antiguo Manicomio Departamental en Medellín, el Hospital San Rafael de Pasto (1932), el Manicomio de Varones de Barranquilla (1933), la Casa de Reposo de Chía (1935), la Clínica del Perpetuo Socorro en Pasto (1949), y la Clínica de San Juan de Dios en Manizales (1953).

El Asilo de Locos de Bogotá sufrió nominales cambios a través del tiempo, por ello de acuerdo a la época se conoció como Asilo de San Diego, después Manicomio de Varones, y en 1937 cuando fue trasladado a Sibaté se llamó Sanatorio Frenopático de Varones de la Beneficencia de Cundinamarca. El mismo proceso sufrió la Casa de las Locas que luego se conoció como Asilo de las Locas (El Aserrío en 1908), y luego Frenocomio de Mujeres²⁶.

En Bucaramanga, la atención a aquellas personas que generaban desorden público y que de una u otra manera provocaron inseguridad en la región, como consecuencia de su estado de abandono y carencia de medios para vivir, se dio gracias a la labor que desempeñó el antiguo Asilo Transitorio de Dementes de manera aislada desde 1951²⁷.

²³ Colombia. Ley 25/1925. Artículo 2. En: RESTREPO. Op Cit. p. 35.

²⁴ Colombia. Ley 25/1925. En: RESTREPO. Op Cit. p. 39.

²⁵ Colombia. Reforma Constitucional/1936. Art. 19. En: RESTREPO. Op Cit. p. 50.

²⁶ ROSSELLI, Humberto. Historia de la Psiquiatría en Colombia. Bogotá: Horizontes, 1968. Tomo II, p. 433- 531.

²⁷ INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO. Historias Clínicas. Difuntos (0001-1891). Bucaramanga, 01 de agosto de 1953 a 27 diciembre de 1967. A continuación la referencia a las

Este Asilo fue conocido como “un depósito, por llamarlo de una manera poco cristiana por cierto, un sitio donde se llevaban los enfermos mentales pero que estaban en unas condiciones deplorables... reducidos, amarrados y encadenados”²⁸. El Asilo Transitorio fue una casa de internamiento con capacidad para, aproximadamente, 12 personas que se encargó de atender las necesidades psiquiátricas de la población. Sin embargo, al aumentar el número de enfermos y al no tener instalaciones físicas adecuadas y personal suficiente para atenderlos se creó un sistema de envío y sostenimiento de enfermos que se recluyeron en el Asilo de Locas de Bogotá y el Asilo de hombres en Sibaté respectivamente, y por cuenta de la Junta de Asistencia Social; su labor se basó en asilar y controlar a los enfermos mentales que por razones culturales estaban condenadas, por pecado, al castigo divino. La atención brindada allí, se centró en una atención primaria, pero que conjuntamente se apoyó en el encierro, la estabilización emocional con electrochoques y la sedación de personas que a los ojos de los demás eran peligrosas.

Este antiguo Asilo fue conocido más como una “casa de salud”, que con capacidad para 12 enfermos mentales, contó con 12 catres, 12 colchones, 12 almohadas, un escritorio, un diván, cuatro butacas, un reloj, un armario, un despertador, un hervidor, un calentador, un convulsador, un aguamanil, baldes, cantinas, linterna, estuche metálico para esterilizar, dos docenas de jeringas, dos pinzas de disección, dos pinzas para tejidos, una pinza doble, una sonda acanalada, dos pinzas de Kelly, riñoneras, tinajas, grecas, bolsas de caucho, conductor de aire, tensiómetro, fonendoscopio, martillo de reflejo, gramudío, agujas, máquinas, de peluquería, medidor de corriente, espéculo vaginal y tubos para lavados de estómago²⁹.

Esta atención primaria que realizó el antiguo Asilo, de sedación e internamiento de enfermos mentales, fue la razón principal por la cual la Junta de Asistencia Social de Santander decidió apoyar la idea del Dr. Martín Carvajal de la creación de un instituto que continuara esta labor y que ampliara su cobertura. Además de ello la Honorable Junta, como institución de marcada importancia concretó la fundación del Instituto Psiquiátrico San Camilo por varias razones más: 1. Era un proyecto que en la época no tenía gran alcance a pesar de la necesidad que con el tiempo se acrecentaba. 2. Legalmente se establecieron pautas precisas con respecto al orden público y la mendicidad. 3. La disposición de los filántropos estaba coincidiendo con los objetivos de esta creación. 4. Aunque la profesionalización de la psiquiatría era necesaria, lo que realmente se hizo básico fueron los conocimientos médicos para una atención primaria y para el uso de medicamentos que controlaran a dicha población. 5.

demás historias clínicas se presentará con la sigla IPSC que hace alusión a la institución de donde provienen las fuentes “IPSC”. Historia Clínica #1050 (0290). 1956. Folio 1.

²⁸ ENTREVISTA a Roberto Serpa Flórez. Psiquiatra. Bucaramanga, 22 de septiembre de 2008. p. 2.

²⁹ INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO. Archivar de Oficios Recibidos por la Sindicatura. Bucaramanga, 9 febrero de 1954 a 20 de diciembre de 1954. A continuación la referencia a los demás documentos producidos allí se presentarán con la sigla IPSC que hace alusión a la institución de donde provienen las fuentes “IPSC”. Archivar de Oficios Recibidos. Folio 35.

La construcción de estos centros se propagó por todo el país y, Bucaramanga, debido a su constante crecimiento, hizo necesaria la presencia de uno.

La finalidad de crear una institución de este tipo se basó en la necesidad de establecer un lugar en el que muchas personas, no precisamente con antecedentes de delito, pudieran permanecer en algún lugar sin hacerle daño a nadie, ni daño a ellos mismos. El objetivo de este proyecto no solo fue consecuencia de los daños ocasionados, sino como respeto al sentido filantrópico y prospectivo de sus creadores, pues ya estaban los principales aspectos planteados: la disposición de la Junta y de los médicos, las normas pertinentes, los medios económicos y el creciente número de enfermos mentales.

En un primer momento la Junta, estuvo compuesta por el Dr. Eduardo Rueda Rueda, el Dr. Manuel Serrano Blanco, Dr. Mario Acevedo Díaz, Dr. Julio Vanegas Ramírez, Dr. Jorge Gómez Ortiz, José A. Jacome Valderrama, Dr. Gustavo Gómez Hernández, Dr. Guillermo Ortiz Suarez, don Alberto Mantilla, don Vicente Roberto Cadena, don Valentín Gonzales y don Luis Alfredo Rueda³⁰. Tanto ellos, como sus sucesores, pretendieron llevar y mantener la asistencia hospitalaria de Bucaramanga como la de otras ciudades del país: basada en grandes adelantos e innovaciones y respaldada por instituciones que contribuyeran al bienestar público.

Este común objetivo se compenetró con la inicial idea de crear una Institución que cumpliera con ese objetivo planteada desde 1924 por el Dr. Martin Carvajal (ver fotografía 1), quien como Representante a la Cámara del partido conservador estuvo al frente de este procedimiento mediante el ejercicio de su labor hasta que en 1937, y a través de la ley 32, se dispuso de un auxilio para la adquisición de un lote, el cual se hizo realidad en 1944 cuando se compró este³¹ a los señores Apolinar Pineda (ver fotografía 2), y Alfonso Silva (ver fotografía 3), dueños del terreno.

FOTOGRAFÍA 1: Dr. Martin Carvajal principal promotor de la creación del Instituto Psiquiátrico San Camilo



³⁰ IPSC. Boletín Informativo. Bucaramanga: Imprenta del Departamento, 1956. p. 14.

³¹ Ibid., p. 13.

Fuente: CORTES, Carlos. De la Medicina de Santander. Semblanzas y Recuerdos. Bogotá: Editorial Panamericana, 2006. 342p.

FOTOGRAFÍA 2: Señor Apolinar Pineda antiguo dueño del terreno (1944) que se destinó para la construcción del Instituto Psiquiátrico San Camilo



Fuente: GAVASSA, Edmundo. Reminiscencias del Comercio Bumangués, Bucaramanga: Talleres de la Sociedad Papelería América Editorial, 1983.

FOTOGRAFÍA 3: Señor Alfonso Silva antiguo dueño del terreno (1944) que se destinó para la construcción del Instituto Psiquiátrico San Camilo

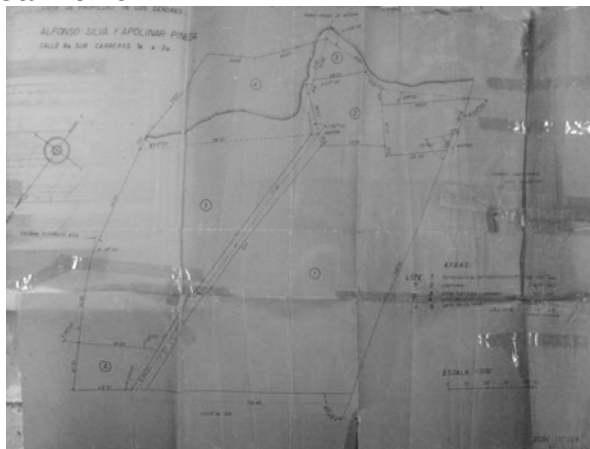


Fuente: GAVASSA, Edmundo. Reminiscencias del Comercio Bumangués, Bucaramanga: Talleres de la Sociedad Papelería América Editorial, 1983.

Bajo la Escritura Pública No. 2223 del 20 de octubre de 1944, en la Notaria Segunda de Bucaramanga, y a nombre de la Junta de Asistencia Social de Santander, el lote destinado para un “manicomio” alcanzó los 27.492m² y estaba ubicado en la Calle 9 sur bis (antigua nomenclatura); posteriormente, Calle 45 No. 7-39 de Bucaramanga³² (ver fotografía 4).

³² Resolución #146 de 5 de octubre de 1944. En: Escrituras Públicas. Notaria Segunda, Bucaramanga. Tomo 29.

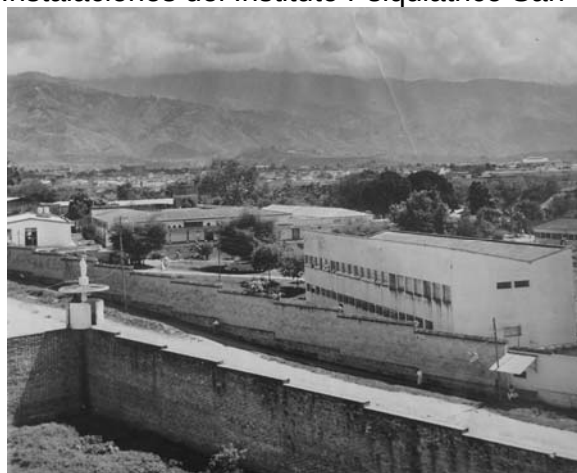
FOTOGRAFÍA 4: Mapa del terreno destinado para la construcción del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1944.



Fuente: Mapa del terreno comprado a los señores Apolinar y Alfonso para destinarlo a la construcción del Instituto Psiquiátrico San Camilo. En: Libro Notarial No. 19. Notaria Segunda. Escritura Pública No. 2223. Bucaramanga, 1944.

Con la aprobación de la Resolución No. 19 del 30 de noviembre de 1949 se ordenó la construcción de los edificios adecuados para el manicomio³³ (ver fotografía 5), y a partir de 1950 se inició la construcción del pabellón de “Agitados” y el de “Calmados” (ver fotografía 6), parte de la cocina, el lavadero, y los comedores (ver fotografía 7), de la nueva institución³⁴.

FOTOGRAFÍA 5: Instalaciones del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1953



Fuente: OTERO, Carlos. Archivo Fotográfico del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1957-1967. Bucaramanga, 2008.

³³ IPSC. Archivar de Notas Recibidas por la H. J. Bucaramanga, 19 julio de 1954 a 26 de enero de 1955. 12 Folio 4.

³⁴ IPSC, Boletín Informativo, op cit., p.14.

FOTOGRAFÍA 6: Pabellón del Instituto Psiquiátrico San Camilo construido en 1953



FUENTE: ASISTENCIA SOCIAL. Publicación de la Junta General de Asistencia de Santander. Informe del Médico-Director del Instituto Psiquiátrico San Camilo. Bucaramanga: (Nº. 7. Enero de 1954).

FOTOGRAFÍA 7: Comedores del Pabellón de Mujeres del Instituto Psiquiátrico San Camilo en 1953



Fuente: OTERO, Carlos. Archivo Fotográfico del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1953-1967. Bucaramanga, 2008.

Fundamentales fueron las actividades planteadas por la Junta de Asistencia Social, la cual fomentó, desde un principio, la labor más importante de la “casa de salud”, ahora Instituto, que fue la “divulgación y educación en el sentido de llevar a [sus] gentes un nuevo concepto sobre los enajenados y sus posibilidades de curación”³⁵. Por ello, el fin de la Junta, al impulsar el Instituto, fue controlar aquellas personas que por su “...estado de perturbación mental los [hizo] peligrosos para la sociedad...”³⁶.

³⁵ ASISTENCIA SOCIAL. Publicación de la Junta General de Asistencia de Santander. Informe del Médico-Director del Instituto Psiquiátrico San Camilo. Bucaramanga: Imprenta del Departamento, (Nº. 7. enero de 1954). p. 25.

³⁶ IPSC. Archivador de Oficios Enviados por la Sindicatura. Bucaramanga, 14 enero de 1953 a 23 diciembre de 1954. Folio 22.

El Asilo Transitorio de Dementes desempeñó una labor que tardó muchos años en evolucionar, se habló principalmente del encierro para quienes eran peligrosos y de sedación o medicación especial para quienes sufrían alguna enfermedad diagnosticada. Generalmente, en este Asilo, se internaban las personas cuando entraban en un estado de agresividad o mutismo principalmente, y cuando permanecían en periodos de tranquilidad y continuaban internos ayudaban “a los quehaceres de la casa”³⁷.

La atención que prestó el Asilo despertó la atención de la población y su necesidad de ser atendidos, pero el inconveniente estuvo en que no había un lugar adecuado para ubicarlos, ni mucho menos se contaba con el personal médico para atenderlos.

Con la creación del Instituto continuó esa atención de encierro y sedación durante los primeros años de prestación de servicios, así como la colaboración de los enfermos mentales en los oficios de la casa; hasta años posteriores, se incluyeron más servicios y una más apropiada atención para cada enfermo mental. Bajo estas premisas, el Instituto Psiquiátrico San Camilo empezó a laborar en el año de 1953, contando con unos estatutos que dieron origen a los servicios de la institución, las labores de la rama administrativa y científica y demás disposiciones (así como permitieron legitimar el accionar de la Institución), que definieron su labor y sin duda articularon su funcionamiento.

Su función, al igual que el de los manicomios de otras regiones del país, fue atender a aquellas personas que por razones orgánicas o psicológicas³⁸ necesitaban la atención de personas especializadas que les dedicaran sus conocimientos y avances científicos a través de tratamientos específicos con el fin de poder integrarse a la sociedad. Esta tendencia de la Salud Pública Nacional fue clara en la regionalización que, a través de los hospitales, se hizo para controlar determinadas enfermedades.

El surgimiento y reconocimiento a nivel nacional de nombrados médicos y cirujanos del Departamento, fue notorio, y comenzó como respuesta a las necesidades de una población³⁹ que no solo requirió una buena Atención Médica, sino también una educación propicia para ello.

En el caso de las Enfermedades Mentales en el nororiente colombiano, el centro receptor fue Bucaramanga con el Instituto Psiquiátrico San Camilo, hospital público que con el tiempo sobrepasó su cupo debido a la gran demanda de pacientes que con importantes trastornos psicológicos y psiquiátricos lo consultaban. Ese incremento en el número de enfermos

³⁷ IPSC. Historia Clínica #1583 (0006). 1954. Folio 1.

³⁸ PROTECCIÓN INFANTIL. Revista de la Casa de Menores y Escuela de Trabajo de Santander. Clasificación de Enfermedades Mentales. Piedecuesta: Imprenta del Departamento, Año I (Nº. 1. Septiembre 1938. 34p.) p. 13 –17.

³⁹ SERPA, Roberto. Apuntes para la Historia de la Medicina. Santander y la UIS. En: Medicas UIS. Vol. 20. Bucaramanga: UIS, 2007. p. 155.

propició para el año de 1953, la construcción del pabellón para pensionados, la capilla (ver fotografía 8), y el inicio de la construcción del laboratorio.

FOTOGRAFÍA 8: Altar de la Primera Capilla del Instituto Psiquiátrico San Camilo en 1953.



Fuente: OTERO, Carlos. Archivo Fotográfico del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1953-1967. Bucaramanga, 2008.

La Junta de Asistencia Social impulsó este proyecto constantemente, pero vio necesaria no solo la variación de la misma, sino la creación de un estamento que apoyara internamente esa labor. En ese sentido se creó la Junta Directiva del Instituto Psiquiátrico San Camilo conformada por cinco miembros, así: uno como representante del municipio de Bucaramanga, nombrado por el Alcalde municipal; uno como representante del Gobierno Nacional, nombrado por el Ministerio de Higiene y Salud Pública, y, tres, como representantes de la Junta de Asistencia Social de Santander, nombrados por ella misma.

De acuerdo con esto, los integrantes de la nueva Junta Directiva fueron: el Dr. Jorge Villabona Abril presidente, el Dr. Martín Carvajal, Dr. Rafael Calderón Villamizar, Dr. Antonio Lizcano y el señor Ángel María Cáceres. Esta Junta Directiva, a partir de 1 de enero de 1954 adquirió personería jurídica y fue quien dirigió el sistema de organización más apropiado para ésta, teniendo en cuenta que la aprobación de los estatutos reglamentarios se realizara por el Ministerio de Salud Pública⁴⁰.

El Instituto Psiquiátrico San Camilo, en 1954, inició con un ingreso de \$220.100, los cuales fueron repartidos así: Rentas Ordinarias, que incluyó el aporte de la Junta de Asistencia Social de Santander; otros ingresos (pensionados, rifas, bazares, aprovechamientos). Gastos: que incluían la Dirección y Administración (personal médico, religioso, administrativo y doméstico), y el Sosténimiento (alimentación, drogas, servicios públicos “luz y

⁴⁰ IPSC, Archivar de Oficios Recibidos, op cit., Folio 33.

fuerza, agua y teléfono”, combustible “carbón y leña”, útiles de escritorio y papelería, así como para portes aéreos y telegráficos)⁴¹. Ello indica que durante el primer año de independencia del Instituto, no hubo deuda de ningún tipo.

En 1955, tanto ingresos como egresos de la institución aumentaron a \$320.500⁴², y con ello se presentó un aumento del personal médico y de enfermos mentales⁴³. La importancia de esta institución no se reflejó inmediatamente abierto el Instituto, sino que la fue adquiriendo mediante la experiencia con los mismos enfermos mentales, a medida que la educación médico-psiquiátrica estaba más al alcance de los médicos, teniendo en cuenta la situación económica y tecnología y a medida que la mentalidad social lo aceptaba. En este sentido el tiempo fue un importante determinante en el recorrido que tuvo la institución.

A partir de los registros médicos, tomados en cuenta en la investigación, se reconoce que, la población de enfermos mentales crónicos se caracterizó por una tendencia creciente por parte de ambos sexos a lo largo del periodo estudiado, porque a medida que se entrenaba el cuerpo médico se le daba mayor y mejor cubrimiento a los enfermos mentales asistentes a San Camilo y había mayor capacidad y mejor atención. Sin embargo, las estadísticas sobre esta población presentaron oscilaciones marcadas que se originaron: en el periodo de 1955 a 1956, por el aumento acelerado en el ingreso de enfermos mentales crónicos al Instituto como consecuencia de los diferentes servicios médicos abiertos al público. Y en el periodo de 1959 a 1967, se dio una tendencia al decrecimiento de la población, posiblemente, por la centralización y especificidad de los tratamientos y por la exclusión de pacientes que en un principio ingresaron como crónicos y luego fueron tratados como ambulatorios⁴⁴.

Los diversos servicios abiertos al público los mismos que promovieron el aumento de pacientes, fueron: la inauguración del Pabellón “Francisco Gómez Pinzón” (ver fotografía 9), que contaba con los servicios de Clínica Médica, Insulinoterapia, Laboratorio de Rayos X (ver fotografía 10), Cirugía y Consultorios Médicos (ver fotografía 11), los cuales estaban abiertos al público en general. Así mismo, el 26 de enero de 1956 se dio al servicio el Pabellón de Hombres con capacidad para 150 enfermos (ver fotografía 12). Abiertos estos nuevos servicios, el incremento de enfermos mentales fue notable, hecho que llevó el 28 de marzo de 1956, a la notificación de la Historia Clínica No. 800, lo cual hizo necesaria la ampliación de la institución.

Este aumento se dio por la facilidad de que los enfermos mentales fueran atendidos en la misma ciudad, ya que se contaba con diversos servicios,

⁴¹ IPSC. Resoluciones. Oficios Enviados y Recibidos. Notas enviadas y recibidas por la H. J. Bucaramanga, 26 de enero de 1954 a 26 de diciembre de 1955. Folio 3.

⁴² Ibid., Folio 5.

⁴³ Ibid., Folio 81.

⁴⁴ IPSC. Historias Clínicas #0001-1981. 1953-1967.

además, ingresaron los enfermos mentales hombres que la Asistencia Social de Santander había enviado a Bogotá para que fuesen atendidos años atrás. Los enfermos mentales bumangueses, los enfermos mentales provenientes de Sibaté y los provenientes de regiones aledañas a Bucaramanga, fueron quienes utilizaron frecuentemente los servicios de la institución.

FOTOGRAFÍA 9: Pabellón Francisco Gómez Pinzón del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1955



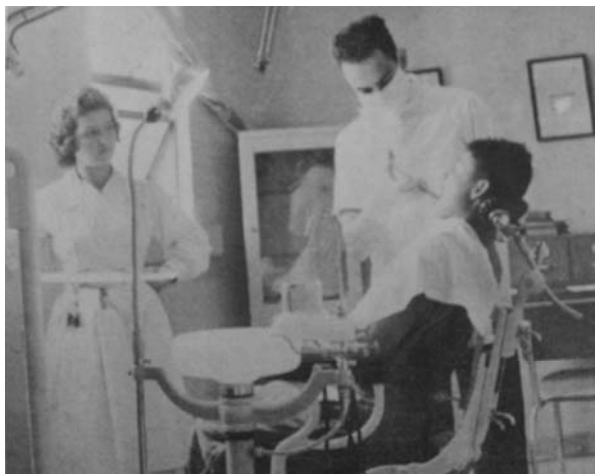
Fuente: FOTOGRAFÍA del Pabellón Francisco Gómez Pinzón existente en el actual Instituto Psiquiátrico San Camilo. Captura realizada por Eide Judith Escobar Sarmiento. Bucaramanga, 29 de septiembre de 2008. Formato: JPEG. Tamaño 2,32MB.

FOTOGRAFÍA 10: Servicio de Laboratorio de Rayos X en el Instituto Psiquiátrico San Camilo en 1955



Fuente: OTERO, Carlos. Archivo Fotográfico del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1953-1967. Bucaramanga, 2008.

FOTOGRAFÍA 11: Servicio de Dentistería en el Instituto Psiquiátrico San Camilo en 1955



Fuente: OTERO, Carlos. Archivo Fotográfico del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1953-1967. Bucaramanga, 2008.

FOTOGRAFÍA 12: Pabellón de Hombres “San Rafael” Instituto Psiquiátrico San Camilo en 1956.



Fuente: OTERO, Carlos. Archivo Fotográfico del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1953-1967. Bucaramanga, 2008.

El siguiente paso fue la inauguración, el 1 mayo de 1956, del Laboratorio clínico (ver fotografía 13), la construcción del cuarto frío y el inicio de la edificación del Almacén y Depósito, el Costurero y demás dependencias de la cocina⁴⁵. Los servicios que estuvieron a la disposición de todos los reclusos el 28 de mayo de 1956 atendieron los siguientes seis meses “486 enfermos mentales, 336 mujeres y 150 hombres”⁴⁶, lo cual indica que la institución recibió en promedio 2 enfermos diarios durante la época.

⁴⁵ IPSC, Boletín Informativo, op cit., p. 41.

⁴⁶ IPSC. Resoluciones. Bucaramanga, Hasta 22 de noviembre de 1956. Folio 37.

FOTOGRAFÍA 13: Servicio de Laboratorio Clínico del Instituto Psiquiátrico San Camilo en 1956



Fuente: OTERO, Carlos. Archivo Fotográfico del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1953-1967. Bucaramanga, 2008.

Este dato, indirectamente, sugiere que si se abrieron 800 historias clínicas en 1956, y los servicios cubrieron las necesidades de los internos, el número de ingreso de enfermos mentales al hospital no era tan distante del número de los enfermos mentales ambulatorios; es decir, que mientras habían 486 internos, por Consulta Externa⁴⁷ se atendieron 314, una cifra bastante amplia si se tiene en cuenta que el hospital tan solo llevaba 3 años de ser abierto al público, 2 años de tener personería jurídica y unos cuantos meses de abrir el Pabellón de Hombres.

De una u otra manera, la situación del Instituto fue amortiguada por el auxilio que enviaba el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud Pública por \$10.500⁴⁸. Este dinero aunque no cubría el valor total de los gastos si contribuyó a disminuir una deuda que con el tiempo aumentó y que para el año 1959 hizo necesaria la adopción del primer crédito que debía solucionar la crisis del Instituto⁴⁹. El sobrecupo de pacientes⁵⁰, las continuas construcciones y remodelaciones de los pabellones⁵¹, el servicio de pensionados en el que quedaban pendientes el pago de drogas y pensión⁵², fueron los motivos por los cuales el sector administrativo debió tomar cartas en el asunto viéndose en 1960 un evidente decaimiento en los ingresos de enfermos mentales por el “problema de hacinamiento” en el que se encontraba el Instituto.

La situación era difícil y se reflejó en la Atención que se prestó a los enfermos en la que ya no se daba abasto; por ello, el sector administrativo pensó en

⁴⁷ IPSC. Historia Clínica #0667 (0463). 1954. Folio 1.

⁴⁸ IPSC. Resoluciones de 1956, op cit., Folio 57.

⁴⁹ IPSC. Actas, Informes, Presupuesto, Adjudicaciones. Bucaramanga, 6 octubre de 1959 a 6 diciembre de 1965. En: Acta # 6 de 17 diciembre de 1959. Folio 17.

⁵⁰ IPSC. Resoluciones hasta 1956. Op cit., folio 49.

⁵¹ IPSC, Actas, Informes., op cit, folio 54.

⁵² Ibid., Folio 16.

suplir esa necesidad con la creación de dos dormitorios: uno para mujeres, con capacidad de 114 camas, servicios sanitarios y baños para los empleados (ver fotografía 14), y otro para hombres con capacidad de 50 camas, sanitarios y baños para empleados⁵³.

FOTOGRAFÍA 14: Dormitorio del pabellón de mujeres “Santa Isabel” del Instituto Psiquiátrico San Camilo en 1960.



Fuente: OTERO, Carlos. Archivo Fotográfico del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1953-1967. Bucaramanga, 2008.

En Colombia, la instalación y apropiación de San Camilo para contribuir a la Salud Mental de la población fue la opción más apropiada que respaldó una necesidad existente y oculta, contribuyendo al desarrollo no solo de la profesión médica (enfermeros, trabajadores sociales, psicoterapeutas, psiquiatras), sino a la articulación interna del paciente-médico, y externa del paciente-sociedad.

1.2 RELACIÓN MÉDICO- PACIENTE- INSTITUCIÓN

Ahora bien, entre el médico y el paciente la articulación la sustentó la enfermedad y con ella el tratamiento. La primera entendida bajo dos premisas: de tipo agudo que eran aquellos pacientes que se atendieron a través del servicio ambulatorio o intrahospitalario y en muchos casos con constante medicación; y de tipo crónico que eran aquellos pacientes que por el carácter de su enfermedad debían permanecer internos y en muchos casos permanentemente medicados.

Una persona afectada mentalmente presentaba un comportamiento indebido y/o agresivo con quienes estaban a su alrededor. La aplicación de medicamentos, muchas veces, estuvo limitada por la escasa colaboración de los enfermos mentales siendo necesario el uso de medios de contención como

⁵³ Ibid., En: Acta #103 de 5 agosto de 1960. Folio 62.

el uso de la celda⁵⁴, la atadura a las camas, la inmovilización de las extremidades⁵⁵, el uso de sedantes y hasta el encierro-aislamiento⁵⁶.

El estado mental “anormal” resultó ser una opción para quienes habían cometido algún delito o para quienes no gozaban de suficientes recursos económicos para vivir y tenían algún pariente enfermo o padecían alguna enfermedad mental ya que no solo en el establecimiento se les brindaba la atención pertinente sino que también se les daba alimentación y vivienda.

Si bien, cuando se fundó San Camilo la población enferma no era extensa⁵⁷, con los años se acrecentó el número de pacientes y las posibles causas de ingreso debido a que ocasionaban daños a la ciudadanía⁵⁸, sus actos gozaban de constante peligrosidad⁵⁹, provocaban escándalos, agredían a las personas⁶⁰, incrementaban el número de indigentes⁶¹, atentaban contra las maestras⁶², hacían escenas de exhibicionismo⁶³, violentaban a los niños⁶⁴, ingresaban a los almacenes por las vitrinas sin permiso⁶⁵, se suicidaban⁶⁶ y hasta tiraban piedras y agredían a los transeúntes⁶⁷.

Una primera manera de contrarrestar esta situación fue la del el internamiento de estas personas, posteriormente el cuidado y luego el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad que podía ser curada. El tema de la salud mental cada día era más reconocido y en la década de los 60 empezó a aportar una nueva forma de convivencia, asimilación, aceptación y profesionalización que se dio de manera lenta y progresiva pero con cimientos basados en la especialización en la Asistencia Médica.

Con la labor desempeñada en el Asilo Transitorio de Dementes la visión de control fue desplazada por la adopción de innovaciones científico-terapéuticas que tardaron varios años pero que los médicos santandereanos empezaron a aplicar al creciente y constante número de enfermos mentales. Esta transición progresiva permitió reconocer a los “locos” como seres humanos que debían ser cuidados y explorados para prestar un mejor servicio a la comunidad; sin embargo, no conformes con los adelantos adquiridos la preparación del cuerpo médico propició un nuevo panorama del enfermo mental, esta vez como

⁵⁴ IPSC. Historia Clínica #0353 (0131). 1953. Folio 2.

⁵⁵ IPSC. Historia Clínica #0125 (0679). 1955. Folio 2.

⁵⁶ IPSC. Historia Clínica #1296 (0795). 1956. Folio 1.

⁵⁷ Para el 1 de Agosto de 1953 se iniciaron labores con 37 enfermas provenientes del Asilo Transitorio para Dementes y el 28 de agosto del mismo año ingresaron 52 enfermas más provenientes del Asilo de las Locas de Bogotá. En: IPSC, Boletín Informativo, op cit. p. 40.

⁵⁸ IPSC. Historia Clínica #0583 (0497). 1955. Folio 2.

⁵⁹ IPSC. Historia Clínica #1173 (0106). 1956. Folio 2.

⁶⁰ IPSC. Historia Clínica #1812 (0200). 1956. Folio 2.

⁶¹ IPSC. Historia Clínica #0379 (1173). 1957. Folio 1.

⁶² IPSC. Historia Clínica #0767 (0721). 1958. Folio 1.

⁶³ IPSC. Historia Clínica #1214 (1642). 1959. Folio 2.

⁶⁴ IPSC. Historia Clínica #1013 (1437). 1960. Folio 2.

⁶⁵ IPSC. Historia Clínica #0123 (4382). 1964. Folio 1.

⁶⁶ IPSC. Historia Clínica #0882 (3642). 1965. Folio 2.

⁶⁷ IPSC. Historia Clínica #1026 (4881). 1967. Folio 2.

personas que además de ser atendidas debían ser tratadas y en la medida de lo posible reintegradas a la sociedad.

Desde la perspectiva del estructuralismo francés señalado por Michel Foucault, el “sistema de la transgresión” constituido a partir de unas líneas divisorias características de cada cultura tales como la prohibición del incesto, la delimitación de la locura o ciertas exclusiones religiosas indican una transgresión que además tuvo su forma propia de funcionamiento de acuerdo al contexto social (tiempo-espacio en el que se desarrolló). Este “sistema de la transgresión” coincidió con un poco de lo ilegal, de lo monstruoso, lo criminal, lo revolucionario y/o lo anormal permitiendo reflejar “su condición misma de posibilidad y de aparición histórica”⁶⁸.

Entre lo normal y lo patológico, la conciencia moderna delimitó lo desviado, lo irregular, lo poco razonable, lo ilícito y lo criminal, es decir, que todo lo que se percibió como extraño recibió el calificativo de exclusión cuando se había juzgado, y de inclusión cuando se trató de explicar, siendo ese límite donde estos aspectos encontraron una *justificación* y la apariencia de *fundamento*.

Lo desviado, lo criminal y lo poco razonable, al encontrarse entre lo normal y lo patológico, llama la atención en cuanto hizo presencia en la cultura bumanguesa de la segunda mitad del siglo XX a partir de la creación de “Casas de Salud” que pretendieron disipar esta característica de una porción de la población mediante la evolución de un sistema de salud que trató al Enfermo Mental, un personaje estereotipado por sus acciones y pensamientos y por la particular manera con que reveló a aquella sociedad su propio mundo, lo que sentía, pensaba y veía en lo que lo rodeaba.

El enfermo mental resulta ser eje principal en la concepción de la “locura” de la segunda mitad del siglo XX al convertirse en un ser matizado y rechazado (exclusión), por un comportamiento que no solo condujo al reconocimiento de la Enfermedad, sino a la profesionalización de los Médicos Psiquiatras como prioridad dentro del hospital (justificación y fundamento). Surge, entonces, la necesidad de establecer de qué manera se presentó esa exclusión y cuáles fueron las características y evolución de su justificación.

Aquella cultura que se enorgulleció y se reconoció por su arraigado fervor religioso y por el control que a través del tiempo esta institución mantuvo en sus habitantes, se caracterizó por la interiorización de modos de ser propios de la vida laica y en los que “la enfermedad mental”, cuando el Instituto Psiquiátrico San Camilo abrió sus puertas, no se concibió como un producto orgánico, psicológico o social sino como una respuesta divina, a lo cual solo restaba la aceptación, caridad, solidaridad y asimilación, mas no el tratamiento.

⁶⁸ FOUCAULT, La Vida de los Hombres Infames, op cit., p. 13.

Los distintos especialistas de la psiquiatría en el mundo⁶⁹ han establecido cada vez con más especificidad los rasgos característicos de las enfermedades mentales dejando huella no solo con sus escritos y descubrimientos científicos sino también con la creación de instituciones especializadas en el trato a personas con padecimientos de este tipo; es aquí donde se inicia el recorrido en pro de la salud mental de aquellos hombres rechazados, aislados, despreciados pero existentes en el Instituto Psiquiátrico San Camilo como receptor de la sociedad nororiental del país.

Las causas por las que una persona se enfermaba mentalmente eran diversas, sin embargo, sus características advirtieron un patrón de comportamiento particular en la época. Este patrón no solo indicaba una anomalía en el cotidiano desarrollo social sino la importancia de este patrón dentro de las políticas internacionales y nacionales imperantes. Así, se presentaron comportamientos en los que las personas hablaban “disparates”, caminaban sin rumbo, se desnudaban en cualquier lugar, perdían la memoria, en ocasiones eran eufóricas y en otras depresivas, en otros casos eran inapetentes, lloraban, se salían de las casas, cantaban, rompían la ropa, agredían físicamente a otras personas, permanecían insomnes, a veces hablaban mucho o callaban mucho; en otros casos no reaccionaban a ninguna serie de estímulos u otras a cualquier movimiento se alteraban, llegando a convertirse en una molestia tanto en el medio familiar como para la sociedad⁷⁰.

Muchas de estas personas, pasaron por alto sus anomalías al punto de acostumbrarse a ellas por largos años sin ser tratadas⁷¹, y muchas de ellas también despertaron un día con síntomas claros y específicos de alguna enfermedad mental⁷². Este tipo de comportamiento, tratado o no, sin duda iba en contra de los parámetros establecidos socialmente en situaciones específicas lo cual preparaba el terreno para un aislamiento y un rechazo familiar, social y económico al no ser personas aptas para desempeñarse laboralmente⁷³. Por esta razón fue fundamental la labor de los Frenocomios⁷⁴, Hospitales⁷⁵, Casas de Internamiento⁷⁶ y Asilos⁷⁷ que lo que hacían era controlar a aquellas personas que la sociedad misma se había encargado de discriminar.

⁶⁹ HERREROS, Gerardo y MAHIEU, Eduardo. Vidas y Obras. Historia de la Psiquiatría Philippe Pinel, Pierre Janet, Henri Ey, Valentín Magnan, Jules Séglas, Gaetan Gatian de Clerambault, Charles Lasègue, Antoine Bayle, Wilhelm Griesinger, Emil Kraepelin, Eugene Bleuler, Josef Breuer, Eugene Minkowski. [en línea] 2008 [fecha de ingreso 22 de febrero de 2008]; URL. Disponible en: <http://www.psicomundo.org/otros>

⁷⁰ IPSC. Historias Clínicas. Difuntos (0001-1891). 1953-1967.

⁷¹ IPSC. Historia Clínica #0190 (0256). 1954. Folio 1.

⁷² IPSC. Historia Clínica #0501 (0024). 1953. Folio 1.

⁷³ IPSC. Historia Clínica #0676 (0230). 1953. Folio 1.

⁷⁴ IPSC. Historia Clínica #1291 (0031). 1953. Folio 1.

⁷⁵ IPSC. Historia Clínica #0202 (0616). 1955. Folio 1.

⁷⁶ IPSC. Historia Clínica #1202 (0966). 1956. Folio 1.

⁷⁷ IPSC. Historia Clínica #0575 (0966). 1959. Folio 2.

La diferencia de estos establecimientos “era cuestión puramente de nombres. Se llamaba asilo de Locas en Bogotá, Asilo de Locos de Sibaté después se llamó frenocomios o manicomios... pero realmente rara vez han sido propiamente hospitales psiquiátricos..., lo que se hizo fue sacarlos [a los enfermos] del Asilo Transitorio [porque] se tenían muy reducidos, amarrados y encadenados”⁷⁸ para pasarlos a otras dependencias en mejores condiciones. Las funciones de estas entidades no solo contribuyeron a que la mentalidad de la sociedad apoyara un centro de internamiento propicio, sino que anticipadamente le delegaron la labor que la sociedad pretendía: asilar.

Los servicios de la institución se fortalecieron de acuerdo a las necesidades que en la sociedad se generaron, por ello recién abierto al público, el Instituto encaminó su atención hacia el internamiento y control de personas agresivas, miserables y desprotegidas⁷⁹. En esa transición del Instituto como entidad autónoma, tanto su cuerpo administrativo como el científico, velaron siempre por mantener la Salud Mental de los habitantes de la región a través del progreso de los servicios como lo fueron la compra de una camioneta⁸⁰ y el mejoramiento en la alimentación dentro de la institución. La primera, debido al incremento en el número de personas que solicitaban ayuda a la hora de internar a un enfermo mental, y la segunda porque contribuía al progreso de la salud de los enfermos mentales siendo esta “parte importantísima en el proceso de curación”⁸¹.

El enfermo mental, como agente principal de este proceso, era valorado en un primer momento por la familia, los vecinos o aquellas personas que en mayor medida observaron sus comportamientos frente a determinadas situaciones; en este sentido eran ellos quienes asignaban calificativos o distinguían ciertos matices en el desenvolvimiento de las personas. Al estudiar el comportamiento de una persona, desde una perspectiva médica, las diferencias son amplias, aún dentro de las enfermedades mentales, por eso la importancia de establecer las causas y sintomatologías de los enfermos mentales ya que determinados comportamientos podían definir una enfermedad y diferenciarla de otras. Fue así como casas de internamiento, asilos e institutos tomaron la responsabilidad de recoger, controlar, conocer, cuidar y tratar a estas personas de una manera más adecuada.

El proceso para tratar enfermos mentales fue progresivo, y con la creación de San Camilo, aunque la tecnología y la especialización profesional (psiquiatras), no eran características notables, permitió la organización de pautas de funcionamiento claras y acordes al proceso médico general que mediante el ingreso del enfermo mental a la institución y su registro en una Historia Clínica se hizo efectivo para establecer diagnósticos y tratamientos específicos. De los 1981 enfermos mentales (difuntos), internados en el Instituto Psiquiátrico San

⁷⁸ ENTREVISTA a Roberto Serpa Flórez, op cit., p. 3.

⁷⁹ IPSC. Historia Clínica #0640 (2484). 1961. Folio 1.

⁸⁰ IPSC. Archivador de Copias de Notas Enviadas por la H. J. Bucaramanga, 14 enero de 1953 a 26 enero de 1954. En: Carta de 23 de marzo de 1954. Folio 11.

⁸¹ Ibid., En: Carta 11 de mayo de 1954. Folio 12.

Camilo desde 1953 hasta 1967, el 53.85% correspondía a las mujeres y un 46.14% a los hombres, quienes en su mayoría permanecieron el Instituto hasta el día de su muerte.

La superioridad numérica de las mujeres durante la primera etapa de la institución estuvo dada principalmente por herencia de los antiguos asilos de principio de siglo, los cuales establecidos en Bogotá, fueron realmente los que iniciaron su labor con la atención a mujeres y posteriormente a hombres y niños. Los demás centros que prestaron alguna atención psiquiátrica en el país tomaron como ejemplo esta situación siendo las primeras enfermas crónicas del Instituto Psiquiátrico San Camilo féminas, generándose experiencia en el manejo de este sexo y en consecuencia reglamentándose a la Comunidad Religiosa de las Reverendas Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, el cuidado de 37 enfermas provenientes del Asilo Transitorio de Dementes y posteriormente 52 enfermas más (ver fotografía 15), provenientes del Asilo de las Locas de Bogotá⁸².

FOTOGRAFÍA 15: Grupo de Enfermas del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1956.



FUENTE: IPSC. Boletín Informativo. Bucaramanga 1956.

Esta comunidad inició labores el 18 de enero de 1953⁸³ gracias a la tradición religiosa y caritativa nacional por destinar el cuidado de los más necesitados a estas comunidades. Al principio, cuidaban de los enfermos de manera temporal ya que no había instalaciones apropiadas para su hospedaje; por lo tanto, en el día, cuidaban los enfermos y caída la tarde regresaban a su morada cercana al instituto. A partir de agosto del mismo año, se destinó una clausura provisional dentro de la institución para su uso. En 1954, la Administración de la institución estuvo a cargo del grupo de religiosas⁸⁴ (ver figura 1), quienes debían velar por el cuidado y corrección de las enfermas, repartir labores y mantener el orden, ya que eran parte vital en el proceso de recuperación de los enfermos⁸⁵. A través de los años, esta comunidad fue intermediaria a la hora de incorporar a

⁸² IPSC, Boletín Informativo, op cit. p. 40.

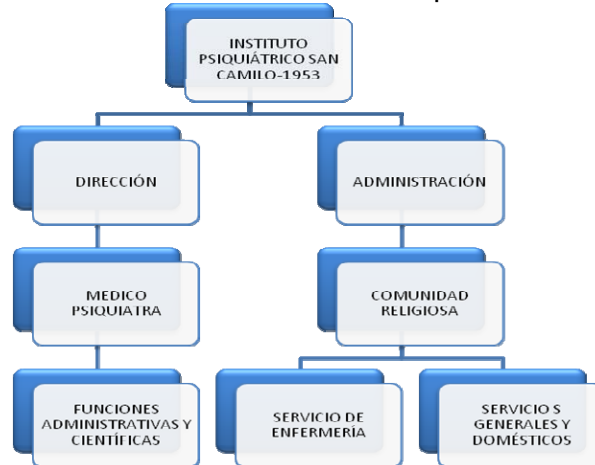
⁸³ IPSC, Boletín Informativo, op cit., p. 16.

⁸⁴ IPSC, Resoluciones 1956, op cit., folio 2.

⁸⁵ IPSC. Actas, Informes, op cit., En: Acta #177 de 4 junio de 1965. Folio 284.

San Camilo varias hermanas desde España en donde era la sede principal⁸⁶. De la misma manera, consolidó una buena labor de beneficencia e imagen que la Junta del Instituto agradeció y solicitó su continuación⁸⁷.

FIGURA 1: Organización Interna del Instituto Psiquiátrico San Camilo-1953.



Fuente: IPSC. Resoluciones. Bucaramanga, 8 de noviembre de 1956 hasta 16 diciembre 57. 84 Folios.

Esta comunidad a pesar de que gozó de una buena posición dentro de la Institución, sufrió agravios que los enfermos provocaron agrediendo físicamente y verbalmente; dichos agravios no se desconocieron y fueron atendidos por la rama administrativa de la época⁸⁸. Así mismo, la importancia de la Comunidad se sustentó en el papel que jugaron durante todo el periodo estudiado, como forjadoras de bienestar no solo dentro del grupo de enfermos sino dentro del grupo de empleados a quienes organizaban constantes retiros espirituales⁸⁹. El pago por la atención prestada era de \$250 mensuales a la Madre superiora, \$170 mensuales a las dos hermanas que le seguían en rango y \$150 mensuales a las otras hermanas⁹⁰. Posteriormente, se delegó a esta comunidad la función de atender la Farmacia (ver fotografía 16), y encargarse del servicio de Hombres en donde ellas tomaban su alimentación⁹¹.

⁸⁶ IPSC. Resoluciones de 1956., op cit., folio 2.

⁸⁷ Ibid., En: Carta de 29 de mayo de 1956. Folio 41.

⁸⁸ IPSC. Actas, Informes, op cit., En: Acta #104 de 10 de octubre de 1960. Folio 64.

⁸⁹ Ibid., En: Acta #108 de 28 de noviembre de 1960. Folio 75.

⁹⁰ Ibid., En: Acta #114 de 14 de febrero de 1961. Folio 85.

⁹¹ Ibid., En: Acta #132 de 16 mayo de 1962. Folio 136.

FOTOGRAFÍA 16: Servicio de Farmacia del Instituto Psiquiátrico San Camilo a cargo de la Comunidad Religiosa en 1961



Fuente: OTERO, Carlos. Archivo Fotográfico del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1953-1967. Bucaramanga, 2008.

Otra importante razón fue que en cualquier circunstancia de peligro, socialmente se debían salvar primero a las mujeres y niños a razón de que eran ellos quienes generan un futuro más prolongado de la especie, y porque la concepción religiosa de la época y la región se opuso al uso de los métodos anticonceptivos provocando la procreación de mas enfermos mentales como consecuencia de los abusos a las enfermas ya fuese por parte de los mismos enfermos o por parte de la población externa al instituto⁹². Estas mujeres, ya embarazadas, también aportaron un considerable número de enfermos al Instituto puesto que en su estado fue común hablar de altas fiebres en los post-partos que conducían a inevitables y marcados delirios y en consecuencia risas inmotivadas, habla infantil, agresividad, lenguaje incoherente, delirios paranoides, alucinaciones, pérdida del juicio, pérdida de la movilidad y rigidez del cuerpo, entre otros síntomas⁹³.

Durante los cinco primeros años de servicio de San Camilo, el mayor número de ingresos de la población estudiada estuvo protagonizado por mujeres; sin embargo, esto fue cambiando con el tiempo, y partir de 1962 la mayor cantidad de ingresos estuvo a cargo de los hombres. La atención brindada, en primera lugar a las mujeres, no fue un objetivo únicamente del Hospital Psiquiátrico San Camilo sino una trayectoria que, a partir de los registros, se ha demostrado con las primeras enfermas atendidas en el “Asilo de las Locas de Bogotá”⁹⁴ como se mencionó anteriormente. El cuidado y tratamiento de mujeres con enfermedades mentales puede ser entendido si se tiene en cuenta la situación que presentaba el Asilo de las Locas de Bogotá, el cual, desde 1920, empezó a decaer a razón de que los médicos resultaron ser insuficientes a la hora de

⁹² ENTREVISTA a Carlos Alberto Otero Orjuela. Médico-Psiquiatra. Consulta Externa de la Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo Bucaramanga, 07 de octubre de 2008.

⁹³ IPSC. Historia Clínica #0195 (0256). 1955. Folio 1.

⁹⁴ IPSC. Historia Clínica #0243 (0088). 1953. Folio 1.

atender a tantas enfermas y la planta física resultó inadecuada por espacio y estructura, generándose allí un hacinamiento que hablaba por sí solo⁹⁵.

En consecuencia, el primer paso que se dio con la creación del Hospital Psiquiátrico San Camilo fue la atención a mujeres provenientes del Asilo Transitorio y del Asilo de las Locas, quienes permitieron el fortalecimiento de un proceso de cambio progresivo no solo a nivel médico-científico sino social y económico. Posteriormente, se pensó en la más adecuada forma de completar el proceso de atención médica que debía atravesar el enfermo mental en el hospital con el tratamiento a hombres, inspirado en la labor del Hospital de Varones de Beneficencia de Cundinamarca. El proceso de ingreso de un enfermo mental al Instituto requirió la creación de una ficha médica que contuviera el estado de salud y las características de éste, por ello la Historia Clínica retomó los datos más específicos y necesarios sobre el estado del enfermo mental que debían conducir al establecimiento del método de control, luego de la enfermedad precisa y, finalmente, del tratamiento adecuado.

1.3 REGISTRO CLÍNICO DEL ENFERMO MENTAL

El proceso de creación de una Historia Clínica llevado a cabo por médicos y enfermeras de la época, conectó al “enfermo mental” con la “enfermedad” y al mismo tiempo resaltó la labor del médico como autoridad exigiendo una diagnosticación clara y específica de “la enfermedad mental”.

Al establecerse el papel del enfermo mental y las características de una posible enfermedad se consideraron tres niveles asistenciales distintos:

1. Aquellos que no presentaron problemas de diagnósticos ni tratamiento y que una vez ajustado éste, pudieron ser controlados periódicamente por Consulta Externa (**ambulatorios**).
2. Los que para un estudio requirieron un ingreso en un servicio por un periodo de un mes (**agudos**) y que por las características de su afección precisaron técnicas diagnósticas más complejas o que para su tratamiento requirieron el ingreso a corto o medio plazo.
3. Los que necesitaron internamientos prolongados o indefinidos en el Instituto Psiquiátrico (**crónicos**). En estos últimos se centra la atención de la presente investigación, ya que en muchos casos eran personas que debían permanecer aislados de la sociedad por tiempo indefinido y por lo tanto debían ser sometidos mediante el tratamiento médico a la inclusión social.

Durante el periodo manejado en esta propuesta, se dio una modificación en la Historia Clínica en tres ocasiones, durante 1953, 1957 y 1962, incluyéndose paulatinamente algunos datos en ella.

⁹⁵ ROSSELLI. Op cit., p. 436.

A partir de la fundación del Instituto Psiquiátrico San Camilo y con el uso de la ficha médica personalizada, se observa una Historia Clínica general en la que se registró una atención médica global a los enfermos mentales como consecuencia de la falta de auditores médicos que exigieran una atención más propicia e idónea. Si bien los médicos realizaron los controles permanentes, la omisión en el registro de los datos y el registro de algunos de estos por personas diferentes a los médicos, confirma lo anteriormente dicho. Otra característica relevante en cuanto a la inscripción de datos induce a pensar que en la época la enfermedad mental poco tenía que ver con el estado físico de una persona viéndose la causa de la enfermedad mental como una descompensación en el cerebro únicamente (ver anexo 1).

Entre 1957 y 1962 el nuevo formato de Historia Clínica presentó la importancia que para los médicos de la época tuvo la evolución de una enfermedad que no era continua sino intermitente, y en la que la ocasional estabilidad mental de los enfermos les brindaba la posibilidad de tener salidas, ya fuese para reencontrarse con su familia y con el medio o para adquirir un nuevo empleo que les proporcionara mejores condiciones de vida. Además, durante este periodo fue notoria la explicación científica por parte del cuerpo médico al emplear en los enfermos de la época la distinción, realizada por el alemán Kretschmer, del “biotipo pícnico”, distinción frecuente de personalidades depresivas endógenas que hicieron referencia a una morfología corporal particular. Al mismo tiempo, con el aumento en datos tales como el lugar de nacimiento, acudientes, datos personales, características del sistema musculoesquelético y características de la piel se intensificó el examen físico de los enfermos (ver Anexo 2).

De 1962 a 1967 se observa un formato de Historia Clínica en el que es claro el aumento en la inscripción de datos como la profesión, los datos biográficos, la enfermedad actual del paciente, el peso y la talla, otros exámenes físicos y la inclusión de nuevos exámenes de laboratorio. Esto sin duda sustenta la importancia que ejerció el paciente en cuanto al detalle e intensificación de datos personales y características físicas, así como el uso de diferentes soportes médicos que argumentaban la enfermedad y el procedimiento médico correcto. De la misma manera el hecho de incluir en estas Historias la profesión de los enfermos antes de ingresar a San Camilo, posiblemente enciende las alarmas del inicio de la Salud Ocupacional, los Riesgos Profesionales y el papel que con respecto a esto pudo tener el Instituto Colombiano de Seguros Sociales en la región (ver anexos 3 y 4).

Anotar todos los datos correspondientes en la Historia Clínica u omitir algunos de estos conducía, en uno u otro caso, a que el proceso fuera casi siempre el mismo: se verificaba que cada enfermo mental llevara el certificado respectivo de médicos legistas⁹⁶ en donde debía aparecer la situación mental de la persona, en su defecto, debían presentar la remisión de Consulta Externa; luego se abría una historia clínica y se registraban datos personales como:

⁹⁶ IPSC. Historia Clínica #1387 (0278). 1954. Folio 2.

nombres, apellidos, lugar de nacimiento, edad, procedencia, parentesco con las personas que lo o la llevan en caso de que las hubiese, antecedentes familiares, antecedentes personales y causas que hacían pensar que lo que sufría era una enfermedad mental. Un proceso general en el campo médico. En seguida, se realizaba el examen somático que generalmente se hacía el mismo día de ingreso del enfermo mental y cuando ello no era posible se tardaba entre dos⁹⁷ y cuatro días⁹⁸ dependiendo del estado del enfermo. En otros casos la permanencia del enfermo en la institución fue tan corta que no se les alcanzó a practicar este examen debido al deplorable estado orgánico y la intensidad de la crisis con las que llegaban los enfermos al Instituto⁹⁹.

Estos datos aunque parecían no tener mucha importancia en un principio, años después se incluyeron en la Historia Clínica y permitieron hacer la inferencia de que dicha innovación se produjo por un posible cambio a nivel médico en donde la especificidad de la mayor cantidad de datos sobre el enfermo mental beneficiaría la atención médica y en consecuencia los procesos posteriores.

Además, la importancia de este examen se inscribió en que de allí se podían reconocer las causas directas de la enfermedad, ya que si eran de tipo biológico la responsabilidad recaía en el padecimiento de enfermedades hereditarias tales como arteriosclerosis, crisis epilépticas, difteria y tuberculosis, en alteraciones genéticas como el cáncer, entre otras; o si las causas eran lesiones cerebrales, la sintomatología contenía constantes y altas fiebres; y/o si habían sido de tipo psicológico la patología podía revelar trastornos infantiles o duelos patológicos sin afrontar.

En el caso de las primeras pacientes ingresadas en el Instituto, este examen tardó aproximadamente seis meses¹⁰⁰. Tardanza que pudo estar dada por varias razones:

1. Cuando empezó a laborar el Hospital las bases de la institución hasta ahora se estaban formando, por lo tanto la prioridad era el funcionamiento de la parte administrativa y religiosa.
2. El tema de la Psiquiatría en Colombia apenas empezaba a ser reconocido en Bucaramanga.
3. En el hospital del nororiente colombiano solamente había un Psiquiatra profesional, el Dr. Ángel Octavio Villar, quien fue seguido por las buenas intenciones de los médicos generales.
4. El proceso de la psiquiatría en el nororiente de Colombia fue progresivo y retomó los legados más importantes de los franceses, los alemanes y de los norteamericanos; es decir, el manejo de las Enfermedades Mentales en esta región del país implicó establecer ciertos parámetros no sólo en la elaboración de las historias clínicas de los enfermos mentales sino también en el proceder médico.

⁹⁷ IPSC. Historia Clínica #1400 (0005). 1953. Folio 1.

⁹⁸ IPSC. Historia Clínica #1494 (1956). 1956. Folio 1.

⁹⁹ IPSC. Historia Clínica #1554 (0026). 1953. Folio 1.

¹⁰⁰ IPSC. Historia Clínica #1290 (0037). 1953. Folio 1.

5. Es posible pensar que como las primeras pacientes fueron remitidas de antiguos y reconocidos frenocomios su diagnóstico ya estaba establecido y la labor restante solo se sustentaba en su encierro como seres pecadores y sin cura.

Así mismo en el instituto también se le dio un espacio a aquellas personas características de las poblaciones colombianas, aquellos a quienes “los niños en la calle hacen entrar en ira”¹⁰¹, los oligofrénicos o bobos del pueblo¹⁰², que internados en días de fiestas eran recogidos en el perímetro urbano por agentes de policía. En este sentido enero, octubre, febrero y agosto, fueron los meses más consecuentes con la labor de los policías de la época y el internamiento de estos enfermos mentales provenientes de las distintas regiones del nororiente de Colombia.

Establecidos los parámetros de ingreso de los enfermos mentales a San Camilo, los síntomas fueron la fuente principal que permitió desarrollar el modelo de atención a cada uno de ellos. Estos síntomas fueron tan variados como la misma clasificación de las enfermedades mentales, de allí la importancia de identificar las situaciones más frecuentes en los enfermos mentales.

Gran parte de estos enfermos, llegaron a San Camilo en distintas situaciones: unos conducidos por la policía¹⁰³, otros eran engañados por sus familiares¹⁰⁴ y en otros casos no fueron conscientes de la situación internándose en San Camilo gracias a la labor de los alcaldes¹⁰⁵, párrocos o monjas¹⁰⁶, personas caritativas¹⁰⁷ y médicos de los distintos pueblos de la región nororiental del país¹⁰⁸.

A través de los testimonios de los pacientes y los de sus respectivos familiares registrados en las historias clínicas, se pueden establecer que las causas y sintomatologías que ellos concebían de las enfermedades mentales no estaban muy desfasadas de lo que los médicos advertían realmente, pero indudablemente si tenían sus diferencias que en el caso médico eran más profundas y científicas. Según los médicos las causas de las enfermedades variaban en antecedentes de 3 días¹⁰⁹ hasta periodos de 45 años¹¹⁰, es decir, que eran enfermedades que se venían presentando desde años atrás.

Los síntomas de algunas de estas enfermedades iniciaron con fuertes dolores de cabeza, hablando disparates, durmiendo poco, comiendo mal, teniendo

¹⁰¹ IPSC. Historia Clínica #1060 (0307). 1956. Folio 1.

¹⁰² IPSC. Historia Clínica #0575 (0966). 1959. Folio 2.

¹⁰³ IPSC. Historia Clínica #1464 (0224). 1953. Folio 2.

¹⁰⁴ IPSC. Historia Clínica #0223 (0735). 1956. Folio 2.

¹⁰⁵ IPSC. Historia Clínica #0181 (0206). 1953. Folio 2.

¹⁰⁶ IPSC. Historia Clínica #0176 (0158). 1953. Folio 2.

¹⁰⁷ IPSC. Historia Clínica #0117 (0117). 1955. Folio 2.

¹⁰⁸ IPSC. Historia Clínica #1101 (0866). 1956. Folio 1.

¹⁰⁹ IPSC. Historia Clínica #1453 (1113). 1957. Folio 1.

¹¹⁰ IPSC. Historia Clínica #1328 (1506). 1958. Folio 1.

ideas delirantes; en algunos casos presentando inquietud, agresividad, atacando a los mismos familiares, no hablaban o hablaban mucho y solos, presentaban fiebres, gritaban, mordían, bailaban, cantaban, alucinaban; otros presentaban enfermedades orgánicas como apoplejía, hidrocefalia, esclerosis múltiple; otros tenían bruscos cambios de humor, rompían la ropa, se salían de la casa, eran negativos, lloraban constantemente, temían que les hicieran daño, reían sin motivo, sufrían pérdida de la memoria, se desnudaban, maldecían; algunos de ellos tomaban mucho guarapo o aguardiente, no controlaban sus esfínteres y en muchos casos sus síntomas no les permitían trabajar¹¹¹. Basados en esas actitudes y comportamientos, los enfermos mentales eran conducidos al Instituto Psiquiátrico. Tan pronto como era posible, allí se les tomaban estos datos que hicieron parte de la Historia Clínica.

El proceso se iniciaba con la fecha en que se abría la Historia Clínica, luego el nombre y los apellidos y posteriormente el proceso regular. Dentro de este proceso una gran parte de la población no presentó datos de lugar de nacimiento por la estructura de la ficha clínica modificada en 3 ocasiones, sin embargo, a partir de 1960 se inscribieron constantemente estos datos. Hay registro del lugar de nacimiento de enfermas ingresadas en diferentes años debido a que su permanente asistencia al hospital permitió, años después, completar los datos de la historia clínica. Fue así como pacientes ingresadas en 1953 con varios espacios en blanco reingresaron en 1961 y completaron los datos inexistentes en la primera fecha¹¹².

El lugar de nacimiento de la mayor parte de los enfermos mentales es desconocida (62.85%), ante la ausencia de datos en las 1981 historias utilizadas como muestra de análisis. De las 736 historias conocidas, el 26.57%, eran oriundos del Departamento de Santander, de Norte de Santander un 5.01%, de Boyacá 1.43% y 0.32% de la población afectada provenía del Cesar. Los departamentos de Antioquia, Atlántico, Bolívar, Cundinamarca, Caldas, Guajira, Magdalena, Sucre y Tolima representan un 3.43% de la población, de la misma manera se identificaron casos aislados de extranjeros (0.40%) nacidos en Perú y Venezuela.

La procedencia de los enfermos mentales con historias clínicas completas (37,15%) está asociada en 88.23% con la región Nororiental del país. El 6.52% no registró datos. De los departamentos de Atlántico, Bolívar, Caquetá, Cundinamarca, Guainía, Guajira, Magdalena, Sucre y Tolima provenía un 5.02% de la población enferma y del extranjero (Venezuela) 0.23%. Dentro de la región nororiental, la mayor incidencia de enfermos mentales provinieron de poblaciones aledañas al hospital como eran Bucaramanga (28.88%), San Gil (4.77%), Socorro (3.98%), Piedecuesta (3.10%), Barrancabermeja (2.78%), Rionegro (2.31%), Girón (1.59%), Bolívar con 1.51%, San Vicente con 1.51% y Vélez con 1.51%, Lebrija con 1.43% y Floridablanca con 1.43%, Málaga con 1.35% y Mogotes con 1.35%, entre otras muchas poblaciones que suman el 30.73% de las cuales provinieron los enfermos mentales de San Camilo.

¹¹¹ IPSC. Historia Clínica #0787 (0705). 1958. Folio 2.

¹¹² IPSC. Historia Clínica #1291 (0031). 1953. Folio 1.

A partir de dicha muestra, con la información de las Historias Clínicas completas la Procedencia de estas personas insinúa un agrupamiento de los enfermos mentales precisamente en Bucaramanga centro de atención y tratamiento de dichos padecimientos, lo cual verifica la importancia de la institución en el nororiente de Colombia, ya fuera por los servicios que prestaba (rayos x, servicio de pensionados...), por ser el único establecimiento dedicado al tratamiento de las enfermedades mentales y que además era público, y/o por la calidad de su asistencia a enfermos mentales. En casos aislados, como pacientes provenientes de Atlántico, Guanía y Guajira, se puede inferir que su llegada se propició como consecuencia de las relaciones establecidas con los médicos del Hospital así como la reconocida labor que desde su origen fue suscitando la institución a nivel nacional.

La edad de los enfermos mentales fue en promedio de 35 años, manejándose límites entre 90¹¹³ y 3 años¹¹⁴; ello generó una nueva visión de las enfermedades ya que como anteriormente no se trataba a los niños este nuevo contacto con ellos no solo planteó la idea de fijar los ojos en la evolución de estas enfermedades, a partir del desarrollo genético del enfermo, sino que también inició una innovación médica y una adecuación terapéutica por lo menos en la región.

Las enfermedades mentales tratadas en San Camilo fueron diversas y a pesar de ello en el hospital se encargaron de prestar una atención lo más acorde posible, no solo para la enfermedad como tal, sino para un enfermo mental que podía padecerla a cualquier edad corriendo el riesgo de empeorar su situación y buscando el conocimiento para manejar los diferentes estados de salud. Con esta información se puede observar que el aumento de enfermos mentales fue correspondiente a personas con edades avanzadas, por lo tanto se afirma la labor de Asilo con que fue abierta y reconocida la institución y la cual inicio con el pabellón para pensionados¹¹⁵, pero sin desconocer el continuo trabajo por parte de los médicos para establecer diagnósticos y tratamientos de cualquier enfermedad mental en cualquier edad.

A pesar de la importancia que se les dio a los enfermos mentales mayores, también se dio ingreso a personas de todas las edades y el trato directo con los ellos planteó la necesidad de contribuir y mejorar la salud de los jóvenes y los niños quienes también fueron propensos a desarrollar estos males. Así, a medida que se trataban las enfermedades mentales en las distintas etapas de la vida, también se fueron adquiriendo instalaciones, tecnología y personal adecuado para brindar una mejor atención al enfermo mental que en cada etapa de San Camilo fue en aumento por lo menos con los enfermos mentales crónicos, quienes a partir de 1963 empezaron a tener un lugar muy importante dentro de la institución.

¹¹³ IPSC. Historia Clínica #1301 (1210). 1957. Folio 1.

¹¹⁴ IPSC. Historia Clínica #0776 (1006). 1959. Folio 1.

¹¹⁵ IPSC, Boletín Informativo, op. cit., p. 25.

La cantidad de enfermos mentales internos se incrementó y ello en el caso de la esquizofrenia confirmó las características que médicos extranjeros habían planteado años atrás. Este aumento de enfermos mentales esquizofrénicos mostró una realidad latente, esta enfermedad se podía presentar en cualquier etapa de la vida de una persona predominando la edad juvenil y atacándolos en la mejor etapa de su vida, interrumpiendo no solo un proceso económico específico de supervivencia, como se mostrara más adelante, sino un proceso social de convivencia. Fue una época estricta en la que socialmente se exigían comportamientos claros con respecto a tendencias religiosas, políticas e ideológicas, por ello el estado civil de un enfermo mental delató en un 46.06% una población soltera, un 23.71% eran casados, en un 16.47% no hay datos, en un 7.48% eran viudos y en un 5.97% menores; de la misma manera se presentaron casos aislados en los que el estado civil era “religioso” con un 0.16%¹¹⁶ y “separada” con un 0.08%¹¹⁷.

Las características de procedencia, edad y estado civil de los enfermos fue variado y, así como lo fueron los factores que contribuyeron a desarrollar su enfermedad, por eso debe haber claridad en ciertos datos como la patología, el examen físico, el examen psicológico, los antecedentes y el entorno en el que se desarrollaron los enfermos mentales, y aún así cabe la posibilidad de que la enfermedad se desarrollara de manera diferente en cada ser humano; en este caso gran parte de los enfermos mentales solteros no tenían un adecuado desarrollo personal ni unas buenas relaciones sociales y al convertirse las enfermedades mentales en aquellos aspectos que los pacientes más consentían, la prioridad eran ellos mismos, sus deseos, sus anhelos y/o sus ilusiones.

De todas maneras, no se debe descartar otra situación: si bien, las enfermedades mentales no diferenciaban edad, sexo o profesión, en el caso de las lesiones orgánicas o resultados genéticos positivos, el padecimiento de un enfermo mental no solo estaba latente desde el nacimiento o con más probabilidad de ser explotado en cualquier momento, sino que en muchas ocasiones era incurable, a lo cual se indicaba que se tenía que aprender a vivir con una enfermedad de éstas o con una persona que la estuviese desarrollado¹¹⁸.

En el caso de las personas casadas no hay que desconocer que el ambiente familiar de la época pudo afectar su estabilidad emocional. Del grupo estudiado hubo un gran porcentaje de ausencia de datos (87.75%) pero, a pesar de ello, de quienes hubo este registro se habló en su mayoría de familias nucleares, numerosas y continuas, que vivían en casas o en ranchos precisos para toda la familia (5.01%), un 3.34% fueron personas que tuvieron gran afinidad con el consumo de guarapo antes de ingresar a San Camilo y durante su vida después de haber asistido allá, un 1.59% de esa población demostró su extrema pobreza, un 1.11% eran mujeres embarazadas y que transmitían su

¹¹⁶ IPSC. Historia Clínica #0426 (1617). 1960. Folio 1, y #0796 (3269). 1964. Folio 1.

¹¹⁷ IPSC. Historia Clínica #0334 (5377). 1966. Folio 1.

¹¹⁸ IPSC. Historia Clínica #0243 (0088). 1953. Folio 1.

enfermedad mental al bebé en gestación, el 0.95% de ellos eran huérfanos, el 0.56% dieron como punto de inicio de la enfermedad mental la llegada de la menarquía, y el 0.16% de la población según los médicos presentaron un bajo nivel de cultura. En el caso de los menores se puede pensar en afecciones principalmente orgánicas y en otros casos la influencia de familiares con trastornos ya acentuados que convivían con los pacientes¹¹⁹.

Las personas viudas contemplaron su enfermedad no solo a partir de sus padecimientos físicos y patológicos, sino que también incluyeron el factor psicológico en donde algunas de estas afecciones fueron provocadas por el inadecuado o nulo afrontamiento de situaciones¹²⁰ que en este caso se demostraron con las muertes de los seres queridos o cercanos. Se habla entonces de mujeres solteras, casadas o viudas con alto grado de analfabetismo, dedicadas principalmente a sus oficios, en muchas ocasiones con hijos y embarazadas, sin el más mínimo cuidado preventivo en los post-partos, en gran medida influidas por una sociedad que les limitaba sus capacidades y las volvía sumisas ante el poder y la autoridad del hombre, un medio social popular en donde las enfermedades mentales no eran padecimientos que se pudieran remediar, en donde los avances científicos aun no eran conocidos por la gente del común y el cuerpo médico de San Camilo hasta ahora se estaba apropiando del conocimiento imperante en la época.

La ausencia en el registro de datos, como el grado de escolaridad en las historias clínicas, representó un 88.94%, una gran mayoría, sin embargo, datos registrados en otras historias clínicas muestran un analfabetismo de 6.21% y un alfabetismo de 4.85% siendo la falta de educación un factor importante a la hora de confirmar que algunas de las personas del campo y algunas otras que asistían primordialmente a San Camilo no tenían los recursos suficientes para gozar de una vida acomodada. Gente joven, salida de los pueblos y veredas, analfabetas en gran parte, solitarios y que además debían sobrevivir como pudieran representaron una variedad de profesiones en las que se tuvieron que desempeñar a lo largo de vida cuando la enfermedad lo permitía.

El gran vacío de información que se presenta en el caso de las profesiones de quienes fueron internados en San Camilo es amplio, y en ese caso la ausencia de datos representa un 89.58% de la población estudiada, sin embargo, no se puede desconocer el registro de profesiones como la agricultura que representó un 3.90% y la práctica de Oficios Domésticos que constituyó un 1.99%. Un 1.11% eran cesantes, al Hogar se dedicaba el 0.64% de esta población, un 0.40% eran obreros, un 0.32% eran estudiantes, jornaleros, mecánicos era un 0.48% de la población, un 0.48% eran zapateros, comerciantes y braceros, un 1.04% trabajaban como: albañiles, camioneros, ebanistas, electricistas, hacendados, hiladores, choferes, farmaceutas, mendigos, pintores, enfermeras, sismografistas y vendedores.

¹¹⁹ IPSC. Historia Clínica #0207 (0622). 1955. Folio 1.

¹²⁰ IPSC. Historia Clínica #0185 (0719). 1956. Folio 1.

Estos valores indican que si la población usuaria de los servicios del Hospital se movía en estos niveles de profesiones y registraba datos característicos de su entorno y forma de vida como los mencionados en párrafos anteriores, es posible que esta población fuese de estratos bajos en su mayoría, que la atención del Hospital se centrara en personas de bajos recursos económicos, y que las personas afectadas fueran aquellas que por su analfabetismo, por su desarrollo en el entorno (provenientes del campo, de las veredas), y deficientes perspectivas de cambio fueran más fácilmente receptoras de trastornos psicológicos y psiquiátricos y en otros casos que despertaran una enfermedad que podía estar latente desde años atrás, desembocando en la agudización de una determinada enfermedad mental. Como se puede observar el mayor porcentaje no indica la situación laboral o profesional de las pacientes, en parte por la estructura de la ficha clínica.

El hecho de que las personas jóvenes sufrieran determinadas enfermedades mentales interrumpió un proceso económico específico, ya fuera en los Oficios Domésticos o en la Agricultura principalmente, lo cual se reconoce a través del proceso que desde la segunda mitad del siglo XX ha sufrido la familia nuclear colombiana y la variabilidad con la que cada año se presentan las funciones y permanencia del sector agrícola en el país.

Todo esto se convirtió en un ciclo, si la persona no trabajaba no tenía como sostenerse, como responderle a su familia y cómo pagar impuestos; estos impuestos unidos a los de los demás colombianos se pagaban con el fin de que el Estado pudiera “repartir” de manera adecuada los recursos para suplir las necesidades de cada Departamento. Dentro de esas necesidades, la Salud ocupó un lugar muy importante y en el nororiente de Colombia, la asistencia médica en pro de una Salud Mental, especialmente, empezó a llamar la atención de médicos, políticos y medios de comunicación que, en consecuencia, provocaron la estructuración de una normatividad pertinente. Esa importancia de fomentar la Salud Pública y con ella la Salud Mental fue la base para la creación de un Hospital Psiquiátrico público el cual idealizó cubrir las necesidades de la población que a él acudiera.

Sin embargo, este ideal se vio interrumpido un par de años después, debido a una serie de factores que afectaron los recursos para su sostenimiento y la continuación de la asistencia masiva de pacientes al Instituto, tales como el incumplimiento en el pago de pensiones de enfermos de otras ciudades y enfermos de caridad, el incumplimiento en el pago de los auxilios del gobierno, los altos costos en los alimentos de la canasta familiar y la inadecuada infraestructura de la institución para el creciente número de enfermos. El enfermo mental pudo llegar a serlo por muchos factores entrelazados, por ello la necesidad de los médicos en dejar registro de las situaciones más condenatorias que a los ojos de los demás los conducía directo al hospital, en donde debían ser lo más claras y concisas posible para así controlarlos.

En general, la caracterización de los enfermos mentales se registró de la siguiente manera: “...avispada, inteligente, estudiaba en el segundo año del

magisterio, pero no pudo continuar por sus ataques...” [según el acudiente] no tenían medios para ponerla en el tratamiento ni dejarla en casa, así que la llevaron para Bogotá”¹²¹. En otro caso se habló de una paciente “traída de Bogotá la cual estaba recluida en el Asilo de las Locas por cuenta de la Asistencia Social de Santander”, esta paciente a los “tres días de nacer la hija mayor, se lavó los pies con agua fría y se puso agitada”, además, “de un tirón le quitó el cuello a un gallo, prendió a la hija para tirarla y llegó su marido a tiempo evitando el “accidente”. Fue llevada a Simacota, volvió a su casa y allí estaba bien un mes y el otro no. Tuvo 5 hijos más y hacia 1943 empeoró y la llevaron a Bogotá.”¹²². Casos como estos confirmaron la necesidad de tratar a los “locos” como “enfermos mentales” que requerían atención adecuada y cuidados permanentes para su mejoramiento.

1.4 CUIDADO DE LOS ENFERMOS MENTALES

Con el tiempo y la experiencia de los médicos, el registro de los datos sirvió para aclarar y completar los antecedentes y la forma de vida de un enfermo mental, además, con ello se pensó en detectar y controlar la afección y encontrar una forma de tratamiento. En un principio únicamente se recibían los enfermos mentales y se asilaban con el fin de que no perjudicaran a la sociedad, pero luego se empezó a ver en ellos una opción: el trato continuo con los enfermos condujo a la investigación, una investigación que debía servir para comprobar si “la enfermedad mental” tenía cura y si el enfermo mental podía reintegrarse en la sociedad.

Estando el enfermo mental interno, su permanencia debía contribuir a la formación y progreso de la institución, por eso se pasó del control del paciente para que no estorbara ni hiciera daño a la sociedad, a un segundo momento en el que enfermo mental debía corresponder a los servicios que le prestaba la institución, para así continuar con un tercer momento en donde la presencia del enfermo mental se convirtió en motivo de investigación y en consecuencia de cuidados y tratamientos.

Durante el primer momento, los enfermos mentales al estar internos en San Camilo gozaron de amplias zonas verdes y una alimentación correspondiente a la categoría de ingreso (pensionado o ingreso por caridad), pero fueron privados de su libertad y contacto con el resto de la sociedad y en algunos casos hasta de los demás enfermos mentales¹²³.

En el segundo momento la colaboración de los enfermos mentales debía ser en la medida de sus posibilidades, y contribuían al desarrollo de la institución y se mantenían concentrados en otras asuntos, los cuales disipaban sus afecciones, ello lo hacían ocupando algunas horas del día en los “oficios de la casa”

¹²¹ IPSC. Historia Clínica #1395 (0092). 1953. Folio 1.

¹²² IPSC. Historia Clínica #1316 (0026). 1953. Folio 1.

¹²³ IPSC. Historia Clínica #0645 (1613). 1959. Folio 2.

colaborando de alguna manera a evitar las constantes fugas de los enfermos mentales que en ocasiones eran debidamente planeadas.

Fue la asistencia permanente de algunos enfermos mentales a estas labores la que permitió la creación de un nuevo servicio dentro del hospital: la Laborterapia¹²⁴ que a pesar de que no siempre se mantuvo¹²⁵, fue necesaria siempre. Este servicio también conocido como ergoterapia¹²⁶ se sustentó en “la terapia con el trabajo... [en la que] se mandaban a trabajar [a los enfermos] para ayudar a recuperarse”¹²⁷. La permisividad de los entes administrativos al dejar que los enfermos mentales ocuparan su tiempo en estas labores se dio con el fin de dar un paso hacia el “tratamiento médico”.

La asistencia de los enfermos a la Laborterapia tenía como trasfondo evitar las fugas por parte de algunos enfermos debido a que en un principio la seguridad del hospital estuvo, para el caso de detenidos enajenados, a cargo de policías, pero luego se llegó a la conclusión de que todos los enfermos mentales debían ser atendidos de la misma manera y eso incluía no solo el cuidado sino también su forma de vida allí adentro, reconociéndose que el “estado de perturbación mental los hace peligrosos para la sociedad fuera del lugar de reclusión”¹²⁸. Todos los enfermos mentales, independientemente de sus antecedentes (judiciales o psicológicos), debían ser tratados de la misma manera, y teniendo en cuenta que algunos de ellos eran más conscientes que otros, a éstos se les encargaba la labor de estar pendientes de aquellos a los que su estado mental no se lo permitía, en ocasiones al punto de tener que transportarlos a los distintos servicios¹²⁹.

Los enfermos mentales tenían una regla que debían cumplir, conscientes o inconscientes de su situación, y era su permanencia en el hospital mientras los médicos así lo dispusieran; ello mediante el encierro y el aislamiento con el fin de evitar situaciones en las que “los trabajadores [vivieran] comprometiendo a las enfermas y a veces hasta ayudándolas a fugarse y que cuando las enfermeras se acerca[ba]n a impedir que las enfermas no [pusieran] cuidado a sus expresiones, [habían] sido víctimas de insultos soeces”¹³⁰; así mismo, prohibiendo “en forma terminante la salida de enfermos mentales a la calle sin el previo permiso escrito expedido por el director del Instituto y de los médicos tratantes si se tratare de pensionados”¹³¹, evitando así las continuas fugas de los enfermos mentales¹³².

¹²⁴ IPSC, Boletín Informativo, op cit., p 20

¹²⁵ IPSC. Historia Clínica #0135 (0834). 1956 (1962). Folio 1.

¹²⁶ IPSC. Historia Clínica #1782 (2485). 1961. Folio 2.

¹²⁷ ENTREVISTA a Roberto Serpa Flórez, op cit., p. 4.

¹²⁸ IPSC, Archivador de Oficios Enviados, op cit., Folio 23.

¹²⁹ IPSC. Historia Clínica #0260 (0178). 1953. Folio 2.

¹³⁰ IPSC, Actas, Informes, op cit., folio 9.

¹³¹ IPSC. Resoluciones Presupuestales de 1957 a 1961. Copias Sindicatura Resoluciones 1959 a 1961. Bucaramanga, 28 de septiembre de 1957 hasta 23 agosto de 196. Folio 3.

¹³² IPSC, Actas, Informes, op cit., En: Acta #111 de 14 de febrero de 1961. Folio 81.

La acogida y la necesidad que tuvo en la sociedad la creación de un Instituto, se reflejó en el aumento tanto del personal médico y administrativo como en el número de enfermos mentales que acudían a él, siendo necesario inaugurar el pabellón para hombres en 1956 y algunos servicios complementarios para la atención de éstos, que estarían a la disposición de todos los interesados.

Dentro de ese control y cuidado de los enfermos mentales la alimentación jugó un papel muy importante, ya que se les brindaba carne proporcionada de las reses que se cuidaban en el Instituto, puesto que la carne que se compraba en el mercado tenía un precio muy elevado, por tal razón se dispuso que “sacrificando la res en el establecimiento resulta[ba] más económico para los intereses de la casa”¹³³.

Fue así como se creó y se estableció el menú general diario para enfermos mentales que incluía: *Desayuno*: 1 plato de caldo, 1 pocillo de café con leche, 1 pan, 1 huevo; *Media*: 1 plátano o 1 pan; *Almuerzo*: 1 plato de fruta, 1 plato de sopa de arroz, 2 papas, Yuca, Ensalada, Carne, 1 vaso de leche; *Onces*: 1 pocillo de agua de panela, 1 pan y *Comida*: Sopa de arroz, 1 plátano, Yuca, Carne, Agua de panela (Variación: sopas, garbanzos, espaguetis)¹³⁴.

Posteriormente, la alimentación varió así: *Desayuno*: pan y agua de panela con leche (y una fruta cuando fuera posible); *Almuerzo y Comida*: sopa de harina de maíz o de trigo, un plato seco con trigo frito en manteca, con un bollo de maíz y un tazón de leche, todo ello acompañado una vez por semana de una ración de carne. Sin embargo, el médico Roberto Serpa, en su condición de Director del Hospital, dispuso en una de las resoluciones internas de la institución, que ese régimen alimenticio no aplicaba ni a las religiosas y empleados del hospital ni a los pacientes pensionados¹³⁵ a razón de la organización previa de la institución en la que la Comunidad Religiosa y los pensionados se diferenciaban de los demás empleados y los demás internos de la institución respectivamente.

Sin duda, el buen trato dado a los enfermos mentales propició cambios específicos en las políticas sanitarias, como fueron: desde la perspectiva médica se incentivó un nuevo modelo de atención para ellos que incluyó desde una nueva visión del enfermo mental hasta la importancia de éste a la hora de innovar en cuestiones científicas. Desde la perspectiva política se abrieron los espacios para generar reconocimiento legislativo y conforme a ello reclamar el derecho presupuestal correspondiente a legados internacionales. Desde la perspectiva social se reconoció la casa de internamiento como una Institución e indirectamente entidades públicas (medios de comunicación, políticas de Estado, hospitales) y privadas (farmacias, boticas, empresas farmacológicas) empezaron a advertir su movimiento a nivel económico.

¹³³ Ibid., folio 74.

¹³⁴ IPSC, Actas, Informes, op cit., folio 199.

¹³⁵ Ibid., folio 253.

Con la fundación del Instituto Psiquiátrico San Camilo se continuó con una labor de atención al enfermo mental que antiguamente desempeñó el Asilo Transitorio de Dementes. Dicha labor no tuvo una cobertura muy amplia debido a la capacidad física y médica del Asilo, ni prestó una atención especializada para cada enfermo, sin embargo, abonó el terreno en cuanto a la intención de controlar estos enfermos que provocaban desórdenes públicos y daños a la sociedad así como también aportó una nueva visión sobre la situación.

Dicha función fue desarrollada y mejorada por el Instituto Psiquiátrico de manera progresiva, en un principio prestando la atención primaria a enfermos mentales a partir del su total control y, luego, estableciendo diagnósticos claros de enfermedades poco conocidas que se contrarrestaron con las continuas innovaciones científico-terapéuticas.

El comportamiento que distinguió a los enfermos mentales del resto de la comunidad puso al descubierto el “sistema de la transgresión” advertido por Foucault y el cual fue existente en esta cultura. Este sistema caracterizado por la limitación de lo ilegal, monstruoso, anormal y criminal, generó el rechazo de la sociedad y la especialización de los médicos en este campo.

Al realizarse esa especialización, como consecuencia de la relación entre el enfermo y el médico se estableció la importancia de la Historia Clínica vista como el soporte de la institución. A partir de allí se construyó una estructura médico-hospitalaria en la cual la base fueron los tres niveles asistenciales a enfermos mentales: agudos, crónicos y ambulatorios.

El mejoramiento en la prestación de servicios se perfeccionó de acuerdo a la claridad con la que se registraron los datos en la Historia Clínica, ya que ello permitió al médico observar las falencias y percatarse de las necesidades que se podían suplir con la ampliación de datos de los pacientes. Este hecho fue significativo en cuanto estableció la importancia de atender especialmente enfermos de los Santanderes, sin desconocer el resto de la población usuaria que además fueron en su mayoría personas solteras y casadas agricultoras y/o trabajadoras en oficios domésticos.

Finalmente el cuidado de los enfermos evolucionó notablemente partiendo de su aislamiento-tranquilidad a la colaboración en los oficios domésticos de la institución y de allí a la transición de esa ayuda esporádica en los oficios al establecimiento de la Laborterapia y Ergoterapia, como parte fundamental de esa búsqueda constante de alternativas que contribuyeron a la integración del enfermo mental en la sociedad.

El diagnosticar una enfermedad mental fue un proceso ejecutado por el médico constantemente y se dio gracias al reconocimiento y trato directo con cada uno de los enfermos mentales de la época. En ese ejercicio, la planeación y prevención para contrarrestar la enfermedad se enfrentó al creciente número de internos crónicos quienes fueron la plataforma precisa de una incansable

búsqueda de métodos adecuados y procedimientos precisos, tema que será tratado en el siguiente capítulo.

2. CONSIDERACIONES HISTÓRICAS Y CONCEPTUALES DE LA ESQUIZOFRENIA COMO ENFERMEDAD MENTAL

"El orden de los Estados no tolera ya el desorden de los corazones"

Michel Foucault

2.1 RETROSPECTIVA DE LA ENFERMEDAD MENTAL

La enfermedad mental, reconocida en épocas anteriores, abarcó un sinnúmero de comportamientos inadecuados que fueron señalados y descritos por pautas culturales y desconocimiento científico, generando cada vez más el interés de médicos de todas las culturas por solventar ese nuevo patrón.

Los primeros datos hallados acerca de la enfermedad mental (Demencia Precoz) se remiten a los legados de E. Regis en 1672, quien asoció la enfermedad con la estupidez, la morosidad, las demencias post-confusionales y toxiinfecciosas. En 1809 fue asimilada con el idiotismo por parte de Pinel. En 1814 Esquirol, hizo referencia a que ésta era una demencia crónica caracterizada por la falta de antecedentes individuales en los enfermos mentales. Con Spurzheim, en 1818, dicha enfermedad fue reconocida por un idiotismo adquirido. Sin embargo, fue con B. A. Morel con quien la enfermedad tomó características más específicas: falta de antecedentes individuales, idiotez, imbecilidad, estado vegetal, estupor, estupidez, precocidad, demencia y detención de las facultades intelectuales por una "causa degenerativa de herencia psicopática o alcohólica"¹³⁶.

En 1874 Kahlbaum incluyó otra característica esencial de la enfermedad: el "desarrollo puberal"¹³⁷ que además estaba acompañado de limitación del desarrollo intelectual, demencia y psicosis mortal. Esta fue denominada Hebefrenia. Con Kraepelin (1899), la Demencia Precoz tomó características de la Hebefrenia y adquirió matices fundados en la asociación del medio ambiente, la indiferencia, el embotamiento afectivo, los "estados de debilidad intelectual"¹³⁸, la capacidad para ser productivos a su manera, verbigeración, estereotipias y capacidad de adaptación. En ella, incluyó la demencia paranoide enmarcada por el debilitamiento de los móviles afectivos, pérdida de la unidad interior y perturbación de la capacidad de abstracción, además, incluyó el grupo de las Parafrenias constituido por la Hebefrenia, Catatonía y Demencia Paranoide.

Las discusiones de los especialistas franceses y alemanes por la adecuada especificidad de la enfermedad condujeron, cada vez más, a la amplitud de su clasificación y la variedad de sus características. La "Demencia Precoz

¹³⁶ PEREYRA, Carlos. Esquizofrenia. Demencia precoz. Buenos Aires: El Ateneo, 1943. p. 12.

¹³⁷ Ibid., p. 13.

¹³⁸ Ibid., p. 18.

quedaba como un desarrollo patológico, prevalente de la edad juvenil, que conduc[ía] a una decadencia sui generis y se presenta[ba] de una manera multiforme y variada, pero ligadas entre sí por la posibilidad de intercambiar sus síntomas en cualquiera de sus formas clínicas”¹³⁹.

Con esa particularidad, la Demencia Precoz era lo suficientemente amplia y compleja como para sostenerse por sí sola, lo que incentivó a Eugen Bleuler en 1911 a hablar de “aflojamiento asociativo...disgregación del pensamiento”¹⁴⁰, alteración de los sentimientos, relación con el mundo exterior, disociación de diferentes funciones psíquicas, psicosis, hipocondría, melancolía, manía, confusiones alucinatorias y dislocación de la personalidad características que integraban a la ahora llamada *ESQUIZOFRENIA* (proveniente de los vocablos griegos “schizein”-fragmentar y “phren”-mente o inteligencia¹⁴¹).

Para Bleuler, esta enfermedad era fisiógena u orgánica. La llamó así, en lugar de Demencia Precoz porque comprendía varias enfermedades que estructuraban la disociación de diferentes funciones psíquicas, ya que no en todos los casos progresaba hacia la demencia, no siempre se desarrolla en la pubertad pero siempre desembocaba en la destrucción de la personalidad¹⁴².

En 1912 Chaslin habló de “locura discordante”¹⁴³ como trastorno básico caracterizado por la desarmonía intrapsíquica, la centralización de las vivencias afectivas, intelectuales y volitivas y la pérdida de unidad de comando. Minkowsky adhirió luego una base interesante: cicloide y esquizoide que indicaban el límite de separación del estado de enfermedad y de salud¹⁴⁴ y que convertían la enfermedad en constitucional. Con Krestchmer la esquizofrenia en adelante se basó en los esquizoides los cuales eran su constitución previa y en esencia marcada por una tendencia a la disociación mental¹⁴⁵. Con Henry Claude se introdujo el término de esquizomanía el cual separó la esquizofrenia y al esquizoide y concedió a dicha enfermedad su base esencialmente psicógena conducida por traumas psíquicos.

La curiosidad de los médicos-científicos por establecer las más afines características de la enfermedad condujo a que este fuera un tema de debate durante muchos años alrededor del mundo; de tal manera, para 1935 se reconocieron 4 categorías de esquizofrenias: la procesal, la sintomática, la reactiva, y la mixta, y a medida que transcurría el tiempo el interés por estudiarlas junto con su complejo desarrollo se hizo presente, consecuencia de ello fueron los trabajos de Berza, Oswald Bumke, Friedrich Mauz, H. W. Gruhle, Schneider entre otros.

¹³⁹ Ibid., p. 19.

¹⁴⁰ Ibid., p. 20.

¹⁴¹ SERPA, Roberto. 45 Años de Psiquiatría en Bucaramanga. En: Revista Medicina. Santafé de Bogotá, Academia Nacional de Medicina de Colombia. Vol. 21. Nº 2 (50) (julio 1999), p. 87.

¹⁴² PEREYRA. Op cit., p. 21.

¹⁴³ PEREYRA. Op cit., p. 20.

¹⁴⁴ PEREYRA. Op cit., p. 29.

¹⁴⁵ PEREYRA. Op cit., p. 33.

2.2 AUMENTO EN EL NUMERO DE PACIENTES Y MECANISMOS DE PLANEACIÓN Y PREVENCIÓN

En 1943, los postulados médico-científicos internacionales establecieron que las Esquizofrenias se podían reconocer mediante una serie de características como: comienzo de la afección: edad y sexo, formas de comienzo de la enfermedad, síntomas del periodo de estado, trastornos de la percepción, perturbaciones de la conciencia, trastornos de la atención, memoria y pensamiento, ideas delirantes, perturbaciones del lenguaje y la afectividad, trastornos de la voluntad y la motricidad, perturbaciones físicas, síntomas del periodo final, formas clínicas, curso y evolución, remisiones, pronóstico, diagnóstico, causas de la enfermedad y el tratamiento.

Con el ingreso a San Camilo de los enfermos mentales que cumplían esas características, la creación de un formato de Historia Clínica fue el primer paso para llevar a cabo cualquier tipo de seguimiento y tratamiento. En Estados Unidos se diseñó un plan, adaptado por la oficina del censo para reunir datos estadísticos uniformes de diversos hospitales mentales del país, y se elaboró una nomenclatura psiquiátrica aceptable que fue creada básicamente para diagnosticar a pacientes ingresados con enfermedades psiquiátricas y neurológicas graves¹⁴⁶.

La labor de los distintos países en cuanto al cubrimiento de los temas de salud, fue dirigida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), "... autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales"¹⁴⁷.

Esta organización se encargó de publicar la sexta edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que por primera vez incluyó un apartado de trastornos mentales. Este documento de la OMS estuvo muy influido por la nomenclatura de la Veterans Administration e incluyó 10 categorías para las psicosis, 9 para las psiconeurosis y 7 para los trastornos del carácter, del comportamiento y de la inteligencia¹⁴⁸.

Para la década del 50, el panorama era un poco más alentador puesto que una labor de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se basó en la revisión

¹⁴⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Antecedentes. Actualización de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10) [en línea] 2007 [fecha de acceso 18 de marzo de 2007]; URL. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be_v24n2-Actu_CIE.htm. p. 2.

¹⁴⁷ OMS. Acerca de la OMS [en línea] 2007 [fecha de acceso 22 de marzo de 2007]; URL. Disponible en: <http://www.who.int/about/es/>.

¹⁴⁸ OMS, Antecedentes..., op cit., p. 2.

periódica de la CIE la cual condujo al desarrollo del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y a sus secciones de "Trastornos mentales" en las diversas ediciones de la (CIE).

"El American Psychiatric Association Committee of Nomenclature and Statistics desarrolló una variante de la CIE-6, publicada en 1952, como primera edición del Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders (DSM-I). El DSM-I consistía en un glosario de descripciones de las diferentes categorías diagnósticas, y fue el primer manual oficial de los trastornos mentales con utilidad clínica. El uso del término "reacción" en el DSM-I reflejó la influencia de la visión psicobiológica de Adolf Meyer, por la que los trastornos mentales representaban reacciones de la personalidad a factores psicológicos, sociales y biológicos"¹⁴⁹.

La publicación del DSM-I marcó una transformación interna que reflejó la dominación cada vez mayor de la psiquiatría psicodinámica y psicoanalítica y la debilidad relativa de la tradición biológica. Esta transformación ocurrió en gran parte como resultado de las lecciones aprendidas por los psiquiatras durante la Segunda Guerra Mundial. La discusión básica planteada en este manual fue que el término nosology reflejó no sólo la ideología psiquiátrica, sino también los determinantes externos en cualquier punto dado a tiempo¹⁵⁰. El DSM-II fue similar al DSM-I, pero con la desaparición del término "reacción"¹⁵¹.

Como consecuencia de la reconocida labor de esta organización se hizo necesaria la instalación de una organización que cumpliera las mismas funciones de la OMS, pero que sirviera de enlace fundamental entre los países de habla hispana en la actualización de la Clasificación de estos manuales; por ello se creó la OSI (ente que vigilaba la higiene internacional en América), y se empezó a difundir la idea de que las enfermedades mentales se debatían entre enfermedades de carácter biológico (genético, somático, químico), psicológico (trastornos, crisis del ciclo vital, duelos patológicos), y/o social (disfunción laboral, dificultades económicas)¹⁵².

El tema clínico de la esquizofrenia no generó el mismo interés y reconocimiento en Colombia debido al tardío surgimiento de las políticas de Salud Pública y a un contexto histórico matizado por aspectos políticos, económicos y religiosos propios de la cultura y la época (ver fotografías 17, 18, 19 y 20); Colombia, al

¹⁴⁹ OMS, Antecedentes..., op cit., p. 3.

¹⁵⁰ GROB, G.N. Origins of DSM-I: a study in appearance and reality. The American journal of psychiatry [en línea] 2008 [fecha de acceso 12 de enero de 2008]; URL. Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/148/4/421>.

¹⁵¹ PSICOMED.NET. Fundamentos Históricos. Proceso de revisión del DSM-IV. Relación con la CIE-10. Revisión del texto del DSM-IV (DSM-IV-TR) Definición de trastorno mental. Uso del DSM-IV [en línea] 2008 [fecha de acceso 27 abril de 2008]; URL Disponible en: http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv_int_fh.html.

¹⁵² OBREGÓN, Diana y HERNÁNDEZ, Mario. La Organización Panamericana de la Salud y el Estado Colombiano. Cien Años de Historia 1902-2002 [en línea] 2002 [fecha de acceso 03 de noviembre de 2006]; URL. Disponible en: http://www.col.ops-oms.org/centenario/libro/OPSestado_02.asp. p. 43.

ser un país principiante en este tema de la Salud Pública, tomo las cosas de una manera progresiva y conforme a ella empezó por aprobar la profesionalización médica, a construir la reglamentación sobre Juntas de Médicos y a apoyar la creación de Sociedades Médicas en todo el país, permitiendo a estos profesionales tener conocimiento de las medidas de higiene preventivas internacionales, ya que en el país la educación médica, la investigación científica y las políticas de salud pública habían presentado deficiencias como consecuencia de las guerras civiles y los diversos disturbios sociales ocurridos a principio de siglo que dejaron a gran parte de la población colombiana sin una seguridad social apropiada para cubrir sus necesidades.

FOTOGRAFÍA 17: Panorama Socio-político de Bucaramanga: celebraciones cívicas del 20 de Julio de 1956 Calle 37.



Fuente: ACEVEDO, Mario. Bucaramanga 1916-1966. Cincuentenario de la Compañía del Acueducto de Bucaramanga. Bucaramanga: Compañía del Acueducto de Bucaramanga, 1985. 51 p.

FOTOGRAFÍA 18: Panorama Socio-político de Bucaramanga: celebraciones cívicas del 20 de Julio de 1956 Carrera 12



Fuente: ACEVEDO, Mario. Bucaramanga 1916-1966. Cincuentenario de la Compañía del Acueducto de Bucaramanga. Bucaramanga: Compañía del Acueducto de Bucaramanga, 1985. 51 p.

FOTOGRAFÍA 19: Panorama del sistema de acueducto de Bucaramanga en 1956 Calle 37



Fuente: ACEVEDO, Mario. Bucaramanga 1916-1966. Cincuentenario de la Compañía del Acueducto de Bucaramanga. Compañía del Acueducto de Bucaramanga: Bucaramanga.

FOTOGRAFÍA 20: Panorama Socio-político de Bucaramanga: celebraciones cívicas del 20 de Julio de 1956 en el Parque Romero de Bucaramanga



Fuente: ACEVEDO, Mario. Bucaramanga 1916-1966. Cincuentenario de la Compañía del Acueducto de Bucaramanga. Bucaramanga: Compañía del Acueducto de Bucaramanga, 1985. 51 p.

En Colombia, la organización sanitaria nacional tuvo su origen en 1886; sin embargo, fue reconocida gracias a la labor de Pablo García Medina quien como fundador de la Dirección Nacional de Higiene (DNH), inicio un proceso largo, contínuo y reconocido de mejoramiento y surgimiento de la salud¹⁵³. Esta instancia, de acuerdo a sus objetivos, adquirió diferentes nombres: Junta Central de Higiene, Consejo Superior de Sanidad, Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública, Departamento Nacional de Higiene y Asistencia

¹⁵³ OBREGÓN, op cit., p 38.

Pública, Ministerio del Trabajo, Higiene y Previsión Social, Departamento Nacional de Salubridad Pública, Ministerio de Higiene, y con Rojas Pinilla en 1953, Ministerio de Salud Pública.

Establecido este organismo, empezó por incidir en la política de salud del país. Para ello, el trabajo de médicos nacionales se centró en mostrar al mundo la controlada situación sanitaria y al mismo tiempo el interés de las autoridades nacionales de ingresar al mercado mundial mediante la exportación de café, principalmente¹⁵⁴. Esto se debía realizar siempre y cuando la OSI estuviese de acuerdo con la labor sanitaria ejercida en el país, por eso se dispuso la existencia de un Director de Higiene en cada uno de los Departamentos y así mismo médicos de sanidad en los puertos marítimos y fluviales¹⁵⁵.

Si bien este procedimiento contribuía al desarrollo interno de la Nación, no era acorde al presupuesto empleado para ello, lo cual condujo a que “los higienistas se apoyaran en el poder de las conferencias efectuadas por la OSI para respaldar el propósito de convertirse en autoridad técnica en asuntos de higiene que la fortaleciera y al mismo tiempo centralizara estos servicios”¹⁵⁶. En la reunión sanitaria continental de La Habana, llevada a cabo entre el 5 y el 15 de noviembre de 1924, se adoptó el calificativo de “panamericana” para estos eventos, siendo pues ésta la VII Conferencia Sanitaria Panamericana; de ahí que posteriormente se denominara a este grupo como Oficina Sanitaria Panamericana¹⁵⁷.

En dichas reuniones, el objetivo central era establecer soluciones para mejorar la problemática sanitaria generada años atrás a causa de la necesidad de propiciar el diagnóstico temprano y el tratamiento precoz de los enfermos contagiosos. Este proceder permitió una mayor intervención de la higiene en el campo de la atención curativa, y a partir de 1930 abrió las puertas para que se hablara de la “integración de medidas preventivas y curativas mediante nuevas formas de organización de la asistencia hospitalaria”¹⁵⁸.

Las relaciones entre los campos de la higiene y de la beneficencia venían en aumento desde los años veinte, surgiendo, en los treinta, más claramente, dentro de una transformación estatal liderada por un régimen político liberal que condujo a la ampliación de la asistencia pública. De esta manera, en 1931 el panorama era un poco más claro, “con la Ley 98 del mismo año se autorizó a la DNH celebrar contratos con las entidades oficiales y particulares para organizar los servicios cooperativos de higiene y asistencia social”¹⁵⁹.

En 1938 funcionaban como dependencias directas del Ministerio, los Centros Mixtos de Salud -el de la zona bananera y los ensayados por la Federación de

¹⁵⁴ *Ibíd.*

¹⁵⁵ OBREGÓN, op cit., p. 41.

¹⁵⁶ OBREGÓN, op cit., p. 44.

¹⁵⁷ OBREGÓN, op cit., p. 49.

¹⁵⁸ OBREGÓN, op cit., p. 55.

¹⁵⁹ OBREGÓN, op cit., p. 56.

Cafeteros-, 27 Unidades Sanitarias, 68 Comisiones Sanitarias Rurales, tres Servicios Antilarvarios, cinco Oficinas de Sanidad y diez Inspecciones Sanitarias¹⁶⁰. Declaradas estas dependencias fue más fácil la creación de organismos aptos para desarrollar una labor de Asistencia Médica, y conforme a los conocimientos de los médicos, los comportamientos de los habitantes del nororiente colombiano empezaron a ser tema de diversas conversaciones (médicas, políticas, sociales).

La creación del Instituto Psiquiátrico San Camilo, sin duda, fue, como se dijo anteriormente, la continuación y ampliación de un objetivo que se venía dando años atrás con el Asilo Transitorio de Dementes: limpieza y control social. Precisamente la labor de ese asilo fue la que propició el continuo internamiento de un grupo de personas que tenían una característica común: la anomalía psíquica, comportamiento presentado por los diferentes habitantes santandereanos que generó una transición médica y hospitalaria importante, ya que se pasó del antiguo objetivo principal de control, al nuevo objetivo hospitalario, el cuidado de estas personas.

Las condiciones sociales se estaban dando para que el Instituto tuviera su lugar. Por una parte, las dependencias del Ministerio de Salud le dieron un espacio a la atención médica regional y, por otra parte, la enfermedad mental se hizo cada día más evidente, más perjudicial y más continua. Esta etapa, aunque no fue clara y definida, dió a conocer el cambio que se presentó no solo a raíz de la normatividad requerida a nivel nacional, sino también la intención del cuerpo médico con el fin de contribuir, a través de la práctica y los avances tecnológicos y farmacéuticos, a una mejor Atención Médica.

Este comportamiento y aumento en el número de personas que lo padecían, contribuyó al ingreso de los enfermos mentales a San Camilo, el cual se dio por diversas razones y en diferentes circunstancias basados en la diagnosticación de enfermedades que solo podían provenir del Médico, quien como autoridad y a través de sus conocimientos, emitió un juicio que en muchas ocasiones fue apoyado por demás médicos que trataron a un solo paciente. Básicamente, en San Camilo la etiología de las enfermedades mentales se estableció conforme a los lineamientos internacionales, ya que "...la clasificación se hacía de acuerdo con las normas internacionales... la clasificación Internacional y la clasificación Norteamericana"¹⁶¹ propuestas por la OMS y OPS, bajo las cuales las enfermedades mentales podían ser producidas por agentes biológicos, psicológicos y sociales, y en algunos casos de los tres mezclados entre sí.

Como consecuencia de ello se presentaron casos como el de una enferma epiléptica, que estando muy agitada durante los primeros días de internamiento también lloraba y no comía y en el servicio tuvo dos manifestaciones distintas de sus ataques: unos epilépticos, con pérdida del conocimiento, violenta caída

¹⁶⁰ OBREGÓN, op cit., p. 66.

¹⁶¹ ENTREVISTA a Roberto Serpa Flórez. Psiquiatra. Bucaramanga, 22 de septiembre de 2008. p. 3.

al suelo, mordedura de lengua, etc.; y otros de características histéricas; según el médico era "muy seguro que evolucionen ambas enfermedades a la vez"¹⁶².

Las Enfermedades más recurrentes en los pacientes internos en San Camilo fueron las no clasificadas en el DSM-I ni DSM-II como la Epilepsia, con un 22.43% de los enfermos mentales crónicos (difuntos); las enfermedades asociadas a las esquizofrenias ocuparon un 13.12%, enfermedades originadas en la infancia (oligofrenias) un 12.65%, un 11.06% no registró datos, un 10.26% fueron enfermedades orgánicas, un 9.15% de los trastornos fueron afectivos, 5.33% de las enfermedades psicóticas y 5.33% de delirios, el 5.17% somatoformes, el 3.10% de las enfermedades se presentó por abuso de sustancias, el 1.19% fueron trastornos de personalidad, el 0.72% paranoias, 0.40% por ansiedad y un 0.08% aunque ingreso al hospital y se le creó la ficha clínica con permanencia en el, no presentó síntomas mentales.

Al estar frente a tan innumerables formas de la "locura", las esquizofrenias adquieren gran atención como consecuencia de los resultados estadísticos que advierten la influencia en la población estudiada, y porque al presentarse en distintas etapas de la vida afectaron un ciclo económico-cultural y aportaron la base de continuos conocimientos científico-médicos. En dicha época "...se usó mucho ese concepto de esquizofrenia y se le trató de aplicar a todos los enfermos psicóticos, es decir, aquellos que tenían trastornos del pensamiento, afecto y conducta de cierta severidad... las enfermedades mentales obedecen a una causalidad múltiple, siendo causas biológicas, hereditarias como ambientales... entonces la esquizofrenia es una de las más frecuentes, de las más graves y de las mas tremendas [y] terribles enfermedades mentales"¹⁶³.

De ese porcentaje ocupado por las esquizofrenias, la clasificación mostró que la esquizofrenia crónica fue la más repetitiva entre los internos con un 10.02%, le siguió la esquizofrenia injertada con 1.11%, la catatónica con un 0.95%, la paranoide con 0.64%, la endógena con 0.24% y la esquizofrenia procesal con 0.16%.

Si un primer lugar lo ocupó la epilepsia como enfermedad frecuente, y le siguieron las esquizofrenias en un segundo puesto, eso quiere decir que las intenciones del hospital estuvieron dirigidas hacia el tratamiento y recuperación de los enfermos que las padecieron, buscándose una mejor atención médica a cada uno de ellos. Dicha atención se dio debido a que personas con una historia de epilepsia podían incrementar el riesgo de desarrollar esquizofrenia o psicosis de tipo esquizofrénico o viceversa, ya que las dos enfermedades podían compartir causas genéticas y ambientales dentro de las cuales los estados de crisis se caracterizaron por los notorios niveles de delirios y distorsión de la realidad generando alto grado de peligrosidad para la

¹⁶² INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO. Historias Clínicas. Difuntos (0001-1981). Bucaramanga, 01 de agosto de 1953 a 27 diciembre de 1967. A continuación la referencia a las demás historias clínicas se presentará con la sigla IPSC que hace alusión a la institución de donde provienen las fuentes "IPSC". Historia Clínica #1554 (0026). 1953. Folio 2.

¹⁶³ ENTREVISTA a Roberto Serpa Flórez, op cit., p. 3.

comunidad y haciéndose necesario el internamiento que fue la más apropiada solución para las autoridades locales y en la que la institución se especializó.

La peligrosidad de los epilépticos radicaba en que la aparición de una crisis los dejaba en muchos casos inconscientes en cualquier lugar y en cualquier momento, y en otros casos, cuando las convulsiones eran repetitivas o continuas se producía un episodio psicótico secundario que generaba una descompensación cerebral en la que eran frecuentes la agresividad y el descontrol perjudiciales para la comunidad. En esos casos, algunos enfermos mentales en estado de crisis cometieron delitos, sin embargo, las normas dentro de la institución fueron claras y el internamiento fue obligatorio; la situación de muchos enfermos mentales judicializados provocaba la constante intención de fuga y simulación de enfermedades como estrategia para evadir las normas legales preestablecidas, situaciones de las que no se hizo cargo la institución¹⁶⁴.

En un principio se le dio un trato diferente a las personas que habían cometido actos delictivos, pero luego se llegó a la conclusión de que todos los enfermos mentales tenían suficiente con llevar a cuentas una enfermedad que en muchos casos era incurable. Así, el procedimiento de un recluso que necesitaba aclarar su situación jurídica empezaba con la revisión de los informes o indagatorias de la cárcel, luego, la entrevista al sindicado y a su familia si era posible, en seguida se citaba a Consulta Externa y se recluía en caso de que fuera necesario mientras se realizaban los respectivos exámenes, después se emitía una evaluación, y por último, se diagnosticaba el estado mental actual de la persona en cuestión y su posible estado cuando cometió el delito¹⁶⁵.

Así mismo, otros tipos de enfermedades que aislaban a las personas por no tener un comportamiento adecuado conforme lo exigía la cultura, eran:

- ✓ Los "bobos"¹⁶⁶,
- ✓ los imbéciles¹⁶⁷,
- ✓ los idiotas¹⁶⁸
- ✓ o simplemente los "locos"

...y quienes generaban desorden y se convertían en un grave problema de salud pública, eran personas que no podían vivir en sociedad debido a su peligrosidad¹⁶⁹, o eran personas que por su precaria situación económica

¹⁶⁴ INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO. Boletín Informativo. Bucaramanga: Imprenta del Departamento, 1956. p. 39. A continuación la referencia a los demás documentos producidos allí se presentarán con la sigla IPSC que hace alusión a la institución de donde provienen las fuentes "IPSC".

¹⁶⁵ IPSC. Historia Clínica #0204 (0304). 1954. Folio 1.

¹⁶⁶ IPSC. Historia Clínica #0009 (2921). 1963. Folio 1.

¹⁶⁷ IPSC. Historia Clínica #1161 (2616). 1962. Folio 2.

¹⁶⁸ IPSC. Historia Clínica #1367 (3399). 1962. Folio 2.

¹⁶⁹ IPSC. Archivador de Oficios Enviados por la Sindicatura. Bucaramanga, 14 enero de 1953 a 23 diciembre de 1954. Folio 22.

debían vivir con la mendicidad¹⁷⁰, lo cual se incluyó en este problema social del nororiente colombiano.

El estado de los enfermos mentales generalmente era incierto, un día podían estar estables y al día siguiente mejor o peor¹⁷¹, no solo por el hecho de que los médicos hasta ahora se estaban apropiando de los conocimientos psiquiátricos imperantes, o por los escasos recursos tecnológicos sino porque el mismo desarrollo de enfermedades como la esquizofrenia presentaba este tipo de reacciones; ejemplo de ello fue aquella enferma de 70 años que permanecía estable pero de un momento a otro se tornó desorientada y que con fabulaciones múltiples decía: "...tengo 25 años y vivo con mi mamá; me voy al colegio y necesito los cuadernos"¹⁷². El estado de algunos pacientes era eventual, y en ciertos casos a pesar de no tener indicios fuertes de gravedad de su estado, morían súbitamente¹⁷³.

El hecho de que la Institución corriera con esos riegos de mortalidad indica varias cosas: 1. Los posibles altos costos de la Asistencia Médica para los perjudicados, 2. Las dificultades económicas de las personas que hacían uso de los servicios que prestaba el hospital, 3. El desinterés y la incapacidad por parte de los parientes en hacerse cargo de una persona enferma, 4. El beneficio social que generaba internar a una persona en San Camilo.

De una u otra manera, si un enfermo mental era internado tenía dos opciones: ser controlado por la enfermedad o que esta fuera controlada por el médico; para algunos la mejoría fue lenta, pero se dio, como ocurrió con el caso de una paciente perfectamente ambientalizada, que según los médicos, era "feliz dentro de su situación"¹⁷⁴ o con el caso de una enferma que obtuvo la salida con remisión completa y con conciencia de enfermedad.¹⁷⁵

Junto con las novedades científicas, el desarrollo social, los aportes de los médicos de la época y el creciente número de enfermos, la creación de servicios diagnósticos y terapéuticos se iniciaron y con el tiempo fueron mejorando debido al "crecimiento económico regional, la necesidad de prestar mejores servicios a los pacientes y la necesidad de los grupos de médicos especialistas de disponer de mejores condiciones para su trabajo y para la prestación de servicios de carácter privado que les permitieran ser contratados, con buenas condiciones, sus servicios profesionales de acuerdo con las nuevas reglamentaciones legales"¹⁷⁶.

¹⁷⁰ IPSC. Historia Clínica #0177 (0151). 1953. Folio 2.

¹⁷¹ IPSC. Historia Clínica #0425 (1040). 1958. Folio 2.

¹⁷² IPSC. Historia Clínica #0139 (1390). 1958. Folio 2.

¹⁷³ IPSC. Historia Clínica #0425 (1040). 1959. Folio 2.

¹⁷⁴ IPSC. Historia Clínica #0228 (0119). 1954. Folio 2.

¹⁷⁵ IPSC. Historia Clínica #1195 (1809). 1959. Folio 2.

¹⁷⁶ SERPA, Apuntes para la Historia de la Medicina. Santander y la UIS. En: Revista: Medicas UIS. Vol. 20. Bucaramanga: UIS, 2007. p. 161.

2.3 MÉTODO Y PROCEDIMIENTO DE LA “ESQUIZOFRENIA” COMO ENFERMEDAD MENTAL

La “esquizofrenia”, tratada en San Camilo, sufrió un proceso en el cual el objetivo principal siempre fue mantener la salud mental de los enfermos pensándose en el bienestar de cada uno de ellos. En consecuencia y conforme a este objetivo resulta interesante la innovación que, con el Acta No. 144 de 19 de febrero de 1963, se implantó para contribuir con la visión que el hospital quería generar, esa innovación fue la dotación de “ropería necesaria para el servicio de hombres y mujeres dentro de la capacidad presupuesta”¹⁷⁷, ropería para pacientes crónicos y agudos con diversas enfermedades.

Este gran avance en el cuidado de los enfermos mentales dio reconocimiento a la labor de los médicos de la época por propiciar una mejor atención al enfermo mental, una atención regida por parámetros terapéuticos internacionales. La innovación de esta medida es posible que se haya implantado a raíz del tipo de usuario de la institución, que en muchos casos no tenía para alimentarse adecuadamente y para el cual el uso de un vestuario era un aspecto que pasaba desapercibido, pero que hacía parte de un parámetro social previamente establecido.

El uso de esa “ropería” tenía la finalidad de distinguir a los enfermos mentales de los distintos pabellones; por lo tanto, a cada servicio le fue asignado un color que permitió detectar quienes eran agudos y quiénes crónicos. Dentro de estos crónicos, como se ha mencionado, los enfermos mentales esquizofrénicos, para el médico, han sido de gran interés no tanto por el hecho de padecer esa enfermedad, sino por la enfermedad como tal, ya que esta despertó la encrucijada entre lo neurológico y lo psiquiátrico, que además incluyó suficientes implicaciones psicopatológicas como para ser su estudio aún del máximo interés para psicólogos y psiquiatras.

La Asistencia de las esquizofrenias en esta institución manejó ciertas peculiaridades:

1. El ingreso de un esquizofrénico sin otra patología a un hospital psiquiátrico implicaba internamientos largos, sucesivos y en ocasiones definitivos. Eso ocurrió con una paciente institucionalizada, quien permaneció desde 1954 en el Instituto y según el médico “por épocas se excita, actualmente no está recibiendo medicación pero presenta inquietud, intranquilidad, insomnio, monologa inteligiblemente, grita e insulta”.¹⁷⁸

2. La asistencia médica a estos enfermos mentales en un principio no fue la mejor: fármacos inadecuados y dosis desproporcionadas. En el caso de una enferma, interna en 1967, ocurrió una situación atípica pero existente. Llegó de

¹⁷⁷ IPSC. Actas, Informes, Presupuesto, Adjudicaciones. Bucaramanga, 6 octubre de 1959 a 6 diciembre de 1965. Folio 170.

¹⁷⁸ IPSC. Historia Clínica #0228 (0119). 1954 (1974). Folio 2.

Clínica Médica agitada "pide insistentemente que le apliquen choques porque eso es lo que la va a alentar"... "Ayer mientras se aplicaban los electros de rutina la paciente se colocó en lecho, tal y como se hace con los pacientes de electro y confundiéndola con una de estas se le aplicó un electrochoque. No pasó nada" aseguró el médico. Según éste "hay trabajos de electrochoques en los cuales con hemiplejia no hay problema"¹⁷⁹, sin embargo, el médico resaltó que le parecía una imprudencia lo que había ocurrido. Fue un error grave que se cometió por parte del cuerpo médico sin embargo no desencadenó problemas serios. En otra situación por deficiencia en la administración de la Clorpromazina otra paciente fue "sobredosificada por lo cual presenta signos extrapiramidales"¹⁸⁰.

3. Marginación social, tanto en su ambiente familiar como en el laboral. Este primer aspecto se ejemplifica con una paciente esquizofrénica que además tenía Tuberculosis Pulmonar y quien era rechazada en cuanto que "no la quieren recibir en el sanatorio ni sus familiares"¹⁸¹; por lo tanto, tuvo que ser remitida al pabellón de Tuberculosos. Y en el segundo caso era común que se hiciera referencia sobre enfermos mentales que por ejemplo salían desnudos a trabajar¹⁸² provocando serios inconvenientes en el lugar de trabajo.

De acuerdo a los tres niveles asistenciales programados en San Camilo, la atención se centra en los enfermos mentales esquizofrénicos crónicos así:

- Enfermedad psíquica (por la que fue fundamentalmente asistido), con esquizofrenia añadida¹⁸³.
- Esquizofrenia con profunda desestructuración psíquica y/o alteraciones psíquicas y deficitarias graves¹⁸⁴, como los oligofrénicos severos, psicosis injertadas, pacientes neurológicos con deterioro psíquico, neurosis y distimias muy graves, etc.
- Enfermedad orgánica con permanente estado de desorientación, irritabilidad y anemia, como el caso de los enfermos de demencia senil¹⁸⁵.
- Ciertos psicosisíndromes orgánicos en fase de recaída, como esquizofrenia alcohólica.

La dotación que se estimó pertinente, incluso para el nivel asistencial con la existencia de Consulta Externa fue:

- Servicio de Electroencefalografía en funcionamiento desde 1957¹⁸⁶ con médicos en proceso de especialización y con conocimientos en este campo,

¹⁷⁹ IPSC. Historia Clínica #1621 (2610) de 1961. Folio 2.

¹⁸⁰ IPSC. Historia Clínica #0882 (3642). 1965. Folio 2.

¹⁸¹ IPSC. Historia Clínica #0368 (0403). 1955. Folio 2.

¹⁸² IPSC. Historia Clínica #1567 (0961). 1959. Folio 1.

¹⁸³ IPSC. Historia Clínica. #0678 (0046). 1953. Folio 1.

¹⁸⁴ IPSC. Historia Clínica #0326 (1640). 1959. Folio 2.

¹⁸⁵ IPSC. Historia Clínica #1463 (1984). 1953. Folio 2.

¹⁸⁶ IPSC. Historia Clínica #1372 (0030). 1953. Folio 2.

el Servicio de Neuropsiquiatría¹⁸⁷, y otros servicios como Análisis clínicos y Servicios Médicos generales (Terapia ocupacional y Psicología),.

Opuesto a ello hay que mencionar que si bien esta dotación fue la que se consideró apropiada para el tratamiento de enfermos mentales, no fue suficiente por varias razones: para 1957 en Clínica Médica no habían camas¹⁸⁸, para los médicos en 1961 se demostraba “la falta de coordinación de los servicios médicos, falta de dirección pero quizá mayormente fallas de los médicos de los servicios”¹⁸⁹ a la hora de tratar emergencias como tratamientos ortopédicos. Posteriormente, en 1967, prescindir de una biopsia era común a pesar de que había casos que debían tratarse con radioterapia como consecuencia del “daño actual de los equipos” que impedía iniciar el tratamiento en forma inmediata¹⁹⁰.

Los registros médicos en San Camilo reflejaron la filosofía de la atención que se deseaba brindar. Su diseño, organización y funcionamiento se orientaron de acuerdo con las particularidades de la Asistencia Médica del Ministerio de Salud Pública y para ello se basaron en un componente de *demandas* constituido por las características demográficas, sociales, económicas y culturales y por los matices individuales de cada persona, tiempo y lugar que permitieron tipificar los riesgos. Y un componente de servicios compuesto por políticas, recursos y actividades que definieron la estructura de la *oferta*.

De la correcta articulación de estos componentes dependió la efectividad de este sistema de salud en el logro de sus principales objetivos: atender “pacientes en posibilidad de mejoría y que su enfermedad mental no se deba a causas orgánicas conocidas...”¹⁹¹, al mejoramiento del hospital y la labor de servir a los enfermos mentales ¹⁹² reduciendo la mortalidad, morbilidad e incapacidad para así mejorar el nivel de salud.

El uso de la Historia Clínica contribuyó a la identificación y cuantificación de los problemas de la salud y sus factores relacionados; pero además, debía controlar la eficiencia de los recursos y la eficacia de las decisiones y acciones de la salud. Debía detectar la evolución de los problemas y evaluar el impacto que sobre los mismos podrían tener dichas decisiones y acciones.

Por lo tanto, con ellas se reconocieron dos o tres maneras diferentes de referirse a una enfermedad conforme no solo al médico y su preparación profesional, sino a las innovaciones científicas imperantes en el medio, por ello se presentó la clasificación o la concepción de enfermedades como la Esquizofrenia catatónica también denominada demencia precoz¹⁹³, o la

¹⁸⁷ IPSC, Actas, Informes, op cit., En: Acta de 9 de junio de 1960. Folio 22.

¹⁸⁸ IPSC. Historia Clínica #0130 (1028). 1957. Folio 2.

¹⁸⁹ IPSC. Historia Clínica #0260 (0178). 1953. Folio 2.

¹⁹⁰ IPSC. Historia Clínica #1043 (0102). 1956. Folio 2.

¹⁹¹ IPSC, Archivador de Oficios Enviados, op cit., folio 21.

¹⁹² IPSC, Actas, Informes., op cit., folio 7.

¹⁹³ IPSC. Historia Clínica #890 (0613). 1957. Folio 2.

Demencia Precoz como esquizofrenia¹⁹⁴; también la Reacción Esquizofrénica que se estableció en un principio, años más tarde se concibió como Melancolía Ansiosa y Delirante (Trastorno Ansioso Depresivo F41.2) con sintomatología psicótica; este caso pudo ser discutido si se tiene en cuenta que las enfermedades mentales en muchos casos evolucionaban. De la misma manera la Parafrenia fue reconocida como delirio sistematizado como consecuencia de su amplitud y la complejidad para entenderla y para tratarla.

La enfermedad por la que se internaba a una persona se desarrolló independientemente de la denominación de ésta, pero, para ello, se tuvo en cuenta la sintomatología que junto al padecimiento formaron un todo. Generalmente, estas personas perdían el sentido crítico de su situación, deambulaban por cualquier parte, en muchos casos ni siquiera entendían lo que les ocurría, eran personas intolerables con debilidades por el alcohol¹⁹⁵ y en otros casos, personas que solo reaccionaban en el plano instintivo¹⁹⁶ lo cual sumado al rechazo de la gente y de sus mismos familiares habían sido orillados al difícil mundo del aislamiento, del miedo, del hambre, del desaseo y del rechazo. Una enfermedad que los había conducido a la vida de limosneros¹⁹⁷, indigentes, bobos del pueblo¹⁹⁸ o ancianos despreciables¹⁹⁹ era lo que con la labor del Hospital se pretendía subsanar.

En Bucaramanga se estaba trabajando para mejorar la salud de los habitantes no solo dentro del hospital sino también fuera de él, ya que a través de los periódicos se resaltaba la información correspondiente a la labor que el personal sanitario del territorio departamental efectuaba con vacunas para evitar la fiebre aftosa, el carbón bacteriano (Carbunco), la rabia, la tuberculosis, el new castre y el cólera²⁰⁰, enfermedades que si no se atendían podían desembocar en un importante problema de Salud Pública.

La enfermedad mental evolucionó a través del tiempo y las distintas pautas culturales que reconocieron en una serie de características una expresión que dio paso a la Demencia Precoz y posteriormente a la Esquizofrenia, una enfermedad psicógena u orgánica que terminaba con la destrucción de la personalidad. Esta enfermedad conforme a los adelantos científicos también evolucionó y en ella se reconocieron aspectos como la locura discordante, la cicloide y el esquizoide, la enfermedad como producto psicógeno y su ramificación en esquizofrenia mixta, procesal, sintomática y reactiva.

Establecido el alcance de la enfermedad se hizo necesario instaurar parámetros clínicos de seguimiento, los cuales se cumplieron con la conformación de la Historia Clínica y su continua supervisión a través de una

¹⁹⁴ IPSC. Historia Clínica #1250 (2253). 1960. Folio 2.

¹⁹⁵ IPSC. Historia Clínica #1567 (0961). 1959. Folio 2.

¹⁹⁶ IPSC. Historia Clínica #1572 (2041). 1961. Folio 2.

¹⁹⁷ IPSC. Historia Clínica #1550 (4398). 1966. Folio 2.

¹⁹⁸ IPSC. Historia Clínica #0012 (2954). 1963. Folio 2.

¹⁹⁹ IPSC. Historia Clínica #1548 (4350). 1966. Folio 2.

²⁰⁰ VANGUARDIA LIBERAL. Bucaramanga. Año XLII No. 21 septiembre 1960. p. 10.

entidad de gran alcance. Con la Organización Mundial de la Salud se desarrolló la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), y con ella la promoción del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM), que con la publicación No. 1 se consolidó como el primer manual oficial de trastornos mentales con utilidad clínica²⁰¹.

Conforme a los avances científicos imperantes en el medio, esta organización vio necesaria la difusión de dicha información en todo el mundo incluidos centro y sur América. Allí, se creó una entidad mediadora, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), encargada de difundir una enfermedad mental de carácter bio-psico-social.

En Colombia, y de acuerdo con los criterios de las nombradas organizaciones de salud, se creó la Dirección Nacional de Higiene que en 1953 se denominó Ministerio de Salud Pública, ente encargado de crear dependencias a nivel nacional que dieron paso a la Atención Médica regional y fomentaron la labor de la Junta de Asistencia Social de Santander que como ya se ha mencionado fue la principal promotora del Instituto Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga.

En funcionamiento, el Instituto, el tratamiento de las enfermedades mentales fue una prioridad, por lo tanto, la esquizofrenia ocupó un lugar muy importante debido a su notoria interrupción en la Salud Pública de los habitantes del nororiente colombiano y porque se produjo una evolución en la Atención Médica a estos enfermos a partir del más adecuado internamiento, el mejoramiento en la proporción y especificidad de los fármacos y en la aceptación y reconocimiento del enfermo mental como enfermo.

En consecuencia, una más adecuada Atención Médica fue necesaria, a partir de los niveles de alcance de una enfermedad que diversificó la causa principal por la cual se internaba al enfermo y que prendió las alarmas en el desarrollo de la sintomatología de una esquizofrenia, de enfermedad profunda, de enfermedad orgánica o en fase de recaída. En este sentido la Rama Administrativa y Científica de la institución apoyó una dotación basada en los servicios de Electroencefalografía, Neuropsiquiatría, Análisis Clínicos y Servicios Médicos Generales.

Finalmente, la filosofía de la Atención Médica que el Instituto Psiquiátrico San Camilo promovió se fundamentó gracias a la gestión pronunciada por el Ministerio de Salud Pública y en consecuencia por los componentes de oferta y demanda crecientes en Santander.

La evolución que ha tenido la esquizofrenia como enfermedad mental no solo se sustentó en el recorrido iniciado en épocas clásicas de las más reconocidas culturas francesas, también presentó su evolución a través de culturas occidentales del siglo pasado que se han esforzado notablemente por

²⁰¹ OMS. Acerca de la OMS. Op cit., p. 2.

contrarrestar este padecimiento. Esta labor no hubiese sido posible si las autoridades internacionales, nacionales y regionales, no hubiesen trabajado conjuntamente no solo creando las normas pertinentes sino incentivando la educación médica (psiquiátrica) y contribuyendo con los auxilios correspondientes para brindar la más adecuada atención.

Con el Instituto Psiquiátrico San Camilo esta evolución desde la perspectiva histórica y conceptual se efectuó por la adopción y desarrollo de los campos científico, político, farmacéutico, tecnológico y arquitectónico. De la misma manera, como el enfermo fue emitiendo un patrón de comportamiento que se concibió como enfermedad mental, y que así como esa enfermedad fue reconocida por distintos agentes sociales (políticos, económicos, científicos), ello no hubiese podido ser posible sin la preparación, innovación e importancia del Médico como autoridad hospitalaria, tema que será tratado en el siguiente capítulo.

3. DE LA NACIENTE COMUNIDAD TERAPÉUTICA A LA TERAPÉUTICA DE LA COMUNIDAD

“Todo modelo terapéutico responde a la posición que se adopte frente a ese sufrimiento”

Nilda Estella

3.1 RAMA CIENTÍFICA Y ADMINISTRATIVA

Fundado el Instituto Psiquiátrico San Camilo como entidad que prestaba los servicios necesarios a enfermos mentales, la necesidad de contratar personal médico interesado fue una prioridad, por ello, las labores se iniciaron con el Director, un interno, 10 religiosas, 12 enfermeras (ver fotografía 21) y 2 enfermeros residentes²⁰², personal que con el tiempo y las condiciones del establecimiento se incrementó.

FOTOGRAFÍA 21: Grupo de Enfermeras al servicio del Instituto Psiquiátrico San Camilo



Fuente: OTERO, Carlos. Archivo Fotográfico del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1957-1967. Bucaramanga, 2008.

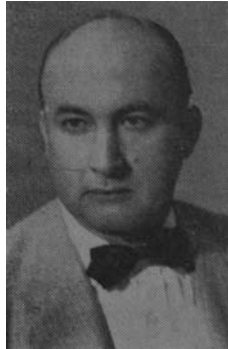
A partir de 1954 la Dirección de la Institución estuvo regida por el médico psiquiatra y la Administración estuvo a cargo de la Comunidad Religiosa de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús²⁰³. Este primer Médico Director de la institución y único psiquiatra, el Dr. Ángel Octavio Villar (ver fotografía 22), no solo se responsabilizó de una institución que antes no existía con tan amplios objetivos, sino que además se encargó de preparar a los médicos generales para que la atención a estos enfermos fuera más acorde a

²⁰² INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO. Resoluciones. Oficios Enviados y Recibidos. Notas enviadas y recibidas por la H. J. Bucaramanga, 26 de enero de 1954 a 26 de diciembre de 1955. A continuación la referencia a los demás documentos producidos allí se presentarán con la sigla IPSC que hace alusión a la institución de donde provienen las fuentes “IPSC”. Folio 2.

²⁰³ IPSC. Resoluciones. Bucaramanga, Hasta 22 de noviembre de 1956. Folio 2.

la que se prestaba en reconocidos manicomios nacionales, fue quien incentivó la idea de educar a las personas sobre esta situación que cada día se hizo más frecuente y fue quien como pionero en psiquiatría puso al descubierto las necesidades científicas de la población y los requerimientos de la institución para atender estos males.

FOTOGRAFÍA 22: Primer Médico Psiquiatra del Instituto Psiquiátrico San Camilo, Dr. Ángel Octavio Villar en 1956.



FUENTE: IPSC. Boletín Informativo. Bucaramanga 1956.

El papel del Dr. Villar en el Instituto fue de vital importancia, no solo por sus conocimientos psiquiátricos, adquiridos en la Universidad Nacional, sino también por la labor desempeñada desde 1948 hasta 1953 como médico psiquiatra del Frenocomio de Mujeres de Bogotá y por su notable presencia en los diferentes Congresos Nacionales de Psiquiatría. Su experiencia y autoridad como médico, le permitieron fundar en 1962 la primera clínica privada en la ciudad llamada Clínica Psiquiátrica Martín Carvajal, que con capacidad para 40 enfermos fue una institución que se encargó también de "...el tratamiento de pacientes mentales"²⁰⁴ (ver fotografía 23). Finalmente, fue quien durante los primeros 5 años de la Institución veló por el mejoramiento de la atención médica, incentivando la enseñanza psiquiátrica, el reconocimiento de la institución y sentando las bases físicas, morales, científicas y humanitarias de tan prestigioso Instituto.

²⁰⁴ ROSSELLI, Humberto. Historia de la Psiquiatría en Colombia. Tomo II. Bogotá: Horizontes, 1968. 857p. Tomo II. 576 p.

FOTOGRAFÍA 23: Clínica Psiquiátrica Martin Carvajal de Bucaramanga



Fuente: ROSSELLI, Humberto. Historia de la Psiquiatría en Colombia. Tomo II. Bogotá: Horizontes, 1968. 857p. Tomo II. p. 576.

Como en todas las unidades hospitalarias del país aquí el ingreso de los empleados de la Rama Científica y Administrativa, así como el ingreso de enfermos a la institución, también exigió ciertos requisitos: la presentación de la cédula de ciudadanía o tarjeta de identidad, certificado de policía, certificado médico, a las religiosas se le exigió cedula de extranjería, certificado de paz y salvo²⁰⁵, y a partir de 1962 el certificado dental²⁰⁶. Los requisitos fueron estrictos debido a la importancia que generaba el ser un hospital de tal categoría.

Anualmente, el personal científico se incrementó en 4 personas, es decir, que en promedio permanecieron en el Instituto un total de 49 personas entre enfermeros, religiosas y médicos. Dentro del personal médico cabe resaltar el ingreso y la permanencia del doctor Roberto Serpa Flórez (ver fotografía 24) quien fue un importante gestor de la psiquiatría regional.

FOTOGRAFÍA 24: Segundo Médico Psiquiatra del Instituto Psiquiátrico San Camilo, Dr. Roberto Serpa Flórez



²⁰⁵ IPSC. Libro Actas de Posesión. Dirección, Resoluciones. Bucaramanga, agosto de 1957 a marzo de 1962. Folio 14.

²⁰⁶ Ibid., Folio 1.

Fuente: FOTOGRAFÍA del Dr. Roberto Serpa Flórez Médico-Psiquiatra y antiguo Director del Instituto Psiquiátrico San Camilo. Captura realizada por Eide Judith Escobar Sarmiento. Bucaramanga, 22 de septiembre de 2008. Formato: JPEG. Tamaño 2,17MB.

El Dr. Serpa llegó a ser Director de la institución como consecuencia de la renuncia del DR. Villar a la Dirección de la institución, él había sido médico director y fundador del Hospital Psiquiátrico San Camilo, “entonces yo fui llamado por la Junta Directiva para reemplazarlo y ser el segundo Director del Hospital Psiquiátrico San Camilo, me invitaron y yo acepté naturalmente regresar a mi tierra natal...”. En ese entonces ya “era psiquiatra y ahí me llamaron precisamente por la hoja de vida que yo traía de la Nacional, yo era psiquiatra y era... fundador de la Sociedad de Psiquiatría y entonces vine a desempeñar ese cargo”²⁰⁷.

El Dr. Serpa fue aprobado para desempeñar el cargo de médico-psiquiatra y Director por el Ministerio de Salud Pública en 1958²⁰⁸, así como también fueron aprobados los ingresos de distintos médicos (ver fotografía 25): el médico Internista Jorge Villabona Abril²⁰⁹, el Dr. Francisco González y el Dr. Héctor García como médicos auxiliares, el Dr. Ángel Octavio Villar como médico psiquiatra, el Dr. Mario Olarte como médico electroencefalógrafo, el Dr. Jorge E. Arenas como interno²¹⁰, el Dr. Rafael Azuero Riveros como médico internista-psiquiatra²¹¹ y posteriormente la presencia del médico Henry Barrio P. contratado como médico de Tuberculosos²¹².

²⁰⁷ ENTREVISTA a Roberto Serpa Flórez. Psiquiatra. Bucaramanga, 22 de septiembre de 2008. p. 1.

²⁰⁸ IPSC. Resoluciones Presupuestales de 1957 a 1961. Copias Sindicatura Resoluciones 1959 a 1961. Bucaramanga, 28 de septiembre de 1957 hasta 23 agosto de 1961. Folio 25.

²⁰⁹ Ibid., Folio 26.

²¹⁰ IPSC. Junta Directiva-Original Resoluciones 1959 y 1960. Bucaramanga 2 de enero de 1959 al 30 de diciembre de 1960. En: Resolución # J-79 de 12 diciembre de 1960. Folio 202.

²¹¹ IPSC. Actas de Posesión de Empleados 1961 y 1962. Bucaramanga, 12 de enero de 1961 17 diciembre de 1962. Folio 36.

²¹² HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO. Actas de Posesión. Bucaramanga, 10 de julio de 1963 a 3 de diciembre de 1963. En: Acta de 6 septiembre de 1963. Folio 87.

FOTOGRAFÍA 25: Grupo de Médicos al servicio del Instituto Psiquiátrico San Camilo



Fuente: OTERO, Carlos. Archivo Fotográfico del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1953-1967. Bucaramanga, 2008.

El proceso de vinculación del personal médico a la institución se efectuó gracias a que “había algunos Médicos que aunque habían trabajado en psiquiatría no tenían especialización médico-psiquiátrica, por ejemplo el Dr. Rafael Azuero Riveros que tenía bastante experiencia en psiquiatría, pero él se clasificó como Médico Internista, no quiso clasificarse como psiquiatra... el Dr. Héctor García Gómez (ver fotografía 26), también trabajaba ayudando como psiquiatra pero sin tener estudios especiales en psiquiatría. Había varios médicos: había un médico auxiliar de traumatología que era el Dr. Rueda Olarte, médico ginecólogo y otros médicos generales. Posteriormente otros Médicos trabajaron en la institución sin ser psiquiatras como el Dr. Manuel Dangón Flórez, por ejemplo, y más tarde empezaron a llegar ya médicos psiquiatras... como el Dr. Joaquín Casadiego...”²¹³.

FOTOGRAFÍA 26: Médico Internista del Instituto Psiquiatra San Camilo, Dr. Héctor García Gómez



Fuente: OTERO, Carlos. Archivo Fotográfico del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1953-1967. Bucaramanga, 2008.

²¹³ ENTREVISTA a Roberto Serpa Flórez, op cit., p. 2.

A pesar de ser la razón social de San Camilo de tipo médico, la situación por la que atravesaba el país invadió todos los campos y especialmente el tema político hizo parte de las decisiones allí tomadas. En el Acta No.86 del 20 de octubre de 1959 la Junta hizo referencia a que “era necesario hacer paridad dentro de la rama Administrativa, es decir, que habiéndose nombrado Síndico conservador había que nombrar Ecónomo Almacenista liberal”, para que hubiese igualdad²¹⁴, en este caso el nivel de cargos distinguió la supremacía de determinado partido político en la época.

Las diferencias políticas era tema de todos los días y ello se reconoció mediante los médicos con mayor énfasis durante 1959 y por parte de los mismos enfermos quienes indicaron como causa de sus enfermedades el hecho de pertenecer a uno u otro partido político, discusión que con los enfermos se presentó desde 1955²¹⁵ hasta 1967²¹⁶.

El correcto funcionamiento era una necesidad latente y en vista de tantos cambios dentro de la institución: las amplias construcciones, el aumento de enfermos, el aumento de personal, fue necesario establecer parámetros claves por ello en 1960 la Junta Directiva del Instituto en uso de sus facultades actualizó el Reglamento del servicio administrativo (ver cuadro 1), en el cual se incluyó una nueva nomenclatura y se ampliaron algunas funciones, artículos, párrafos y cargos²¹⁷.

CUADRO 1: Reglamento del Servicio Administrativo del Instituto Psiquiátrico San Camilo en 1960

REGLAMENTO DEL SERVICIO ADMINISTRATIVO DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO 1960	
RAMA ADMINISTRATIVA	Artículo 1: se estableció que el Síndico dejó de ser nombrado por “la Junta” para ser nombrado por la Contraloría Departamental. Artículo 2: Igual al artículo 14. Artículo 3: Se pusieron a su disposición 9 empleados. Artículo 4: a las funciones establecidas en el reglamento de 1956 se sumó la de hacer proyectos de Acuerdo Mensual de Gastos.
DEL SÍNDICO	Se modificó la denominación de Servicios Generales por Servicios Domésticos de la institución. Se adhirió la función de suplir la labor de Jefe de Personal cuando fuera necesario. Las demás funciones que posteriormente señaló la Junta o el Síndico.
DEL ECÓNOMO ALMACENISTA	A las funciones del Ecónomo Almacenista se le sumaron: Se le aumentó la caja a \$1000. Celebrar contratos de suministro de víveres. Controlar consumo de víveres y drogas. Presentar a la sindicatura comprobantes de compra confrontados con las adquisiciones para elaborar cuentas de cobro y conocer los proveedores.

²¹⁴ IPSC, Actas, Informes, Presupuesto, Adjudicaciones. Bucaramanga, 6 octubre de 1959 a 6 diciembre de 1965. Folio 8.

²¹⁵ IPSC. Historias Clínicas. Difuntos (0001-1981). Bucaramanga, 01 de agosto de 1953 a 27 diciembre de 1967. A continuación la referencia a las demás historias clínicas se presentará con la sigla IPSC que hace alusión a la institución de donde provienen las fuentes “IPSC”. Historia Clínica #0365 (0532). 1955. Folio 2.

²¹⁶ IPSC. Historia Clínica #0854 (4701). 1967. Folio 2.

²¹⁷ IPSC, Junta Directiva-Original, op cit., En: Resolución J-13 de 8 de marzo de 1960. Folios 102-114.

DEL CONTADOR	Llevar el orden del Archivo de "Almacén y Proveeduría" y "Farmacia". Dar ingreso al Almacén todos los artículos adquiridos. Tramitar la entrega de drogas y elementos a los Servicios. Presentar al Síndico la revisión del movimiento de Almacén y Proveeduría" y "Farmacia" los primeros 3 días de cada mes. Controlar todos elementos entregados por el Almacén y que integran las existencias del instituto. Suministrar a la Junta y al Médico Director informes relacionados con su cargo. Las demás funciones que posteriormente señale la Junta o el Síndico. Este cargo anteriormente no se estableció en el Reglamento por lo tanto sus funciones fueron: Llevar la contabilidad del Instituto. Llevar y abrir libros de Control de Ordenación y Pago de Prestaciones Sociales, Deudores Varios, Gastos Acordados por Pagar, Presupuesto de Rentas, Avances, Apropiações, Rentas, Depósitos, Acreedores Varios. Hacer los Asientos de Diario, los Balances, Análisis y Cuentas que se requieran. Entregar al Síndico la cuenta mensual. Revisar todas las cuentas ordenadas por la Sindicatura con cargo a los fondos del Instituto teniendo en cuenta que haya apropiación suficiente en el presupuesto. Registrar las cuentas legalizadas en el libro de Ordenación y Pago. Revisar la conformación general de las relaciones sobre el movimiento del Almacén y Proveeduría y Farmacia en cuanto a su liquidación. Mantener en orden el Archivo de la contabilidad. Presentar a la Sindicatura el anteproyecto de Acuerdo mensual de gastos para el mes siguiente. Entregar al Almacenista copia de todas las facturas por compras que se efectúen durante el mes. Suministrar los datos e informes que soliciten Junta, Síndico, Director y Almacenista. Las demás funciones que posteriormente señale la Junta o el Síndico.
DEL CAJERO	Este cargo anteriormente no se estableció en el Reglamento por lo tanto sus funciones fueron: Recaudar todos los fondos correspondientes al Instituto de conformidad con los estimativos del presupuesto de Rentas, expidiendo los Recibos Oficiales y comprobantes de acuerdo con las prescripciones de la Contraloría Departamental. Manejar los fondos del Instituto manteniéndolos en cuenta corriente en los bancos de la ciudad mediante consignación diaria de la cantidad recaudada. Efectuar por medio de cheques todas las cuentas giradas y ordenadas por la Sindicatura y visadas por el Presidente de la Junta. Llevar toda la documentación al día de tal manera que en cualquier momento pueda el síndico o cualquier otro funcionario autorizado, practicar un arqueo de caja. Llevar con toda pulcritud los libros de bancos, Caja Mayor y Caja Menor. Darle al Ecónomo Almacenista la cantidad de dinero que se le autorice para los gastos del instituto y exigirle la rendición periódica de la cuenta de gastos. Presentar a la Auditoria junto con los comprobantes respectivos el Boletín diario de Caja, del cual enviara una copia a la sindicatura. Enviar con nota visada por el Síndico los cheques de los acreedores de otras ciudades. Pagar los sueldos de los empleados y las Religiosas del Instituto. Llevar el control de pensionados dando aviso a quien corresponda, de entrada, traslado y salida de pensionados y elaborar la lista de pensionados y extras. Cuando el pago de una pensión entre en mora por 8 días máximo dar aviso inmediato al Síndico para que disponga lo pertinente. Recordar a los familiares y acudientes el pago oportuno de las pensiones, suministro de drogas y servicios varios. Hacer mensualmente la Relación de Deudores Varios y Pensionados y enviar copia al Síndico. Ayudar al Contador a elaborar las relaciones de Ingresos y Egresos, análisis de deudores y bancos. Hacer remitir las cuentas de pensionados a cargo de Empresas y Entidades Oficiales. A medida que vayan legalizando las cuentas de cobro de caja menor, entregar al Ecónomo Almacenista, con cuadratura todas las facturas que demuestren compras. Expedir paz y salvos para salida de enfermos. Suministrar datos e informes que solicite la Junta, el Síndico, el Director, el Almacenista o cualquier otra persona autorizada. Las demás funciones que posteriormente señale la Junta o el Síndico.
DEL AUXILIAR DE LA SINDICATURA	Este cargo anteriormente no se estableció en el Reglamento por lo tanto sus funciones fueron: Elaborar las cuentas de todos los acreedores de acuerdo con las facturas que presente el Síndico y el Ecónomo Almacenista. Hacer las nominas y cuentas de los empleados Colaborar con el Síndico y el ecónomo

	Almacenista en trabajos de mecanografía cuando así se le ordene. Llevar al día el kardex de empleados así como también las carpetas de prestaciones sociales de los mismos. Llevar correcta y pulcramente el libro de Posesiones de empleados. Archivar ordenadamente los papeles de la sindicatura en carpetas separadas. Llevar con toda pulcritud y corrección el kardex de droga. Recibir la droga previa revisión y confrontación con los respectivos pedidos. Previo pedido firmado por la Hermana encargada de la Farmacia despachar la droga que se le solicite. Hacer la relación mensual del movimiento de droga. Sacar a maquina la relación mensual sobre movimiento de Almacén. Fijarle el valor a la droga suministrada a los pensionados y a los empleados del Instituto en el kardex respectivo. Las demás funciones que posteriormente señale la Junta o el Síndico.
DEL PORTERO	A este cargo le aumentaron las funciones así: Distribuir las fichas para Consulta Externa a quienes soliciten el servicio. Contestar todas las llamadas telefónicas y hacer la comunicación a la extensión que se le indique. Llevar el libro de estadística de enfermos de acuerdo con instrucciones al respecto. Llevar el control de entrada y salida de los empleados. Controlar la entrada de los enfermeros (as), cuando salgan de permiso. Cumplir las órdenes emanadas de la Dirección y de la Sindicatura.
DEL MENSAJERO	Este cargo anteriormente no se estableció en el Reglamento por lo tanto sus funciones fueron: Reemplazar al portero en días de Salida. Distribuirá toda la correspondencia a las oficinas llevando registro. Entregar cheques girados por el Instituto cuando se le ordene. Cumplir de inmediato las órdenes de la Sindicatura y la Dirección. Cerciorarse de que las puertas de las oficinas queden bien cerradas en la hora de salida de los empleados y asegurarse de que las maquinas queden con sus respectivas tapas. Las demás funciones que posteriormente señale la Junta o el Síndico.
DEL CHOFER DE LA CAMIONETA	Este cargo anteriormente no se estableció en el Reglamento por lo tanto sus funciones fueron: La camioneta estará al servicio de la sindicatura y el economato para el transporte de víveres y toda clase de elementos destinados a la institución. El chofer cumplirá sus funciones de acuerdo con lo estipulado previamente con el Síndico.
DEL PLOMERO	Este cargo anteriormente no se estableció en el Reglamento por lo tanto sus funciones fueron: Desarrollara su trabajo con previa orden del Síndico para desarrollar sus labores dentro de la Institución.
DE LAS SECRETARIAS DE LA DIRECCIÓN Y DE LA SECCIÓN DE HOMBRES	Habrà dos secretarías una en la sección de mujeres y otra en la sección de hombres que por su trabajo pertenecen a la rama administrativa y a la Rama científica auxiliar a saber: La secretaria de la Dirección o secretaria de la sección de Mujeres y la secretaria administradora de la sección de Hombres quien será además efe de enfermeros de dicha sección.
DE LA SECRETARIA DE DIRECCIÓN	Sus funciones son: Llevar el archivo de las Historias Clínicas de la Seccione de Mujeres, para lo cual deberá mantener al día los libros y tendrá correctamente clasificadas las historias clínicas de su sección. Llevar historias clínicas con datos generales de las enfermas. Llevar la correspondencia del Director. Elaborar los Cuadros mensuales de estadística tanto de la sección de mujeres como la de hombres según los datos que le envíe la secretaria administradora de esta sección. Llevar estadística de las Historias Clínicas de Consulta Externa. Llevar estadísticas de las Historias Clínicas de la sección de hombres, con el archivo respectivo. Suministrar al Director y a la Sindicatura los datos e informes que le soliciten las personas facultadas para ello. Las demás funciones que le fije la Junta Directiva o el Director.
DE LA SECRETARIA ADMINISTRADORA DE LA SECCIÓN DE HOMBRES	A este cargo se le incrementaron las siguientes funciones: Enviar diariamente a la Sindicatura a las 5 de la tarde el cuadro numérico de los enfermos hospitalizados discriminados por categorías. Controlar al personal de empleadas de la sección de hombres (lavanderas). Conceder permisos a enfermeros en casos especiales.

DE LA MADRE SUPERIORA	Hacer las veces de Jefe de Enfermeros, velando por el cumplimiento de las obligaciones de los enfermeros. Supervigilar las actividades de los enfermeros en los tratamientos especiales (insulina, electrochoques). Las demás funciones serán fijadas por el Director. Únicamente se omitió una función de las que venía desarrollando desde 1956: Llevará el kardex del personal de la relación de personal y dará los certificados necesarios para la liquidación de cesantías, salida de vacaciones, etc.
DEL PERSONAL DOMESTICO	Siguieron cumpliendo sus funciones tal y como se estableció en el reglamento de 1956.
DEL FUNCIONAMIENTO DEL ALMACÉN	Este departamento anteriormente no se estableció en el Reglamento por lo tanto sus funciones fueron básicamente para regular la entrada y control de los víveres, drogas y elementos materiales necesarios en la institución. Artículo 5: El Almacén funcionara con el siguiente reglamento: El horario ordinario para entrega de alimentos y artículos será de 10:00am a 11:00am y de 3:00pm a 4:00pm. Todo elemento o droga destinada al Instituto ingresara al Almacén afectando posteriormente las cuentas de Almacén y Proveeduría o de la Farmacia según el caso. Los elementos y artículos para los diferentes servicios y la droga para la farmacia se pedirá al Almacenista oportunamente. Cuando no hayan los artículos solicitados el Almacenista acumulara los pedidos del día y en horas de la tarde presentara al Síndico una solicitud que interprete las necesidades. Cuando los pedidos de Droga no sean en formula, llevaran el visto bueno del Director. En los pedidos de elementos de Rayos X y Laboratorio, Dentistería y Encefalografía se seguirá el mismo procedimiento establecido para la droga. Por toda entrega de elementos, artículos o droga que haga el Almacenista de acuerdo a los pedidos previos se producirá una orden de despacho que firmara quien los reciba junto con el Almacenista. Pedidos al Almacén: los pedidos de droga y demás de carácter científico serán suscritos o a los menos visados por el médico Director. Los pedidos de cocina, servicio de mujeres los suscribirá la madre superiora con el visto bueno del Síndico. Los pedidos deben hacerse oportunamente procurando incluir todo lo necesario para el servicio con el fin de que se haga el menor número de pedidos. Los cuatro últimos y dos primeros días el Almacenista no atenderá pedidos, por ser periodo en el que realiza el informe de movimiento mensual. Las órdenes de Despacho afectaran el kardex respectivo debiendo dar un estado permanente de existencias en el Almacén. Ningún empleado distinto al Almacenista está autorizado para conservar stoks de Artículos bien sean devolutivos o de consumo. Queda terminantemente prohibida la entrada de particulares al Almacén. El Almacenista debe llevar un inventario permanente de muebles, enseres y equipos y de todos los elementos de dotación en general que integran las existencias del instituto. Para efectuar traslados definitivos de objetos se producirá una orden autorizada por el Síndico y remitidos al Almacén con copia para el Almacenista y para los respectivos pabellones. Los elementos motivo de baja serán relacionados en una lista visada por el Síndico y remitidos al Almacén. Las altas se registraran tanto en el inventario general, permanente en el Almacén como en los inventarios parciales correspondientes a las dependencias. Los kardex de existencias de elementos y de drogas, y el inventario permanente será revisado y controlado periódicamente por el Síndico.
DEL FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA	Este servicio anteriormente no se estableció en el Reglamento por lo tanto sus funcionamiento se dio en el Edificio de la Administración en donde permanecerá una Farmacia o Botica que se encargará de despachar las drogas a las distintas dependencias, hombres y mujeres. Artículo 6: La farmacia será atendida por una religiosa, la misma de la clínica médica, quien deberá hacer los pedidos y los despachos de acuerdo con las siguientes normas: Los pedidos se harán en formularios especiales en cantidades calculadas para el consumo semanal con el visto bueno del médico director. Para los despachos anotara en el libro formulario con letra "D" o poniendo un sello que diga despachado; y en el libro de movimiento de drogas anotara las bajas. Con el fin de simplificar el despacho, la Hermana encargada llevara un libro en cual anotara las drogas en orden alfabético y donde llevara los asientos del movimiento de droga. Artículo 7: La Farmacia tendrá un horario especial de 10:00am a 11:00am y de 4:30pm a 5:00pm pero en los casos de emergencia se deberá despachar a horas distintas. Artículo 8: No se permitirá que en los servicios haya droga en cantidad apreciable a excepción de las drogas anticonvulsivas, tranquilizadoras y la insulina las cuales podrán despacharse en cantidad calculada.

<i>DISPOSICIONES GENERALES</i>	<i>Artículo 9: el horario de atención para 1960 se redujo en media hora y aunque permaneció atendiéndose todos los días hábiles el horario fue así: de 8:00am a 12:00m y de 2:00pm a 5:30pm.</i> <i>Artículo 10: todos los permisos de los empleados de la sindicatura serán solicitados al síndico</i> <i>Artículo 11: el portero o el empleado que se designe llevara un libro de control en donde anotara la hora de entrada y salida de los empleados de la sindicatura.</i> <i>Artículo 12: los retardos y salidas antes de la hora se cobraran a razón de \$0,05 cada minuto.</i> <i>Artículo 13: el valor de las multas será descontado de los sueldos.</i> <i>Artículo 14: cuando los retardos de un empleado se sucedan con frecuencia el síndico informara a la junta para que se resuelva e imponga la sanción del caso.</i> <i>Artículo 15: el teléfono es para uso exclusivo de las oficinas y de los pabellones en función oficial.</i> <i>Parágrafo: sin embargo se permitirá hacer llamadas de carácter personal en casos urgentes y la duración máxima debe ser de 3 minutos.</i> <i>Artículo 16: Quedan terminantemente prohibidas las tertulias y charlas inoficiosas en las oficinas, pabellones y dependencias del Instituto.</i> <i>Artículo 17: el trabajo deberán desarrollarlo todos los empleados dentro de la mayor cordialidad, mutuo entendimiento y colaboración.</i> <i>Artículo 18: los empleados que no dieran estricto cumplimiento al presente reglamento serán sancionados severamente por la Junta Directiva a solicitud del Director o del síndico.</i> <i>Artículo 19: la presente resolución deroga la No. 31 de septiembre 24 de 1953 y las demás disposiciones que le sean contrarias y rige en todas sus partes desde la fecha de su aprobación.</i>
---------------------------------------	---

Fuente: Junta Directiva-Original Resoluciones. Bucaramanga, 2 de enero de 1959 a 30 de diciembre de 1960. 217 Folios. En: Resolución J-13 de 8 de marzo de 1960. Folios 102-114

Si se tiene en cuenta el Boletín Informativo publicado en 1956, que contiene el Reglamento del mismo año, se deben resaltar las continuidades y cambios existentes en el Reglamento de 1960: desde la perspectiva administrativa se ampliaron las funciones de algunos empleados, se establecieron nuevos cargos y crearon nuevos departamentos; desde la perspectiva científica se continuó con el uso de los más eficientes y eficaces modelos terapéuticos y desde la perspectiva médico-hospitalaria el Instituto se amplió para brindar una mejor Atención Médica.

A partir de estas tres perspectivas se concluye: el constante uso de tratamientos especiales como la insulina y los electrochoques²¹⁸, y el constante uso de droga anticonvulsivante y tranquilizadora²¹⁹, la innegable importancia de la Comunidad Religiosa en el proceso evolutivo del Instituto²²⁰, la proyección de la Rama Administrativa al establecer parámetros para calcular la cantidad de droga necesaria por pabellones y semanas²²¹, la cobertura y el reconocimiento que adquirió la institución al modificar la elección del Síndico quien inicialmente fue elegido por la Junta para pasar a ser elegido por la Contraloría Departamental, y el sistema de cobro de multas por retardos que de una u otra manera le exigieron al empleado ser puntual y en su defecto hacer un aporte económico a la institución²²².

²¹⁸ Ibid., p. 6.

²¹⁹ Ibid., p. 12.

²²⁰ Ibid., p. 9.

²²¹ Ibid., p. 11.

²²² Ibid., p. 12.

Dentro de las Disposiciones Generales de la institución en el Reglamento de 1956 se le dio prioridad al régimen interno de los enfermos: sus derechos, sus deberes y las restricciones, mientras que en el reglamento de 1960 se resaltó la importancia del ambiente laboral: la hora de entrada, el buen trato con los compañeros, el no abuso de los servicios de la institución, entre otras evidentemente teniendo en cuenta lo planteado en el anterior reglamento.

3.2 EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA

El proceder de los médicos operantes en el Instituto Psiquiátrico San Camilo recién abierto (excepto el médico director), no fue especializado, es decir, con experiencia en psiquiatría, sin embargo, ellos tomaron la iniciativa de acudir a diversos métodos para tratar y entender las enfermedades que durante la época eran de tipo mental pero siempre basados en la premisa de que los tratamientos empleados debían ser los aceptados “por la psiquiatría como benéficos en la curación de los enfermos mentales”²²³. Uno de esos métodos fue el uso de los distintos tratamientos a los enfermos crónicos, posteriormente se abrieron espacios para la especialización teórico-práctica. Ese conocimiento de los médicos en gran medida fue consecuencia del legado decimonónico que estableció una legislación que permitió a los médicos, a través de la apropiación de los conocimientos psiquiátricos, realizar un amplio número de tratamientos que cada día debían ser más específicos.

Dentro de ese proceso de apropiación de los conocimientos precisos, el uso de medicamentos fue variado y se acudió a ello debido al hermetismo de algunos pacientes a la hora de recibir de manera satisfactoria los medicamentos, exigiendo a los médicos buscar otras alternativas. En ese caso se utilizó el Marsilid e Hiserpina al no verse los resultados en pacientes a los que ya se les había tratado con Electrochoques y tratamiento insulínico²²⁴. De la misma manera se ordenaban electrochoques con precaución a enfermas embarazadas que no se estabilizaban de su estado de crisis²²⁵. En otros casos se continuó con el Tratamiento de Sakel y se ensayó “la nueva droga Triperidol”²²⁶. Igualmente cuando salía al mercado un nuevo medicamento que podía utilizarse en San Camilo fue necesario asegurarse de los beneficios y deficiencias del medicamento por ello este método se mantuvo a través del tiempo y solo se usaba en casos especiales escogiéndose a un grupo de pacientes para realizar el tratamiento con Carbamacepina (Tegretol),²²⁷ por ejemplo. La manera en que los conocimientos se adquirieron allí no se salieron de los parámetros éticos aplicables en la época, contribuyendo al mejoramiento de un paciente mientras permanecía su estado crisis.

²²³ IPSC. Boletín Informativo. Bucaramanga: Imprenta del Departamento, 1956. p. 45.

²²⁴ IPSC. Historia Clínica #1039 (0417). 1957 (1959). Folio 2.

²²⁵ IPSC. Historia Clínica #0282 (1667). 1959. Folio 2.

²²⁶ IPSC. Historia Clínica #0795 (3253). 1964 (1967). Folio 2.

²²⁷ IPSC. Historia Clínica #1403 (5912). 1967. Folio 2.

Otra opción importante fue probar el “melange de drogas” en pacientes epilépticos, que por la imposibilidad de manejarlos y tenerlos en el hogar, la familia decidía internarlos, pasándose al respectivo patio con tratamientos anticonvulsivos, luego de unos días se tornaban muy agresivos en el servicio, eran resistentes a toda terapéutica y por ese hecho los médicos probaron dicho melange que contenía Prolixin, 300mgrs de Largactil, para luego añadirle Stelazine²²⁸.

Brindar una Atención Médico-Psiquiátrica adecuada a enfermos mentales fue un objetivo que con la dirección del Dr. Villar comenzó y cuando se asignó por primera vez al Dr. Roberto Serpa como Director de la institución²²⁹ este objetivo se complementó y fue, a largo plazo, mejorar la situación de los internos no solo con la alimentación sino con “las condiciones locativas indispensables para una mejor y eficaz atención de enfermos agudos recuperables”²³⁰. Esta intención se fortaleció mediante la extensión del terreno asignado para el instituto el cual en 1962 se incrementó 250 metros cuadrados más y se solicitó una ampliación del terreno para así mejorar las condiciones de trabajo de los empleados como fue el caso de la adaptación del Pabellón Administrativo Antiguo para Clausura e Iglesia al servicio de la Institución²³¹ (ver fotografía 27) y para mejorar la calidad en el internamiento de los enfermos²³² y de aquellos niños que con la inauguración del salón o “pabellón de niños”²³³ ingresaban a la institución. Este no solo era un llamado a las cosas positivas que requería el Instituto para mejorar la atención médica sino una entrada económica y fuente de reconocimiento regional y nacional.

FOTOGRAFÍA 27: Clausura de la Comunidad Religiosa de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús del Instituto Psiquiátrico San Camilo.



²²⁸ IPSC. Historia Clínica #0856 (3510). 1964 (1969). Folio 2.

²²⁹ IPSC, Libro, Actas, op cit., En: Acta de 22 de febrero de 1958. Folio 27.

²³⁰ IPSC, Actas, Informes, op cit., folio 54.

²³¹ IPSC, Actas, Informes, op cit., En: Acta #131 de 27 de Abril de 1962. Folio 133.

²³² IPSC, Actas, Informes, op cit., folio 126.

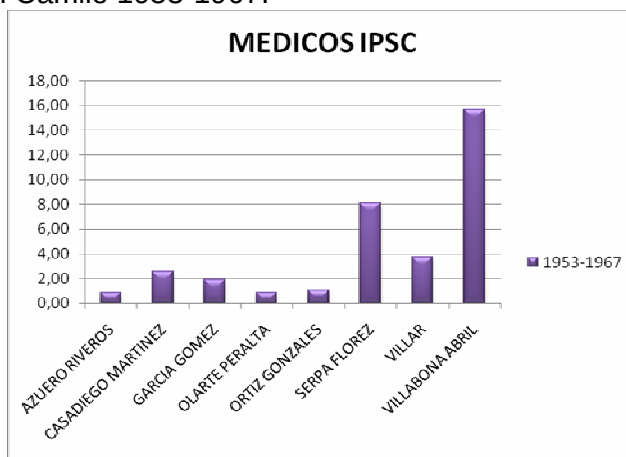
²³³ IPSC, Actas, Informes, op cit., En: Acta #153 del 28 de agosto de 1963. Folio 194.

Fuente: FOTOGRAFÍA de la antigua Clausura de la Comunidad Religiosa de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús del Instituto Psiquiátrico San Camilo. Captura realizada por Eide Judith Escobar Sarmiento. Bucaramanga, 18 de septiembre de 2006. Formato: JPEG. Tamaño 68,4KB.

No solo esta situación, sino la visión médico-científica de los médicos, permitió que en 1963 la razón social pasara de ser una Casa de Internamiento a un Instituto-hospital encargado en un primer momento de asilar y retener a los “locos” para convertirse en un establecimiento encardo de darle a los enfermos mentales la posibilidad de reintegrarse en la sociedad mediante un adecuado tratamiento médico y bajo la constante supervisión de médicos especializados²³⁴.

Los médicos que intervinieron en el desarrollo de las enfermedades mentales de estas personas y que dejaron registro de ello en las diferentes Historias Clínicas fueron Jorge Villabona Abril quien atendió un 15.75% de los enfermos crónicos a razón de ser durante la época de estudio el médico internista, Roberto Serpa Flórez quien atendió un 8.11% de la población siendo el Director de San Camilo, Ángel Octavio Villar 3.74%, Joaquín Casadiego 2.55%, Héctor García 1.91%, Mario Olarte atendió un 0.88% de la población al igual que Rafael Azuero Riveros (0.88%), Luis Guillermo Ortiz 1.03%, Claudio Serrano atendió 0.08%, Alberto Rey 0.08%, Luis Rodríguez 0.08% y Camilo Borrego un 0.08% de la población afectada, de la misma manera no se puede desconocer que el mayor porcentaje lo obtuvo la ausencia de datos que con un 64.84% revela la gran mayoría mas no la totalidad de datos siendo ese pequeño porcentaje muy significativo en cuanto a la investigación debido a que se soporta no solo con las Historias Clínicas sino también con las actas institucionales (ver gráfico 1).

GRÁFICO 1: Estadísticas de la atención de los Médicos del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1953-1967.



Fuente: IPSC. Historias Clínicas 1953-1967

²³⁴ HPSC, Actas de Posesión, op cit., 1963. 111 Folios.

La ausencia de datos prima en cuanto a la verificación del número exacto de pacientes que cada médico atendió durante su permanencia en San Camilo, sin embargo, partiendo de ello se deduce que el número de pacientes atendido varió de acuerdo a los cargos que desempeñaron los médicos a través del tiempo y mediante los cuales dejaron registro.

Es significativa esta gráfica ya que el Dr. Villar, el Dr. Serpa y el Dr. Villabona ejercieron en la institución gran importancia no solo por haber sido los médicos que atendieron el 27.5% de la población estudiada, sino porque a través de su experiencia y sus conocimientos psiquiátricos buscaron mejorar la atención dentro del hospital, innovaron en cuanto a tratamientos eficaces y velaron por el surgimiento de la institución destacándose entre el personal médico para desempeñar altos cargos en la institución como lo fue la Dirección, que les exigió su preparación no solo a nivel médico sino también humanitario y legal.

El crecimiento del “Psiquiatra” surgió gracias a la importancia de los legados científicos extranjeros, gracias a la profesionalización médica nacional y la evolución farmacéutica de la década del 50. Es así como los doctores Jorge Villabona, Roberto Serpa y Ángel Octavio Villar obtienen nuestra atención por la importancia que reflejan en los datos y todo lo que ello nos representa:

1. Los tres médicos ocuparon la Dirección del Instituto, lo que implicaba conocer el funcionamiento total de la institución.
2. Para ello debían destacarse por su desempeño médico dentro del hospital y basarse en sus estudios realizados en el país o especializaciones en el extranjero.
3. El médico psiquiatra además de tener la capacidad de ser imparcial a la hora de tratar un paciente debía gozar de la facultad de ponerles a su disposición las diferentes alternativas que podían tener y brindarles su apoyo cuando lo requirieran; en este caso el doctor Serpa se destacó por su labor social y por su aporte a los pacientes y a la misma institución como psiquiatra forense contribuyendo con sus valiosos conocimientos a mejorar la situación de la psiquiatría ante el código penal regente, entre muchos otros temas.

La importancia de los médicos radicó en el incremento que se presentó a través del tiempo de este personal, ya que si bien el Instituto empezó a laborar con un solo médico psiquiatra, al finalizar la época de estudio la psiquiatría ya era un tema al alcance de muchos. En ese sentido, el Médico como autoridad no solo estuvo pendiente del estado de salud de sus pacientes a través de las terapias y la correcta medicación sino de todo lo que implicaba mantenerlos dentro del hospital.

Un aspecto interesante dentro del desarrollo y evolución del cuerpo médico en pro de difundir la importancia de la salud mental en la región residió en la capacidad de estos mentores por dar a conocer sus conocimientos al respecto, un caso publicado lo protagonizó el doctor Francisco Gómez Pinzón (1908-1943) quien como reconocido médico santandereano tuvo un notable desarrollo de su profesión a nivel nacional y escribió artículos correspondientes a las enfermedades mentales como fue el caso de la “Clasificación de las

Enfermedades Mentales”, publicación que se llevó a cabo en la Revista Protección Social en el año de 1938. Tanto su producción intelectual como el ejercicio de su profesión le otorgaron un reconocimiento y un espacio dentro de la gama de médicos ilustres de la época y que en San Camilo perdura aun en nuestros días gracias a su participación en la medicina psiquiátrica y a la construcción de un pabellón que ha llevado su nombre por años.

En este sentido los medios de comunicación por los cuales se difundió el tema fueron el motor para el reconocimiento de las enfermedades mentales y sus protagonistas: por un lado, mostraron los conocimientos de los médicos y por otro, se advirtieron los problemas de Salud Pública que generaron quienes padecieron dichas enfermedades.

En ciertos casos los programas de Radio efectuaron labores humanitarias en las que "por no tener registrada ninguna dirección de los familiares, se llamó a las siguientes emisoras para que pasaran el servicio social: Radio Atalaya, Santander, Comercio, Transmisora Guía, Palonegro" y así enterar a aquellos familiares de la situación del paciente²³⁵.

Algunos casos muy discutidos fueron publicados por periódicos de la época a nivel local y nacional; Vanguardia quien puso al descubierto una situación que se generaba en Bucaramanga presentó el caso No. 1435 de 1965 a través una historia visionaria en la que la protagonista fue la víctima (ver fotografía 28).

El artículo titulado "*NN dio muerte ayer a su joven amada... y con la misma arma se autoeliminó*" narró la historia así: dos jóvenes provenientes de Piedecuesta donde posiblemente se conocieron; se fueron a vivir juntos durante algún tiempo a la zona rural de dicho municipio. No tardó mucho ella en regresar a su hogar de donde había huido para irse con su "amante". Seguramente el maltrato que este le daba, el cambio de vida de la zona urbana a la rural o el estar apenada con su familia por su proceder fueron los motivos que la impulsaron a tomar esa decisión. Al darse cuenta de esto, el joven salió en su búsqueda pero ya los familiares de la joven la habían advertido de que tuviera cuidado porque él estaba rondando la casa, entonces ella evitó esta situación hasta que un día un niño le notificó que tenía una llamada de una amiga en el teléfono de la tienda del frente, ella salió de su casa y cuando entró a la tienda se dio cuenta que quien estaba allí era él, el amante que sin pensarlo mucho saco un arma y le disparó... al verla caer al suelo nuevamente disparó el arma pero esta vez en su cien²³⁶.

²³⁵ IPSC. Historia Clínica #0022 (4083). 1966. Folio 2.

²³⁶ "SIN NOMBRE". NN dio Muerte ayer a su Joven Amada... y con la misma Arma se Autoeliminó. En: VANGUARDIA LIBERAL. Bucaramanga. Año XLVI. No. 16.207. (Viernes 12 de noviembre 1965); p. 12F.

FOTOGRAFÍA 28: Publicación de tragedia ocurrida a una enferma mental en 1965.



Fuente: VANGUARDIA LIBERAL. Bucaramanga. Año XLVI. No. 16.207. Viernes 12 de noviembre 1965. p. 12.

Como se puede observar en este caso, el medio de comunicación en cuestión nos presenta una parte de los hechos en la que parece ser un crimen pasional, sin embargo, cabe resaltar que dicha joven victima de este episodio trágico, tan solo unos años atrás, cuando tenía 17 y era soltera, se caracterizó por tener un comportamiento en el cual se salía de su casa y se le arrojaba a los autos, deliraba, llamaba por teléfono a muchas partes sin motivo, lloraba y se apretaba el pecho. Una joven con antecedentes de haber sufrido 2 o 3 meses atrás cefalea con midriasis del ojo izquierdo, tos ferina y enteritis, pero que no presentó antecedentes familiares con enfermedad mental y que siendo la quinta de 14 hermanos, sabiendo leer y escribir, después de estudiar hasta quinto año y trabajar en el depósito de víveres y el estanco de Floridablanca, solo se la pasaba llorando y angustiada hasta que finalmente fue diagnosticada en el Instituto Psiquiátrico San Camilo como enferma mental con Histeria en el año 1962²³⁷.

De igual manera es necesario mencionar el otro papel de los medios de comunicación que, con el tiempo y a través de los diversos anuncios publicitarios (escritos u orales), tomó el tema de la medicina. Este tema al ser una necesidad permanente de la sociedad y al ser difundido a través de los hospitales, empresas farmacéuticas y la normatividad pertinente llamó la atención de los medios de comunicación; en ese sentido y de acuerdo a la trayectoria de este campo se le abrió un espacio en dichos medios

²³⁷ IPSC. Historia Clínica #1435 (3343). 1965. Folio 1-2.

observándose un aumento en artículos que hicieron referencia a citas con especialistas, la efectividad del uso de algunos medicamentos y la facilidad de tener acceso a estos, a los centros adecuados para su expedición y a los diferentes servicios que prestaban las instituciones medicas las cuales antes no tenían ningún reconocimiento por alguno de estos medios²³⁸.

3.3 CONTROL MÉDICO A ENFERMOS ESQUIZOFRÉNICOS

El cuerpo médico-científico de la institución adoptó diferentes modelos terapéuticos que contribuyeron a subsanar u obstaculizar el desarrollo de las diferentes enfermedades mentales. En los albores de la institución los tratamientos utilizados iniciaron con el Tratamiento Médico General, el cual corregía “el mal estado orgánico del paciente y lo coloca[ba] en mejores condiciones para recibir el tratamiento especializado”²³⁹.

Los tratamientos especializados fueron variados pero se resaltan:

Vitaminoterapia que se baso en darle al enfermo una dosis apropiada de vitaminas que contribuyeran a una mejoría del estado físico para luego aplicar los medicamentos especializados²⁴⁰.

A medida que los médicos se familiarizaron con los medicamentos, las innovaciones científicas y los tratamientos, la evolución conceptual se hizo clara y perceptible con otro conocido tratamiento los Electrochoques²⁴¹ que luego se conocieron como Electroterapia, de Electroterapia pasaron a Electroestimulación²⁴² y de esta a *Terapia Electroconvulsiva*²⁴³ o TEC²⁴⁴ que consistió en acostar al paciente en una camilla y “aplicar una corriente eléctrica para que el funcionamiento cerebral que está alterado en el paciente se regule...[poniéndole] unos electrodos en la frente... [ese era] un proceso de riesgo que lleva al paciente a un estado de inconsciencia... y para que pueda llevarse a cabo este procedimiento, el respirador artificial debe estar allí presente”²⁴⁵. Según el Dr. Serpa “...los electrochoques se utilizaron a veces excesivamente pero eran muy eficaces especialmente en enfermedades depresivas, en las formas depresivas de las enfermedades maniaco-depresivas”²⁴⁶.

²³⁸ VANGUARDIA LIBERAL. Bucaramanga. Año XLV. No. 15.910. 03, 05, 08 de enero 1965. p. 03-16.

²³⁹ IPSC, Boletín Informativo, op cit., p. 45.

²⁴⁰ IPSC. Historia Clínica #0501 (0024). 1953. Folio 2

²⁴¹ IPSC. Historia Clínica #0678 (0046). 1953. Folio 2.

²⁴² IPSC. Historia Clínica #0578 (2569). 1961. Folio 2.

²⁴³ IPSC. Historia Clínica #0882 (3642), 1965 (1967). Folio 2.

²⁴⁴ IPSC. Historia Clínica #0261 (0179). 1953 (1966). Folio 2.

²⁴⁵ ESTEBAN, Belkys. Por los Pasillos de un Hospital Psiquiátrico [en línea] 2008; [fecha de acceso 08 de mayo de 2008]; URL. Disponible en: <http://www.bucaramanga.com>. p. 1.

²⁴⁶ ENTREVISTA a Roberto Serpa Flórez, op cit., p. 4.

De la misma manera desarrollar los *oficios de la casa* constituyeron una avance importante en el tratamiento de los enfermos. Asistir al peladero de papas²⁴⁷ (ver figura 29), permanecer barriendo los patios²⁴⁸, en el lavadero²⁴⁹ (ver figura 30), con los semovientes o a los servicios generales²⁵⁰, en la huerta (ver fotografía 31), en la obra de construcción²⁵¹ (ver fotografía 32), ayudando en los servicios de la casa²⁵², colaborando en el gallinero (ver fotografía 33), y porqueriza²⁵³ y en los asuntos de bordado y costura²⁵⁴ (ver fotografía 34), constituyó en un primer momento la *Laborterapia*, posteriormente con ese nombre se conoció la elaboración de colchones y almohadas para ser vendidas al mismo hospital²⁵⁵ pero a la vez esas labores se desarrollaron como *Ergoterapia* una terapéutica en la que se elaboraban escobas y otros elementos²⁵⁶.

FOTOGRAFÍA 29: Grupo de Enfermos desarrollando labores en la cocina del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1956.



FUENTE: IPSC. Boletín Informativo. Bucaramanga 1956.

La Laborterapia fue aquella contribución que los enfermos hicieron dentro de sus posibilidades únicamente con buenas intenciones y estabilidad mental mientras que la Ergoterapia fue una labor un poco más especializada que movilizó la economía del instituto mediante oficios que requirieron previa capacitación ya fuese dentro o fuera de la institución, antes o durante la enfermedad.

²⁴⁷ IPSC. Historia Clínica #0180 (0216). 1953. Folio 2.

²⁴⁸ IPSC. Historia Clínica #0260 (0178). 1953. Folio 2.

²⁴⁹ IPSC. Historia Clínica #1348 (sin número real). 1954. Folio 2.

²⁵⁰ IPSC. Archivador de Oficios Recibidos por la Sindicatura. Bucaramanga, 9 febrero de 1954 a 20 de diciembre de 1954. folio 48.

²⁵¹ IPSC. Historia Clínica #1063 (0124). 1956. Folio 2.

²⁵² IPSC. Historia Clínica #0647 (1627). 1959. Folio 2.

²⁵³ IPSC. Historia Clínica #0051 (0934). 1959. Folio 2.

²⁵⁴ IPSC. Historia Clínica #1382 (2025). 1960. Folio 2.

²⁵⁵ IPSC, Actas, Informes, op cit., folio 278.

²⁵⁶ IPSC, Actas, Informes, op cit., En: Acta #175 de 6 abril de 1965. Folio 276.

FOTOGRAFÍA 30: Grupo de Enfermas desarrollando labores en el lavadero del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1956.



Fuente: OTERO, Carlos. Archivo Fotográfico del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1953-1967. Bucaramanga, 2008.

FOTOGRAFÍA 31: Grupo de Enfermos desarrollando laborando en la huerta del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1956.



FUENTE: IPSC. Boletín Informativo. Bucaramanga 1956.

FOTOGRAFÍA 32: Grupo de Enfermos desarrollando Laborterapia en construcción del Instituto Psiquiátrico San Camilo



Fuente: OTERO, Carlos. Archivo Fotográfico del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1953-1967. Bucaramanga, 2008.

FOTOGRAFÍA 33: Grupo de Enfermos desarrollando Laborterapia en el gallinero del Instituto Psiquiátrico San Camilo



Fuente: OTERO, Carlos. Archivo Fotográfico del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1953-1967. Bucaramanga, 2008.

FOTOGRAFÍA 34: Grupo de enfermas realizando labores de costura en el Instituto Psiquiátrico San Camilo



Fuente: OTERO, Carlos. Archivo Fotográfico del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1953-1967. Bucaramanga, 2008.

Otra terapia muy usual empleada en San Camilo fue la Terapia de Sakel²⁵⁷, coma insulínico, *Insulinoterapia*²⁵⁸ o Cura de Sakel que consistió en colocar “unas dosis de insulina inyectada... lo cual provoca el estado de inconsciencia para regular el funcionamiento cerebral”²⁵⁹ del paciente.

Junto a las terapias, la medicación fue vital a la hora de tratar a los pacientes por ello la combinación de estas, la evolución en la producción científica de los médicos y las innovaciones en el campo farmacéutico permitieron el uso de nuevos medicamentos. Inicialmente se acudió a los *Atarácicos*²⁶⁰, el Stemetil²⁶¹, el Epamín²⁶², la Hiserpina²⁶³, el Largactil²⁶⁴, el Luminal²⁶⁵, la Levomepromazina (Sinogan)²⁶⁶, la Clorpromazina²⁶⁷, y el Valium²⁶⁸. Posteriormente se usó el Inhapas²⁶⁹ entre muchos otros medicamentos.

La variedad en la medicación de los enfermos se dio gracias al aprovisionamiento de medicamentos, el cual se efectuó gracias a la labor del Instituto Farmacológico de Beneficencia de Cundinamarca²⁷⁰, quien apoyó constantemente la institución, pero además a ello contribuyó con la importación, a través de casas extranjeras, de algunos medicamentos e

²⁵⁷ IPSC. Historia Clínica #0358 (0162). 1953. Folio 2.

²⁵⁸ IPSC. Historia Clínica #1385 (0346). 1954. Folio 2.

²⁵⁹ ESTEBAN. Op cit., p. 2.

²⁶⁰ IPSC. Historia Clínica #1584 (0003). 1953. Folio 2.

²⁶¹ IPSC. Historia Clínica #0501 (0024). 1953. Folio 2.

²⁶² IPSC. Historia Clínica #1198 (0028). 1953. Folio 2.

²⁶³ IPSC. Historia Clínica #1291 (0031). 1953. Folio 2.

²⁶⁴ IPSC. Historia Clínica #1160 (0044). 1953. Folio 2.

²⁶⁵ IPSC. Historia Clínica #1451 (0082). 1953. Folio 2.

²⁶⁶ IPSC. Historia Clínica #0243 (0088). 1953. Folio 2.

²⁶⁷ IPSC. Historia Clínica #0229 (0110). 1953. Folio 2.

²⁶⁸ IPSC. Historia Clínica #1273 (0123). 1953. Folio 2.

²⁶⁹ IPSC. Historia Clínica #0368 (0403). 1955. Folio 2.

²⁷⁰ IPSC, Junta Directiva-original, op cit., En: Resolución #42 de 17 junio de 1959. Folio 39.

instrumentos tecnológicos empleados allí²⁷¹, como fue el caso del electroshock y el encefalógrafo importado a través de una empresa de Bogotá llamada “Almagran”, la cual según la Honorable Junta fue tachada de “poco diligente como se tramitó lo concerniente a la importación antes anotada y por el procedimiento adoptado al aceptar sin previa consulta a S.C. [San Camilo] los derechos impuestos por la aduana”²⁷².

El electroencefalógrafo importado desde Europa a través de esta empresa, así como los electrochoques traídos por la Comunidad Religiosa desde España²⁷³, certifican que no solo fue un hecho la importación de medicamentos, personal religioso y tecnología apropiada para fortalecer esta gran institución, sino que detrás de todo ello se movieron, como se dijo en un capítulo anterior, políticas apropiadas que respaldaron la Salud Mental en el país, circulando así una economía gracias al pago de impuestos nacionales, el contrato de numerosos empleados en la institución, los diferentes servicios del Instituto a disposición de toda la comunidad y las mismas terapéuticas que jugaron un doble papel: contrarrestar la enfermedad mental y contribuir con materiales de uso continuo a contrarrestar las necesidades de San Camilo.

Con el tiempo llegó al mercado el Haloperidol²⁷⁴, se reconoció el tratamiento ambulatorio²⁷⁵, también fue común utilizar la medicación cardiovascular (hipotensores y diuréticos)²⁷⁶, en 1962 se empezó a utilizar el *Tratamiento de Herpes Zoster*²⁷⁷. En 1963 la innovación fue el *Tratamiento Antilúético*²⁷⁸ (antisifilítico), luego la *Psicoterapia de Grupo*²⁷⁹, en el caso de la ergoterapia que funcionaba como una terapéutica básica dentro de la institución, solo cuatro años después se le asignó un lugar apropiado para desarrollar dichas actividades²⁸⁰, luego se innovó con la Carbamacepina (Tegretol)²⁸¹, y luego con el Triperidol²⁸².

Por su parte, el aumento del Tratamiento Ambulatorio se dio como consecuencia del acelerado internamiento de pacientes crónicos y todo lo que ello implicaba, su alimentación, sus medicamentos, sus uniformes, las camas...un tema primordialmente económico y médico si se tiene en cuenta que muchos de estos pacientes no sufrían realmente una enfermedad mental²⁸³ que requiriera largos tratamientos e indefinidos internamientos.

²⁷¹ IPSC, Actas, Informes, op cit., folio 10.

²⁷² IPSC, Actas, Informes, op cit., folio 31.

²⁷³ ENTREVISTA a Carlos Alberto Otero Orjuela. Médico-Psiquiatra. Consulta Externa de la Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo Bucaramanga, 07 de octubre de 2008.

²⁷⁴ IPSC. Historia Clínica #0645 (1613). 1959. Folio 2.

²⁷⁵ IPSC. Historia Clínica #1349 (1910). 1959. Folio 2.

²⁷⁶ IPSC. Historia Clínica #1371 (1194). 1957 (1960). Folio 2.

²⁷⁷ IPSC. Historia Clínica #0734 (2604). 1962. Folio 2.

²⁷⁸ IPSC. Historia Clínica #0137 (1668). 1959. Folio 2.

²⁷⁹ IPSC. Historia Clínica #0006 (2861). 1963. (1964) Folio 2.

²⁸⁰ IPSC, Actas, Informes, op cit., Folio 276.

²⁸¹ IPSC. Historia Clínica #0910 (1609). 1960 (1967). Folio 2.

²⁸² IPSC. Historia Clínica #0902 (4787). 1967. Folio 2.

²⁸³ IPSC. Historia Clínica #0511 (0721). 1956 (1963). Folio 2.

Generalmente el uso de medicamentos se incrementó considerablemente por año; la razón fue la especificidad del tratamiento en los enfermos mentales, a comparación de los primeros años del instituto cuando el incremento en el uso de los medicamentos estuvo dado de acuerdo a: **1.** El reconociendo de nuevas enfermedades mentales. **2.** El mejoramiento tecnológico y científico de las empresas farmacéuticas. **3.** La estrecha relación de los Hospitales nacionales con las empresas farmacéuticas extranjeras y su libre mercado. **4.** La constante actualización en la producción intelectual de los médicos de San Camilo. **5.** La capacidad económica de San Camilo para la compra de medicamentos.

Con tantos medicamentos y con tan variados usos que se les pudo dar, los médicos encontraron una mejor manera de hacer mas específica y tal vez más eficiente la formulación a los pacientes, por lo tanto, usaron términos cortos para hacer referencia a varios medicamentos, entre ellos se encontró la Droga Neuroléptica que contenía Tioridazina (Meleril)²⁸⁴, la droga Anticonvulsivante que contenía: Epamín, Fenobarbital²⁸⁵ y Clorpromazina²⁸⁶; posteriormente los neurolépticos se entendieron como el conjunto de "... Meleril..., Clorpromazina... y Stelazine"²⁸⁷ y en ocasiones Clorpromazina y Electrochoques²⁸⁸. Así como se aclaró la diagnosticación de las enfermedades, con el tiempo y la preparación intelectual, también el uso de medicamentos se modificó siendo más concreto y efectivo.

El abordaje terapéutico a los enfermos esquizofrénicos se diferenció del ambulatorio por numerosos factores: patología orgánica subyacente, procesos psiquiátricos intercurrentes y medicación neuroléptica asociada. De la población estudiada el 13.12% de los enfermos fueron esquizofrénicos y de ellos el 10.02% padecieron esquizofrenias puras que se les trataron y concibieron a través de los años así:

En 1953 las causas de la enfermedad de la paciente No. 0132 se relacionaron con una situación social de presión e inestabilidad producida por el actuar del esposo, provocándole a esta enferma trastornos del sueño, inestabilidad motora y mala conducta, además con los datos registrados se establece la importancia del uso de barbitúricos y sedantes que para producir sueño marcaron la pauta de la época (ver anexo 5).

En 1958 y a partir de los registros de la Historia Clínica No. 0544 el uso de la terminología "biotipo pícnico" y el uso de la Laborterapia indica la acogida que la medicina alemana tuvo dentro de la institución, esta ultima aportándole al enfermo "labor-trabajo...labor en latín... [que era] el mismo tratamiento por trabajo ... un tratamiento... que consistía en que los pacientes trabajaban y con el trabajo se les ayudaba a recuperarse"²⁸⁹. Además, se puede observar que la

²⁸⁴ IPSC. Historia Clínica #0706 (3183). 1964. Folio 2.

²⁸⁵ IPSC. Historia Clínica #0661 (5268). 1966. Folio 2.

²⁸⁶ IPSC. Historia Clínica #0673 (0859). 1956 (1967). Folio 2.

²⁸⁷ IPSC. Historia Clínica #0334 (5377). 1966 (1967). Folio 2.

²⁸⁸ IPSC. Historia Clínica #0981 (4666). 1967. Folio 2.

²⁸⁹ ENTREVISTA a Roberto Serpa Flórez, op cit., p. 4.

manifestación de la enfermedad fue producida por síntomas positivos como el delirio de persecución y las alucinaciones y síntomas negativos como la falta de expresión del enfermo. Dentro de la sintomatología se destaca también el trastorno del sueño y la agresividad y así mismo se resalta el uso de Electrochoques e Insulinoterapia (ver anexo 6).

A partir de 1963 el caso del enfermo No. 1793 indica que las causas de la esquizofrenia que padeció se relacionaron con los vicios (el alcohol y los cigarrillos) reflejando una tradición colombiana y social en donde la salud y la educación se han financiado bajo estos medios y en las fiestas (populares, nacionales) pasaron a ser un aspecto esencial, convirtiéndose en una opción de escape a los resultados de una sociedad machista en la que a los hombres se les prohibió mostrar emociones y ansiedades. En este caso especial se puede percibir uno de los planteamientos elaborados por Foucault en donde el loco-marinero "... es el pasajero por excelencia o sea el prisionero del viaje"²⁹⁰ debido a que este paciente concentró en sí mismo el encierro de la libertad que el mar le proporcionó.

Las causas de su esquizofrenia estuvieron relacionadas con la situación social de desempleo y problemas económicos, además hicieron parte algunas manifestaciones negativas causadas por su desinterés en el ambiente. Este caso resultó ser inusual en este estudio no solo porque representó a nivel local una percepción del planteamiento de Foucault sobre los enfermos europeos de la época clásica sino porque la variedad en el uso de tratamientos fue amplio si se tiene en cuenta el Liranol para la agitación, el Diamox, la Dextrosa, el Blexonal, el Sinogan, la Psicoterapia de Apoyo, los Electrochoques, la Clorpromazina, el tratamiento Ambulatorio y el Stemetil entre otros, y porque el enfermo presentó una mejoría definitiva a pesar de su intento de suicidio, su trastorno del sueño y su constante agresividad durante su permanencia en el Instituto (ver anexo 7).

Ya en 1967 es posible que las causas de la esquizofrenia del caso No. 0532 estuvieran relacionadas con la parte biológica en cuanto a la variación hormonal y genética y a la patología del tío de la paciente, es decir, que la enfermedad se presentó como consecuencia de la combinación de factores genéticos que surgieron durante el desarrollo de la paciente. Las manifestaciones de esta enfermedad fueron de tipo desorganizado con dificultades para hablar e hipermimia, así como también síntomas positivos con alucinaciones e ideas delirantes, trastornos del sueño y agresividad. Hubo variedad en el uso de medicamentos, y un aspecto muy importante estuvo relacionado con la falta de seguridad y afecto en la paciente como consecuencia del desinterés de su familia por estar pendiente de ella (ver anexo 8).

En estos cuatro casos, la esquizofrenia se presentó cuando los enfermos empezaron a mostrar conductas de aislamiento ya fuese por causas de tipo

²⁹⁰ FOUCAULT, Michel. Historia de la Locura en la época clásica. Tomo I. Bogotá: Proyecto Espartaco, 1993. p. 26.

biológico, psicológico o social en las que fueron características las alteraciones del sueño, la agresividad, las alucinaciones y el delirio, constituyentes específicos de la enfermedad.

Se puede afirmar que durante la primera etapa del Instituto (1953-1957), se presentó constante uso de los Electrochoques primero porque era el único método que había y segundo porque estabilizaba a los enfermos, era efectivo y más económico que el uso de fármacos. A partir de 1953 la evolución terapéutica inició con una atención a enfermos mentales basada en, la adopción por parte del cuerpo médico-científico de, diferentes modelos terapéuticos que contribuyeron a subsanar u obstaculizar el desarrollo de las diferentes enfermedades mentales.

Así mismo, se incrementó el uso de la Clorpromazina y el Epamín principalmente aplicado a epilépticos con crisis de agitación²⁹¹. Otra técnica muy frecuente fue la del uso de Sedantes que en esta primera etapa ocupó un buen lugar como en todos los hospitales psiquiátricos de país. En el caso local la aplicación de esta medicación y de la Levomepromazina (Sinogan), fue usada en personas muy excitadas²⁹². Posteriormente se percibe el incremento en el uso del Niciamin para recuperar el estado mental y tratar de orientar²⁹³ a los enfermos, luego el Gardenal que usado “por la noche”²⁹⁴ ayudaba a que estos pudieran conciliar el sueño; el Fenobarbital para controlar las crisis epilépticas de gran mal²⁹⁵ y el Procasenol usado para la disminuir la astenia²⁹⁶. Con el tiempo el uso de medicamentos que se manipuló tuvo más variabilidad, sin embargo se continuó con el uso de electrochoques en un alto porcentaje durante la tercera y cuarta etapa.

El uso de Electroencefalogramas aumentó notablemente en la segunda etapa como consecuencia de la apertura de este nuevo servicio, así como el uso del Largactil y el Sinogan, después se observa una disminución y estabilidad en el uso de estos fármacos correspondiente a la presencia de novedosos medicamentos en el Instituto pero que no eran muy empleados por los médicos: el Akineton (Biperideno), el Tofranil (Imipramina), y el Meleril (Tioridazina), fueron algunos de ellos, sin embargo no sucedió lo mismo con el Fenobarbital ya que este medicamento resultó ser muy efectivo a la hora de contrarrestar la sintomatología de las personas que padecieron epilepsia.

Ya en la tercera etapa continuó el uso de Electroencefalogramas pero en menor medida que la etapa anterior, así mismo, se dió un incremento en el uso de la Insulinoterapia y una estabilidad en el uso de los electrochoques, el Fenobarbital y la Clorpromazina.

²⁹¹ IPSC. Historia Clínica #1203 (0022). 1953 (1958). Folio 2.

²⁹² IPSC. Historia Clínica #1373 (0030). 1953 (1959). Folio 2.

²⁹³ IPSC. Historia Clínica #1102 (0665). 1955. Folio 2.

²⁹⁴ IPSC. Historia Clínica #0139 (1390). 1958. Folio 2

²⁹⁵ IPSC. Historia Clínica #1251 (2661). 1961 (1966). Folio 2.

²⁹⁶ IPSC. Historia Clínica #0598 (2592). 1962. Folio 2

Como se puede observar a través del tiempo se manejaron con frecuencia los Electrochoques, la Laborterapia, la politerapia y en casos aislados las dosis insuficientes o excesivas²⁹⁷. Así mismo se utilizó el tratamiento de Hibernación²⁹⁸ generándose una disminución cuantitativa, un ajuste cualitativo y el uso de dosis pautadas e individualizadas.

3.4 EN VÍA A LA PROFESIONALIZACIÓN

Con la creación del Instituto Psiquiátrico San Camilo las condiciones de trabajo de los médicos cambiaron como consecuencia de las nacientes leyes hospitalarias y las novedosas prácticas médicas. El punto de partida de la Psiquiatría en Bucaramanga se sustenta con la figura de un solo médico Psiquiatra quien estaba asesorando a “médicos generales que practicaban la psiquiatría y otros especialistas no psiquiatras”²⁹⁹, que colaboraban con la naciente profesión.

La iniciativa de la creación de un Instituto-Hospital de la talla de San Camilo no solo radicó en la insistente colaboración del Dr. Martin Carvajal como Representante a la Cámara en primera medida, a la Junta de Asistencia Social de Santander y al coronel Gustavo Gómez Rodríguez, quien en la época era Gobernador de Santander³⁰⁰, sino también a la iniciativa propugnada antiguamente por el Asilo Transitorio de Dementes que fue de suma importancia por haber sido el primer lugar en prestar, como su nombre lo dice un asilo a los dementes y por la continua labor del grupo de médicos que trabajó en la institución. De esta manera en el Instituto Psiquiátrico, bajo la supervisión de la Junta de Asistencia Social y el primer Director de la institución el Dr. Ángel Octavio Villar, se encargaron de ampliar los servicios, el cubrimiento y la capacidad de atención a los enfermos, que antes de 1953 atendía el Asilo.

Al iniciarse el proceso en el cual los médicos diagnosticaron las enfermedades mentales no se puede ocultar la realidad inicial que se generó por la inexperiencia de los médicos como “psiquiatras”, los escasos conocimientos específicos sobre los avances en este campo y los insuficientes medios tecnológicos en la región, que condujeron a explorar nuevos tratamientos a partir de la apropiación del conocimiento psiquiátrico imperante en la época, en la región e impartido por el Dr. Villar y posteriormente por entidades especializadas.

El “médico” que se preparaba en Colombia para ejercer en hospitales psiquiátricos debió en un primer momento basarse únicamente en los

²⁹⁷ IPSC. Historia Clínica #0882 (3642). 1965 (1967). Folio 2.

²⁹⁸ IPSC. Historia Clínica #0375 (3392). 1962. Folio 1

²⁹⁹ SERPA, Roberto. 45 Años de Psiquiatría en Bucaramanga. En: Revista Medicina. Santafé de Bogotá, Academia Nacional de Medicina de Colombia. Vol. 21. Nº 2 (50) (julio 1999); p. 34.

³⁰⁰ IPSC, Boletín Informativo, op cit., p. 5.

conocimientos de los que se apropió en el medio para hallar resultados en los pacientes que trataba. Esos resultados fueron una necesidad que se presentó en todo el país, por ello la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), validó los conocimientos médico-psiquiátricos que tenían los médicos permitiendo una certificación como “médicos especialistas” que además fue apoyada por la delegación del Gobierno Nacional. Esta Asociación no solo reglamentó el ejercicio de estas especialidades sino que además reglamentó las escuelas de medicina³⁰¹, programó y elaboró “estudios de investigación sobre el recurso humano en salud... evaluando las necesidades de salud del país”³⁰².

El Dr. Casadiego (ver fotografía 35), fue un claro ejemplo del proceso que sufrieron los médicos de la época ya que fue el primer médico en San Camilo en recibir certificación, de ASCOFAME después de laborar un tiempo en la institución. El proceso era claro: después de tener cierta experiencia como médico en alguna institución psiquiátrica y después de valorar su hoja de vida profesional, los interesados eran calificados y validados por ASCOFAME independientemente del lugar en donde residiera el médico.

FOTOGRAFÍA 35: Dr. Joaquín Casadiego médico al Servicio del Instituto Psiquiátrico San Camilo.



Fuente: OTERO, Carlos. Archivo Fotográfico del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1953-1967. Bucaramanga, 2008.

Así mismo, el Dr. Luis Guillermo Ortiz (ver fotografía 36), llama la atención por ser un médico que estando laborando en San Camilo desde 1956 tuvo la posibilidad de partir hacia Chile y allí prepararse como Psiquiatra adquiriendo un adiestramiento formal como especialista, quien a su llegada nuevamente a la institución presentó un sinnúmero de alternativas de tratamiento y concepción de las enfermedades mentales que contribuyeron al mejoramiento de la Atención Médica³⁰³.

³⁰¹ SERPA, Roberto. Apuntes para la Historia de la Medicina. Santander y la UIS. En: Revista: Medicas UIS. Vol. 20. Bucaramanga, 2007. p. 160.

³⁰² SERPA, Roberto. Formación Médica. Historia de la Fundación de la Facultad de Salud de la Universidad Industrial de Santander. En: Revista Medicas UIS. Vol. 7. Bucaramanga, 2007. p. 40.

³⁰³ ENTREVISTA a Carlos Alberto Otero Orjuela, op cit., p. 1.

FOTOGRAFÍA 36: Dr. Luis Guillermo Ortiz médico al Servicio del Instituto Psiquiátrico San Camilo



Fuente: OTERO, Carlos. Archivo Fotográfico del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1953-1967. Bucaramanga, 2008.

La importancia de los enfermos mentales para los médicos de San Camilo residió en que aunque era evidente que un malestar afectaba al que lo sentía, en el caso de las enfermedades mentales afectó principalmente a las personas que estaban en el entorno del enfermo por tres razones básicas: **1.** El “loco” por tradición transmitía, desde tiempos inmemoriales, una sensación de miedo e incertidumbre, **2.** Generalmente los enfermos en estado de crisis no estaban en la misma realidad que los demás y por lo tanto era complicado entender el mundo en el que ellos se movían y que ellos se comportaran acorde con la realidad del mundo en el que los demás vivían, y **3.** La misma reacción de un enfermo mental en estado de crisis podía llegar a ser en ocasiones violenta generando un problema social y por lo tanto de Salud Pública.

El internamiento de una persona indicaba la gravedad de la situación y las decisiones que los médicos debían enfrentar con la diagnosticación y su respectivo tratamiento. Desde la perspectiva médica las causas de las enfermedades variaban en antecedentes de 3 días³⁰⁴ hasta periodos de 45 años³⁰⁵, es decir, que eran enfermedades que se venían presentando desde años atrás y que iniciaban con características específicas: fuertes dolores de cabeza, hablaban disparates, dormían poco, comían mal, tenían ideas delirantes, en algunos casos presentaban inquietud, agresividad, atacaban a los mismos familiares, no hablaban o hablaban mucho y solos, presentaban altas fiebres, gritaban, mordían, bailaban, cantaban, alucinaban; otros presentaban enfermedades orgánicas como apoplejía, hidrocefalia, esclerosis múltiple y depresión e infecciosas como meningitis³⁰⁶, paludismo³⁰⁷ o tifoidea³⁰⁸; otros tenían bruscos cambios de humor, rompían la ropa, se salían de la casa, eran negativos, lloraban constantemente, temían que les hicieran daño, reían sin motivo, sufrían pérdida de la memoria, se desnudaban,

³⁰⁴ IPSC. Historia Clínica #1453 (1113). 1957. Folio 1.

³⁰⁵ IPSC. Historia Clínica #1328 (1506). 1958. Folio 1.

³⁰⁶ IPSC. Historia Clínica #0152 (0265). 1954. Folio 1.

³⁰⁷ IPSC. Historia Clínica #0454 (0511). 1957. Folio 1.

³⁰⁸ IPSC. Historia Clínica #0175 (1299). 1958. Folio 1.

maldecían, algunos enfermos tomaban mucho guarapo, no controlaban sus esfínteres y en muchos casos sus síntomas no les permitían trabajar³⁰⁹. En cualquiera de los casos era un comportamiento inadecuado que tenía su etiología orgánica, psicológica o social.

La constante necesidad de brindar una mejor Atención Médica a los enfermos exigía a los médicos la especialización, el contacto con otras entidades psiquiátricas del país y la innovación científica que podía contribuir de manera positiva al funcionamiento de San Camilo.

Este intercambio y apropiación de conocimientos médicos en gran parte también fue transmitido a través de los diferentes viajes realizados por los médicos de San Camilo a otros hospitales del país, mediante los reconocidos Congresos Nacionales sobre Salud Mental organizados a nivel nacional, a través de las continuas reuniones de la OPS y de los constantes pronunciamientos de la OMS sobre la importancia de la Salud Mental. Dichos viajes se programaban con el fin de que los médicos bumanguenses se enteraran del funcionamiento de otros hospitales, sobre sus servicios, la manera en que se desarrollaba la Asistencia Médica y que se enteraran del engranaje administrativo y las innovaciones científicas aplicables a esta institución³¹⁰.

Recién abierto San Camilo la rama científica estuvo a cargo del “médico director en cuanto a intervenciones médicas y un interno”³¹¹, sin embargo a partir de la adopción de personería jurídica este establecimiento exigió la creación de cargos y asignaciones correspondientes a sus necesidades³¹² ampliándose las expectativas y creando nuevos cargos como el de ginecólogo, laboratorista³¹³, odontólogo³¹⁴, Almacenista³¹⁵, Radiólogo³¹⁶, neuropsiquiatra encefalografista³¹⁷ y Anatomopatólogo³¹⁸, entre otros.

Bajo la Dirección del Dr. Villar se modificó la atención medica que se brindó en el Asilo Transitorio, basado en encierro-aislamiento por una atención medica sustentada en el bienestar de “un enfermo”, también se establecieron parámetros de organización administrativa, científica y domestica correspondientes al funcionamiento de un centro psiquiátrico y en consecuencia se planteó una nueva visión social sobre la institución y sobre el enfermo mental. Con la posesión del doctor Roberto Serpa Flórez como médico Director se dispuso de una serie de aportes invaluable desde la perspectiva

³⁰⁹ IPSC. Historia Clínica #0787 (0705). 1958. Folio 2.

³¹⁰ IPSC, Actas, Informes, op cit., folio 181.

³¹¹ IPSC, Archivador de Oficios Recibidos, op cit., folio 34.

³¹² IPSC, Archivador de Oficios Enviados por la Sindicatura. Bucaramanga, 14 enero de 1953 a 23 diciembre de 1954. Folio 3.

³¹³ IPSC, Oficios Enviados y Recibidos, op cit., En: Oficio de 14 diciembre de 1954 Folio 85.

³¹⁴ Ibid., Resolución #47 de 19 diciembre de 1955. Folio 95.

³¹⁵ IPSC. Resoluciones. Bucaramanga, 8 noviembre de 1956 a 16 diciembre de 1957. Folio 69.

³¹⁶ Ibid., folio 28.

³¹⁷ IPSC, Libro de Actas, op cit., En: Acta de 4 de marzo de 1960. Folios 87.

³¹⁸ IPSC, Actas, Informes, op cit., En: Acta #131 de 27 de abril de 1962. Folio 134.

médica, científica, humanitaria, laboral y académica. Uno de esos aportes fue la creación de Consulta Externa (ver fotografía 37), en San Camilo que junto con los médicos de la época fue una estrategia apoyada para contribuir al buen funcionamiento del hospital; tanto Consulta Externa como Neuropsiquiatría Encefalografista fueron muy importantes en esta evolución “dado el volumen que ésta había adquirido y porque puede ser un medio para disminuir el número de pacientes hospitalizados ya que algunos de ellos podrían ser tratados en forma ambulatoria”³¹⁹.

FOTOGRAFÍA 37: Servicio de Consulta Externa del Instituto Psiquiátrico San Camilo



Fuente: OTERO, Carlos. Archivo Fotográfico del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1953-1967. Bucaramanga, 2008.

El Médico como autoridad no solo estuvo pendiente del estado de salud de sus pacientes a través de las terapias y la correcta medicación sino de todo lo que implicaba mantenerlos internos, por eso en cuanto a los enfermos que debían ser encerrados porque la justicia así lo solicitaba se percibieron dos cosas: la confirmación de un castigo judicial³²⁰ y/o la confirmación de una específica enfermedad mental de la cual ya se ha hablado.

En cuanto a la parte jurídica se refiere, los conocimientos del Dr. Serpa fueron vitales durante su permanencia en el Instituto por ello él tomó cartas en el asunto jurídico de muchos de sus pacientes y en el caso de una enferma de 68 años que sufría de "hipomanía y labilidad afectiva se encontraba en trámites para interdicción judicial y últimamente le había dado por odiar a su esposo "un joven que solamente le pudo salvar una casa, un jeep y la pensión que ella tiene del magisterio", según el Dr. Serpa "Convendría aclarar que si ha de estar en interdicción judicial no sería su esposo el indicado para ser el curador de sus bienes ya que el acto mismo de su matrimonio hace presumir que fuera una de las primeras manifestaciones de su psicosis. Se hace esta anotación para los efectos legales en caso de interdicción judicial y en condición de Director del Instituto responsable de los pacientes en sus intereses”³²¹.

³¹⁹ IPSC, Actas, Informes, op cit., folio 24.

³²⁰ IPSC. Historia Clínica #0204 (0304). 1954. Folio 1.

³²¹ IPSC. Historia Clínica #0335 (5919). 1966. Folio 2.

A pesar de la cantidad de profesionales que prestaban el servicio en el hospital existió una falencia clara no solo en Bucaramanga sino en toda la región nororiental del país debido a la imposibilidad de encontrar personal capacitado que prestara el servicio de laboratorista en la institución por carecer del tiempo necesario³²². Si bien, se dio una profesionalización psiquiátrica, hubo otros campos en los que difícilmente se encontró personal capacitado. Por ello la intención de médicos y administrativos al incentivar la educación médica y psiquiátrica, insistiendo en la creación de escuelas apropiadas para dicho aprendizaje y apoyando las diversas investigaciones universitarias que los interesados aportaron a San Camilo³²³.

Un caso especial lo protagonizó la Universidad Femenina de Santander creada por la Asamblea Departamental, la cual se especializó en carreras que brindaron estudios superiores a las mujeres contando con Bacteriología y Laboratorio, Nutrición y Dietética³²⁴, Enfermería, Fisioterapia y Trabajo Social, Esta universidad luego “se unió con la UIS y formaron... la División de Ciencias de la Salud”³²⁵. Este además fue un esfuerzo emprendido por los médicos Roso Alfredo Cala Hederich y Rafael Azuero Riveros y por, el rector en ese entonces de la universidad, el ingeniero Juan Francisco Villareal³²⁶. El enfoque de esta División estuvo orientado hacia la medicina social y hacia la comunidad y estuvo organizada por Departamentos de servicio divididos en secciones al igual que el funcionamiento interno de las otras facultades de la universidad³²⁷.

La importancia de cambiar la situación económica en la institución no solo radicaba en mejorar el servicio de atención médica sino también en contratar personal calificado que contribuyera a ese cambio que tanto se necesitaba. Por esta razón se justifica la intención del Dr. Roberto Serpa al impulsar la fundación de la Facultad de Ciencias Médicas en la Universidad Industrial de Santander y posteriormente, el 25 de febrero de 1967, la creación de la cátedra de Psiquiatría de la misma universidad.

De esta manera la visión del Instituto-Hospital se desarrolló en función de los programas y propuestas establecidas por la Organización Mundial de la Salud las cuales llegaron a sus manos por la intervención previa del Ministerio de Salud Pública y fueron acordes en cuanto a la finalidad que se pretendió llevar a cabo con la Asistencia Médica³²⁸.

³²² IPSC, Actas, Informes, op cit., En: Acta de 16 de mayo de 1962. Folio 136.

³²³ Trabajos realizados por Lucy Latorre y Magdalena Bernal, Mariella Serrano y Stella Pisón, estudiantes de la Facultad de Dietética y Nutrición de la Universidad Femenina de Santander. En: HOSPITAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO SAN CAMILO. 1964, 1975-1982. Departamento de Nutrición y Contrato de Cuarto Frio. Bucaramanga, enero 1964-diciembre 1982. Folio 80.

³²⁴ SERPA, Historia de la Locura, op cit., p. 41.

³²⁵ ENTREVISTA a Roberto Serpa Flórez, op cit., p. 4.

³²⁶ SERPA, Apuntes para la Historia de la Medicina. Santander y la UIS. En: Revista: Medicas UIS. Vol. 20. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander, 2007. p 160.

³²⁷ Ibid., p. 41.

³²⁸ Ibid., Folio 30.

El Instituto fue creciendo en cobertura, en planta física, en pacientes internos y en gastos de sostenimiento, es decir que poco a poco se incrementaron los problemas económicos. Desde el mismo año de independencia absoluta con el aumento en costos de alimentación que además se brindaba a los empleados³²⁹ (ver fotografía 38), el sobrecupo de pacientes³³⁰, los gastos con las continuas construcciones y remodelaciones de los pabellones³³¹, el servicio de pensionados en el que quedaba pendiente el pago de drogas y pensión³³² y con el claro “problema de hacinamiento” en el que se encontraba el Instituto el problema creció cada día más.

FOTOGRAFÍA 38: Preparación de alimentos para empleados y enfermos del Instituto Psiquiátrico San Camilo



Fuente: OTERO, Carlos. Archivo Fotográfico del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1953-1967. Bucaramanga, 2008.

Una manera de contrarrestar este problema fue aprovechar el hecho de que frecuentemente las familias de enfermos mentales solicitaban el servicio de ambulancia y enfermeros para traer pacientes al instituto y dichos servicios se presentaban en horas extras, por lo tanto se resolvió con autorización del Síndico que cuando fuera necesario se cobrara \$20 por servicio de ambulancia y \$10 por enfermeros para traída de pacientes y en horas extras pagara \$2 a cada enfermero y chofer³³³. Además de ello la institución contó con auxilios por parte de la Junta de Asistencia Social, el Gobierno Nacional, rifas, bazares y la producción del mismo Instituto

Para 1960 el movimiento presupuestal del hospital se empleó así: personal científico \$152.340, sección administrativa \$86.600, sostenimiento \$628.560, prestaciones sociales \$15.000 y dotación \$7.500 y para contrarrestar estos gastos se utilizaron las rentas ordinarias \$170.000 mas el aporte de la Junta de

³²⁹ IPSC, Resoluciones. Oficios Enviados y Recibidos, op cit., folio 81.

³³⁰ IPSC, Resoluciones 1956, op cit., folio 49.

³³¹ IPSC, Actas, Informes, op cit., folio 54.

³³² Ibid., folio 16.

³³³ IPSC, Junta Directiva-Original, op cit., folio 10.

Asistencia Social \$720.000. Por lo tanto durante este año la institución no adquirió deuda³³⁴. Sin embargo durante 1961 y 1962 la descripción presupuestal se incrementó en \$649.473³³⁵. El saldo en caja a 31 de diciembre de 1963 era de \$18.952,39 y un aspecto importante que influyó en esos resultados fue que el auxilio enviado por el Gobierno Nacional se destinó para solventar las necesidades y soluciones a largo plazo que serían la adquisición de una finca rural para construir instalaciones de tipo económico y necesidades y soluciones inmediatas en las que fue importante construir un bloque destinado a servicios generales, la remodelación de la entrada del instituto, construcción de dormitorios de tipo higiénico y la construcción de un salón para laborterapia³³⁶.

En el informe presentado por el Síndico a la Junta Directiva, sobre el estado presupuestal del Instituto, el déficit incluía alimentación, droga, construcción y fondo de prestaciones sociales, el cual se extendió e incrementó debido a que las Rentas del Instituto aun no cubrían las deudas, sabiendo que se contaba con: Rentas Acumulativas (Auxilio de la Asistencia Social, el auxilio Departamental y el Nacional), Sostenimiento (pensiones, laboratorio, rayos X, electroencefalografía, metabolismo basal, electrocardiogramas, electrochoques, neumoencefalogramas), y Rentas (drogas, extras, varios)³³⁷.

En 1964 este déficit de presupuesto era de \$306.261,08 para lo cual se debieron refinanciar \$213.261,08. Este año en carta de 01 de abril se convocó a Junta extraordinaria con motivo de “tratar de resolver la crisis presupuestal y financiera de la institución” como consecuencia también del alza de costos que ascendió entre otras cosas por la alimentación, el hecho de que “los auxilios ordinarios de sostenimiento ha[bía]n sido inferiores a los enfermos atendidos por la institución”, y porque había déficit en tesorería ya que ni el Municipio ni la Nación cancelaron los aportes de los 3 primeros meses³³⁸. A ello se le sumó la continua solicitud de créditos y contracréditos desde el 17 de diciembre de 1959³³⁹, el 14 de noviembre de 1962³⁴⁰, el 5 de septiembre de 1963³⁴¹, el 8 de mayo de 1964³⁴² hasta el 9 de febrero de 1965³⁴³.

En 1965 el Instituto necesitaba mejorar su situación económica y para ello fue muy importante la visita del Dr. Serpa al Hospital de Medellín ya que vio interesante basar la Laborterapia en tres premisas: readaptación del enfermo, capacitación para el desarrollo de labores a su egreso del hospital, y en el caso de los crónicos, capacitación para ciertas labores en su permanencia dentro de la institución. Allí se elaborarían artículos como colchones y almohadas para el

³³⁴ IPSC, Actas, Informes, op cit., En: Resolución #75 de 5 de Diciembre de 1960. Folio 53.

³³⁵ IPSC, Actas, Informes, op cit., folio 106.

³³⁶ Ibid., Folio 220.

³³⁷ HPSC. Actas de Posesión, op cit., folio 50.

³³⁸ Ibid., Folio 231.

³³⁹ Ibid., Folio 17.

³⁴⁰ Ibid., Folio 155.

³⁴¹ Ibid., Folio 202.

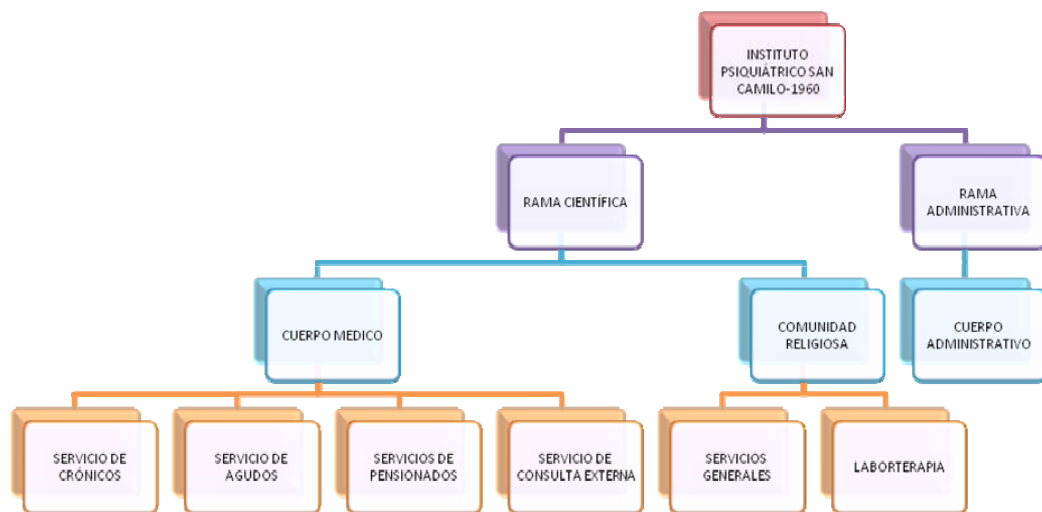
³⁴² Ibid., Folio 242.

³⁴³ Ibid., Folio 273.

uso mismo del hospital. En cuanto a la parte Administrativa era un hecho que debía hacerse una selección más concienzuda del ingreso de enfermos hospitalizados y el rechazo de oligofrénicos y aquellos que se pudiesen atender por Consulta Externa³⁴⁴.

De la misma manera y debido a la importancia que ejerció en el medio hospitalario y social la Comunidad de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús se les designó desarrollar la Laborterapia (ver figura 2), un servicio para el cual no se contó con mucho presupuesto pero que al ser tan importante en el proceso curativo de los enfermos debía quedar en sus manos, defendiendo así su posición y autoridad mediante los cargos que tuvieron en la institución y que no podían ser de menor rango que los del cuerpo médico³⁴⁵, evitando con ello a la institución un gasto económico mayor.

FIGURA 2: Organización Interna del Instituto Psiquiátrico San Camilo-1960.



Fuente: IPSC. Actas, Informes, Presupuesto, Adjudicaciones. Bucaramanga, 6 octubre de 1959 a 6 diciembre de 1965. 332 Folios.

Para 1966 el personal científico de la institución registrado en nomina fue de un médico director, cinco médicos psiquiatras un electroencefalógrafo, un internista, un ginecólogo, un radiólogo, un internista cardiólogo, un laboratorista, un auxiliar de laboratorista, un odontólogo, 15 religiosas, una secretaria administradora sección hombres, cinco enfermeras auxiliares, una enfermera técnico electroencefalógrafa, 19 auxiliares de enfermería y 14

³⁴⁴ Ibid., En: Acta #176 de 4 de mayo de 1965. Folio 278.

³⁴⁵ IPSC, Actas, Informes, op cit., En: Acta #177 de 4 junio de 1965. Folio 284.

enfermeros³⁴⁶. En total 69 personas ya con previos estudios o conocimientos sobre el tema.

Durante este año la Higiene Mental en el país se limitó a los aspectos asistenciales de las enfermedades mentales con escaso desarrollo de la prevención e investigación psiquiátrica. Para la OMS el avance de las enfermedades mentales puso al descubierto la grave situación a la que se exponían los países si a estas no les brindaba la atención necesaria, no solo porque en un futuro se podían abocar importantes repercusiones sociales y económicas, sino porque muchas de esas repercusiones implicaban y afectaban a la comunidad “impidiendo un adecuado nivel de vida y de progreso, tales como el alcoholismo, la violencia, la prostitución, el suicidio, etc.”³⁴⁷.

A nivel mundial, nacional y local, este tema había tomado un lugar importante por ello y a pesar de la insistente crisis económica, las Ramas Administrativa y Científica buscaron alternativas en diversos medios para así evitar el cierre de tan importante institución, esos medios fueron modificar las tarifas para el servicio de pensionados³⁴⁸, la creación de nuevos servicios y su costo básico de uso³⁴⁹, disminuir la cantidad de enfermos crónicos que no necesariamente sufrieron enfermedades mentales como los oligofrénicos³⁵⁰, evitar mantener una gran cantidad de pacientes de caridad, evitar la continua solicitud de créditos, efectuar contratos estrictos con entidades que enviaban enfermos de otros Departamentos y establecer el externado de algunos enfermeros³⁵¹.

La naciente comunidad terapéutica integrada inicialmente por un médico psiquiatra y demás médicos generales hizo grandes esfuerzos por establecer y proyectar un hospital psiquiátrico que brindara una adecuada Asistencia Médica a los enfermos mentales. Esta comunidad de médicos, así como la asimilación del enfermo y la concepción de la enfermedad evolucionó durante 14 años desde varios aspectos con la particularidad de que no hubiese funcionado de la misma manera si alguno de estos aspectos se hubiese omitido ya que a pesar de la importancia individual que ostentan se articulan siempre entre sí en ocasiones confundiendo el punto de partida de cada uno.

Importantes avances de esta comunidad se efectuaron gracias al continuo incremento de personal sobre todo científico quienes conjuntamente con la Rama Administrativa organizaron e instauraron un Reglamento Institucional más acorde con las necesidades y recursos de la institución. En él, las principales características se fundamentaron en la continuidad de modelos

³⁴⁶ Ibid., En: Acta de 7 de septiembre de 1965. Folio 307.

³⁴⁷ REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA. Sexto Congreso Colombiano de Psiquiatría del 7 al 11 de diciembre de 1966. Bogotá: Asociación Colombiana de Psiquiatría, Año 1967 (Nº. 7-8. Mayo, 1967). p. 17.

³⁴⁸ IPSC, Resoluciones 1956, op cit., folio 49.

³⁴⁹ IPSC, Actas, Presupuesto, op cit., En: Rentas Acumulativas hasta 30 de diciembre de 1963. Folio 60.

³⁵⁰ IPSC, Actas, Informes, op cit., En: Acta #176, folio 278.

³⁵¹ IPSC, Actas, Informes, op cit., En: Acta #164 de 8 de mayo de 1964, folio 2.

terapéuticos, la importancia de la labor de la Comunidad Religiosa, la creación del Departamento de Almacén que se encargó de regular el ingreso y perdurabilidad de artículos, víveres y drogas esenciales en la institución y la necesidad de mejorar las condiciones laborales.

En funcionamiento dicho Reglamento, se instalaron las bases para evolucionar en el tratamiento de los enfermos mentales, por lo tanto, la apropiación de conocimientos psiquiátricos a partir de la diferente medicación a pacientes crónicos fue un hecho que no rebozó los límites de la ética profesional y que por el contrario contribuyó a la ampliación de servicios y cobertura de enfermos como fue el caso de la construcción de un nuevo pabellón administrativo y el innovador pabellón de niños. Estos dos aspectos sin duda fomentaron la premisa de que a mayor número de enfermos mentales atendidos, mayor experiencia en el campo médico-psiquiátrico, premisa que se tuvo en cuenta a la hora de establecer la “autoridad” dentro de la institución.

Determinados los parámetros de desenvolvimiento de la esquizofrenia como “enfermedad mental” y los tratamientos empleados para solventarla, se reconoció una evolución conceptual de acuerdo al expertise de dichos médicos, su constante producción intelectual y la influyente innovación farmacéutica. Se reconoce especialmente la transición de “Electrochoques” a “Terapia Electroconvulsiva” y los “oficios de la casa” a “Laborterapia” y luego a “Ergoterapia” existentes aun muchos años después de la creación de Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad Industrial de Santander.

Desde la inicial enseñanza de la psiquiatría impartida por el único psiquiatra en la región, pasando por la apropiación individual de los conocimientos psiquiátricos desarrollados por los médicos de la época y gracias a la necesidad nacional de certificar esta labor, ASCOFAME como reconocida Asociación validó los conocimientos médico-psiquiátricos permitiendo que la psiquiatría tomara un rumbo calificado y necesario por lo menos en la mayoría de las ciudades capitales del país.

Hubo un mayor interés por los estudios en el extranjero y con ello se promovió la profesionalización y especialización en campos que fortalecieron la psiquiatría como la medicina de laboratorio, la anatomopatología, neuropsiquiatría, nutrición y dietética, entre otras. Así mismo se crearon y fortalecieron los servicios en la institución como fue el caso de Consulta Externa, electroencefalografía y radiología; se dio un más amplio y acorde apoyo legal a los enfermos mentales que lo requirieron y por ultimo pero no menos importante se generó una innovación y aplicabilidad de las políticas sanitarias internacionales a partir de las propuestas de Organización Mundial de la Salud con las cuales siguió funcionando el Instituto muchos años después del tiempo de estudio.

Finalmente, desde la perspectiva médica se adoptaron y adaptaron legados científicos extranjeros: reconocimiento de enfermedades, tratamientos, diagnósticos y políticas médico-hospitalarias. Desde la perspectiva social se

reconoció un nuevo centro de atención de enfermedades que antes parecían ser producto del pecado, se empezó a pensar en una nueva institución que limpiaba las calles, que generaba orden público y que aumentaba la seguridad de los habitantes de los distintos municipios nororientales de Colombia, se empezó a pensar en que aquellas personas que sufrían dichas enfermedades podían ser, recluidas, controladas, atendidas, cuidadas, tratadas y en el mejor de los casos reintegradas en la sociedad. Desde la perspectiva salubre la psiquiatría se abrió un nuevo espacio más apropiado a partir de la normatividad necesaria y la concepción popular de las enfermedades mentales y sus respectivos tratamientos.

CONCLUSIONES

Durante los primeros años de la segunda mitad del siglo XX, en el Nororiente de Colombia, se hizo énfasis en los cambios comportamentales de carácter individual que los habitantes de la región presentaron y los cuales se salieron del patrón normal, desencadenando importantes problemas de Salud Pública: agresiones verbales y físicas a los transeúntes de una calle, ausencia del pudor en ellos mismos, desconocimiento de los familiares y personas cercanas y asesinatos y suicidios, fueron la compañía de un estado de inconsciencia permanente.

Como señaló Foucault, los rostros extraños de la Edad Media caracterizados por la figura misma de su expresión que los condenaba, fueron reconocidos en el territorio nacional, a través del tiempo y por tradición, por una máscara de lo familiar que mostraba continuamente esa realidad oculta de los miedos, las tristezas, las preocupaciones, el dolor, la inconsciencia, el “amor” y hasta la intolerancia que aquellos seres ya no podían disimular.

La experiencia de la locura en la región Nororiental de Colombia produjo al “loco” y, en muchos casos, aquella fue originada por éste mismo y se presentó como la ruptura de la uniformidad social en campos puntuales como la educación y la buena conducta; envolviéndolo directamente en la premisa exclusión-reclusión. Bajo ésta, resultó ser, el manicomio, la salvación a una desviación religiosa que no pasó desapercibida, así como aconteció en la Edad Media.

Con la fundación y permanencia del Instituto Psiquiátrico San Camilo se adoptó, en un principio, la misma función del manicomio existente en las antiguas culturas de la época clásica, trabajadas por Foucault, que según él, desembocó en el asilo; sin embargo, a ello correspondieron, también, dos objetivos: por un lado, el ensayo y la comprobación de la verdad y, por el otro, la comprobación y conocimiento de los fenómenos; tanto el uno como el otro, sufrieron en el Instituto una evolución constante y característica del medio y la época en la que sucedieron los hechos.

De los anteriores objetivos el primero tuvo cabida, en Bucaramanga, a partir del reconocimiento de la “locura”, el “loco” y el manicomio que fueron el resultado de hechos llevados a cabo anteriormente: la exclusión religiosa, el deficiente sistema de salud, la incipiente educación y la no especialización psiquiátrica; acontecimiento reforzado por la propagación de enfermedades epidémicas e infecciosas, el abuso de bebidas alcohólicas, el descuido en el adecuado tratamiento de enfermedades y post-partos, el desempleo, los influyentes problemas sociales, la indigencia, entre otros.

El segundo objetivo, tomó forma con la asimilación de estos hechos como alicientes en la concepción de la locura y todo lo que en ella intervino, produciendo la constante *evolución* en la concepción del “loco”, de la importancia de la locura y de la necesidad de una institución que tratara el tema y, en la cual, el médico fuera el encargado. La “locura”, por su parte, y mediante el trabajo de los médicos y científicos nacionales e internacionales pasó a concebirse como “enfermedad mental”, transformando su razón de ser (producto del pecado) a un fenómeno de estudio científico y profesional; apartándose, de esta manera, la influencia religiosa y permitiendo espacios de desarrollo. El “loco” pasó a ser el “enfermo mental” que de rechazado e ignorado, fue visto como un “ser humano” que debía ser atendido de manera responsable y especializada; el médico general, quien pasó a ser la autoridad psiquiátrica, complementó aquellos conocimientos básicos con la especialización psiquiátrica y, finalmente, el manicomio pasó a ser una institución en la cual no hubo espacio para el encierro, el asilo y el control tan solo, sino para el cuidado, el tratamiento y la reintegración social.

La enfermedad mental, el enfermo mental y la autoridad psiquiátrica, produjeron la evolución conceptual más importante del legado histórico producido por el Instituto Psiquiátrico San Camilo durante 1953 hasta 1967, y se podría sintetizar en:

- La noción de la enfermedad mental como tal, y dentro de ella, la importancia de la Esquizofrenia como una enfermedad caracterizada por la distorsión de la realidad y trastornos de afecto y conducta, causados por herencia biológica (enfermedades genéticas y/o congénitas), además de condiciones sociales (desempleo, falta de educación, violencia, deficiencias en el sistema de salud) y detonantes específicos psicológicos (duelos patológicos). La esquizofrenia se concibió como una enfermedad tan peligrosa, en cuanto a que se presentó en personas de todas las edades y, principalmente, en aquellas que se hallaban en la etapa más productiva de su vida, generando graves y notorios problemas de salud pública y haciendo necesario, en la mayoría de los casos, un internamiento indefinido, una medicación constante y una atención especializada que promoviera la recuperación total. Recuperación que, en últimas, pretende que dicho ser vuelva a ser productivo.
- La diversificación en el uso de tratamientos, tales como los electrochoques, y la sedación, que aunque se aplicaron durante todo el periodo de estudio, fueron disminuidos y complementados por la insulino-terapia, el tratamiento ambulatorio y la labor-terapia que, posteriormente, se convirtió en ergoterapia y se integró con las terapias de grupo y apoyo. Teniendo en cuenta este proceso, la variedad en el abordaje terapéutico fue *amplio*, si se tiene en cuenta el uso de fármacos, terapias y distintos servicios que prestó el Instituto; ya que fue *constante* en la aplicación de tratamientos como los electrochoques y el coma insulínico, además de *innovador* con las diferentes actividades realizadas por los enfermos como los oficios de la

casa que se convirtieron en la Laborterapia; contribución que los enfermos desarrollaron dentro de sus posibilidades, únicamente con la intensión de sus estabildades mentales, que dio paso a la Ergoterapia; labor un poco más especializada que movilizó la economía del Instituto mediante la elaboración de colchones, almohadas y escobas que requirieron previa capacitación dentro o fuera de la institución, antes o durante la enfermedad.

- La transición de médico general a medico-psiquiátra, que exigió no solo la certificación de la labor desempeñada, sino que promovió la creación de centros adecuados para la enseñanza psiquiátrica.
- La apertura de centros adecuados para la prestación de servicios psiquiátricos como la estructuración de normas y entidades específicas, a nivel nacional e internacional, que se encargarían de velar por el cuidado y protección de los enfermos mentales.

Para establecer la clasificación de enfermos mentales en los diferentes niveles asistenciales se cumplieron parámetros que fueron acordes a las normas internacionales de Salud Pública correspondientes a mejorar la Salud Mental de los perjudicados; dichos parámetros se basaron en la aplicación de la teoría científica psiquiátrica imperante en el medio y en el manejo de la Historia Clínica y su constante seguimiento del enfermo a través de los más adecuados y específicos tratamientos.

Finalmente, la modificación en las políticas nacionales e internacionales correspondientes a la Salud Pública-Mental, la enseñanza psiquiátrica por parte de las Asociaciones y entidades encargadas de velar por la salud mental de cada comunidad, el creciente número de enfermos y la necesidad de profesionales que los atendieran, desembocaron en la creación de una Facultad de Ciencias de la Salud en la región; Facultad que empezó a cubrir las necesidades de la población y que fue acorde a la enseñanza universitaria, y que impartió una educación, a civiles, médicos e interesados, en contribuir con la Salud Mental a partir de una apropiada Atención Médica.

FUENTES CONSULTADAS

FUENTES ORALES

ENTREVISTA a Roberto Serpa Flórez. Psiquiatra. Bucaramanga, 22 de septiembre de 2008. 5 p.

ENTREVISTA a Carlos Alberto Otero Orjuela. Médico-Psiquiatra. Consulta Externa de la Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo Bucaramanga, 07 de octubre de 2008.

FUENTES DOCUMENTALES

ACEVEDO, Mario. Bucaramanga 1916-1966. Cincuentenario de la Compañía del Acueducto de Bucaramanga. Bucaramanga: Compañía del Acueducto de Bucaramanga, 1985. 51 p.

ASISTENCIA SOCIAL. Publicación de la Junta General de Asistencia de Santander. Informe del Médico-Director del Instituto Psiquiátrico San Camilo. Bucaramanga: Imprenta del Departamento, (Nº. 7. Enero de 1954). 29 p.

CORTES, Carlos. De la Medicina de Santander. Semblanzas y Recuerdos. Bogotá: Editorial Panamericana, 2006. 342p.

ESCOBAR, Eide. Capturación Digital de Médicos y Planta Física del Instituto Psiquiátrico San Camilo. Bucaramanga, desde septiembre de 2006. Formato: JPEG.

FOUCAULT, Michel. Historia de la Locura en la época clásica. Tomo I-II. Bogotá: Proyecto Espartaco, 1993. 574 p. y 441 p.

_____. La Vida de los Hombres Infames. Madrid: Genealogía de Poder, 1990. p. 317.

GAVASSA, Edmundo. Reminiscencias del Comercio Bumangués, Bucaramanga: Talleres de la Sociedad Papelería América Editorial, 1983. 237 p.

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

_____. Actas de Posesión de Empleados 1961 y 1962. Bucaramanga, 12 de enero de 1961 17 diciembre de 1962. 139 Folios.

_____. Actas, Informes, Presupuesto, Adjudicaciones. Bucaramanga, 6 octubre de 1959 a 6 diciembre de 1965. 336 Folios.

_____. Actas. Presupuesto, Personal, Asignaciones, Nombramientos, Reglamento General, Construcciones, Médico Interno, Reuniones. Bucaramanga, Enero 1959 a Junio 1964. 400 Folios

_____. Archivador de Copias de Notas Enviadas por la H. J. Bucaramanga, 14 enero de 1953 a 26 enero de 1954. 14 Folios.

_____. Archivador de Notas Recibidas por la H. J. Bucaramanga, 19 julio de 1954 a 26 de enero de 1955. 12 Folios.

_____. Archivador de Oficios Enviados por la Sindicatura. Bucaramanga, 14 enero de 1953 a 23 diciembre de 1954. 42 Folios.

_____. Archivador de Oficios Recibidos por la Sindicatura. Bucaramanga, 9 febrero de 1954 a 20 de diciembre de 1954. 62 Folios.

_____. Historias Clínicas. (0001-1891) Difuntos. Bucaramanga, 01 de agosto de 1953 a 27 diciembre de 1967.

_____. Junta Directiva-original resoluciones. Bucaramanga, 2 de enero de 1959 a 30 de diciembre de 1960. 217 Folios.

_____. Libro Actas de Posesión. Dirección, Resoluciones. Bucaramanga, agosto de 1957 a marzo de 1962. 163 Folios.

_____. Resoluciones Presupuestales de 1957 a 1961. Copias Sindicatura Resoluciones 1959 a 1961. Bucaramanga, 28 de septiembre de 1957 hasta 23 agosto de 196. 200 Folios.

_____. Resoluciones. Bucaramanga, 8 de noviembre de 1956 hasta 16 diciembre 57. 84 Folios.

_____. Resoluciones. Bucaramanga, Hasta 22 de noviembre de 1956. 86 Folios.

_____. Resoluciones. Oficios Enviados y Recibidos. Notas enviadas y recibidas por la H. J. Bucaramanga, 26 de enero de 1954 a 26 de diciembre de 1955. 100 Folios.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO. Actas de Posesión. Bucaramanga, 10 de julio de 1963 a 3 de diciembre de 1963. 111 Folios.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO SAN CAMILO. 1964, 1975-1982. Departamento de Nutrición y Contrato de Cuarto Frio. Bucaramanga, enero 1964-diciembre 1982. 120 Folios.

OTERO, Carlos. Archivo Fotográfico del Instituto Psiquiátrico San Camilo 1953-1967. Bucaramanga, 2008.

PROTECCIÓN INFANTIL. Revista de la Casa de Menores y Escuela de Trabajo de Santander. Clasificación de las Enfermedades Mentales. Piedecuesta: Imprenta del Departamento, Año I (Nº. 1. Septiembre 1938). 34 p.

PEREYRA, Carlos. Esquizofrenia. Demencia precoz. Buenos Aires: El Ateneo, 1943. 152 p.

PÉREZ, Francisco de Paula. Derecho Constitucional. 5 ed. Bogotá: Lerner. 9 p.

RESTREPO, Guillermo y VILLA, Agustín. Desarrollo de la Salud Pública Colombiana. Medellín: Universidad de Antioquia. Escuela Nacional de Salud Pública, 1980. 167 p.

REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA. Sexto Congreso Colombiano de Psiquiatría del 7 al 11 de diciembre de 1966. Bogotá: Asociación Colombiana de Psiquiatría, Año 1967 (Nº. 7-8. Mayo, 1967). 60 p.

ROSSELLI, Humberto. Historia de la Psiquiatría en Colombia. Tomo II. Bogotá: Horizontes, 1968. 857p. Tomo II. 856 p.

SERPA, Roberto. 45 Años de Psiquiatría en Bucaramanga. En: Revista Medicina. Santafé de Bogotá: Academia Nacional de Medicina de Colombia. Vol. 21. Nº 2 (50), (julio 1999); 33-43 p.

_____. Apuntes para la Historia de la Medicina. Santander y la UIS. En: Revista: Medicas UIS. Vol. 20. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander, 2007. 155- 165 p.

_____. Formación Médica. Historia de la Fundación de la Facultad de Salud de la Universidad Industrial de Santander. En: Revista Medicas UIS. Vol. 7. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander, 2007. 40-44 p.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS – EDITORIALES

INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS. Publicación Científica de los Hospitales Psiquiátricos de la Congregación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón. Barcelona: Instituto Psiquiátrico Femenino. No. 78. Primer Trimestre de 1980. 76p.

_____. Publicación Científica de los Hospitales Psiquiátricos de la Congregación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón. Barcelona: Instituto Psiquiátrico Femenino No. 81. Cuarto Trimestre de 1980. 284p.

_____. Publicación Científica de los Hospitales Psiquiátricos de la Congregación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón. Barcelona: Instituto Psiquiátrico Femenino No. 94. Cuarto Trimestre de 1983. 328p.

_____. Publicación Científica de los Hospitales Psiquiátricos de la Congregación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón. Barcelona: Instituto Psiquiátrico Femenino No. 117-118. Tercer y Cuarto Trimestre de 1989. 526 p.

OBREGÓN, Diana y HERNÁNDEZ, Mario. La Organización Panamericana de la Salud y el Estado Colombiano. Cien Años de Historia 1902-2002 [en línea] 2002 [fecha de acceso 03 de noviembre de 2006]; URL. Disponible en: http://www.col.ops-oms.org/centenario/libro/OPSestado_02.asp. 2002. 403 p.

RIVERA, Laureano. Las Estructuras Materiales de la vida Política en la Provincia de García Rovira. (1930-1953). En: Memorias. Revista Anual de la Escuela de Historia de la Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga: UIS, (Vol. 1. Diciembre de 2003). p. 323-348

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS – PERIÓDICAS

VANGUARDIA LIBERAL. Bucaramanga. Año XLII No. 21 septiembre 1960. p. 10.

_____. Bucaramanga. Año XLVI. No. 16.207. Viernes 12 de noviembre 1965. p. 12.

FUENTES ELECTRÓNICAS

ESTEBAN, Belkys. Por los Pasillos de un Hospital Psiquiátrico [en línea] 2008; [fecha de acceso 08 de mayo de 2008]; URL. Disponible en: <http://www.bucaramanga.com>.

GROB, G.N. Origins of DSM-I: a study in appearance and reality. The American journal of psychiatry [en línea] 2008 [fecha de acceso 12 de enero de 2008]; URL. Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/148/4/421>.

HERREROS, Gerardo y MAHIEU, Eduardo. Vidas y Obras. Historia de la Psiquiatría [en línea] 2008 [fecha de ingreso 22 de febrero de 2008]; URL. Disponible en: <http://www.psicomundo.org/otros>

LAIN, Pedro. Historia Universal de la Medicina. Psiquiatría [en línea] 1975 [fecha de ingreso 20 de abril de 2008]; URL. Disponible en:
Michel Foucault (1926-1984). Perfil Biográfico y Académico. UNESCO [en línea] 2006 [fecha de acceso 12 septiembre de 2006]; URL. Disponible en:
<http://www.infoamerica.org/teoria/foucault1.htm>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Acerca de la OMS [en línea] 2007 [fecha de acceso 22 de marzo de 2007]; URL. Disponible en:
<http://www.who.int/about/es/>.

_____. Antecedentes. Actualización de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10) [en línea] 2007 [fecha de acceso 18 de marzo de 2007]; URL. Disponible en:
http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be_v24n2-Actu_CIE.htm

PSICOMED.NET. Fundamentos Históricos. Proceso de revisión del DSM-IV. Relación con la CIE-10. Revisión del texto del DSM-IV (DSM-IV-TR) Definición de trastorno mental. Uso del DSM-IV [en línea] 2008 [fecha de acceso 27 abril de 2008]; URL. Disponible en:
http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv_int_fh.html

ANEXOS

INSTITUTO PSIQUIATRICO
SAN CAMILO

Ingreso

HISTORIA CLINICA

NO. 025

FECHA DE INGRESO
25 de Agosto 1974
Agosto 1 de 1973

Ida Marzo 1955 - Marzo 1/64

FECHA DE SALIDA
16 de Diciembre, 1974
Pulviero y de 1974

Diciembre 25 de 1967

Salida

Nombre 35 años Procedencia Internaciona.

Estado Civil Soltero, Pese 34 kilos,

Familiares (Hijos)

2 hijos - 25 años - 24 años

1 - ANTECEDENTES FAMILIARES. No hay antecedentes psicopatologicos en la familia.

Salida dia 12 de Mayo de 1970. Por Desorden.

[illegible][illegible][illegible]

Anexo 1 A: Formato de Historia Clínica Instituto Psiquiátrico San Camilo 1953,
Hoja de Observaciones.

INSTITUTO PSIQUIATRICO SAN CAMILO		F. D. 70 YU 87 1500
HOJA DE EVOLUCION		Nombre del Paciente
		H. Cl. No.
FECHA	OBSERVACIONES	
Abril 24/70	TA: 9X 6 P: 60 RC :normales Anodonia . Anorexia , negativismo Lengua seca y saburral . CONJUNTIVAS ictericas . ORINAS: coluricas . INCONTINENCIA ESFINTERIANA . Deposicion de color :normal Abdomen doloroso , es ecialmente en Hipocondrio DERECHO. Hepátomegalia (palcacion) Incapacidad para la marcha . DESNUTRICION . HA PERMANECIDO EN CAMA durante muchos años (17 aed) y presenta ictericia intermitente de corta duracion, vomitos y diarreas ## No se queja , ni contesta nada . Dextrosa con Vit C 1000 cc diarios POLIBLON X10 TIOCTAN X10 .	
Mayo 4/70	Febril hasta 38,8 . Anorexia INCONTINENCIA ESFINTERIANA . Sonda vesical (me) ORINA : colurica . Deposicion : marren obscure??? blanda de la orina BILIRRUBINA TOTAL: 7,9 D: 5,7 I:2,2 COLESTEROL: 304 mglt FOSFATASA ALCALINA: m 23,7 U B. Ambremycina : 2 cada 12 horas Resto igual . ARALEN 5 cc amp # 6 Una diaria I.M. (Suprimir Aralen)	
Mayo 6/70	ANOREXIA . ORINA colurica ### Deposicion acolica . Adinemia . TA 10 X 6 No hay prurito . DEXTROSA con Vit @ 1000 cc endovenosa	
Mayo 8/70	Intensamente icterica Elimina 1600 cc de orina en las ultimas 24 horas. Deposicion acolica Dextrosa al 5 % 1000 cc Berolase L cada 12 horas Ambremycina : 2 cada 12 horas Vit C : 2 con cada frasco de Suero Orina: 1580 cc en las ultimas 24 h:	
Mayo 11/70	Icterica . Febril . Anorexia . Bilirrubina total: 8,9 D: 6,5 I: 2,4 FOSFATASA ALCALINA: 18,8 Colestrol: 313 mgls Est: 125	
Mayo 12/70	Fallece a las 5 am TRAT:Igual Agrega TIOCTAN cada 12 horas endovenosa D.Cl Colestasis intrahepatica Epilepsia . J.V	

FUENTE: IPSC. Historia Clínica No. 0095 (0004). 1953. 5 Folios.

INSTITUTO PSIQUIATRICO
SAN CAMILO

HISTORIA CLINICA No. 3,525

INGRESO Diario 27 de 1957

SALIDA Julio 18 de 1957

INGRESO Julio 10 de 1958

SALIDA 1 XII 68.-

INGRESO _____

SALIDA _____

INGRESO _____

SALIDA _____

Nombre _____

Edad 17 Años

Estado Civil Soltero

Familiares _____

Procedencia Del Excmo

Peso 57 Kilos.

Cares de la Lengua La.

No se conocen antecedentes Psico-físicos en la familia.

II - ANTECEDENTES PERSONALES Dijo el padre de la paciente,...

...que la paciente "atacaba" al pararse de la cama...

...que la paciente al atacar queda muy furiosa, rompe la ropa, etc. "Toma fuerza del"...

...que no sabe qué es lo que le pasa, pero sabe que le pasa algo...

...que la paciente al atacar se levanta de la cama sin saber a dónde va, no come ni duerme.

III - EXAMEN SOMATICO. Historia clínica. Buena condición general.

a) Cardiovascular

• Ruidos cardiacos normales 80 pulsaciones al minuto. Tension arterial 90/60 mm Hg.

b) Respiratorio

Clínicamente normal

c) Gastro-Intestinal

• Ruidos de 30 x 3. Palpacion normal

d) Digestivo

• Dentadura. Lengua sucia. Abdomen normal al examen. Parados en buena condición.

e) Sistema Nervioso

• Reflejos tendinosos y cutaneos normales

f) Organos de los Sentidos.

• Normales

g) Sistema Endocrino

Clínicamente normal

OBSERVACIONES. No se contraindica la terapéutica convulsivante de rutina.

Julia J. M. S. Reingress en buenas condiciones generales

4. Cardiovascular. Pulso 90 al m. T. A. 90/60 mm Hg.

5. Sistema Nervioso: Buena especial que gregos. No se contraindica la terapéutica convulsivante.

[illegible]

V - EXAMENES DE LABORATORIO

VI - DIAGNOSTICO.

EPILEPSIA.-

VII - EXAMEN PSIQUIATRICO DE SALIDA.

Julio 18 de 1957.-

Paciente en buen estado orgánico general. Se autoriza la salida por PETICION DE LA FAMILIA.

7 de Diciembre de 1960.- EN LA FECHA SALE POR DEJUNCION (hora 4 p.m.)

Causa de la Defunción

1.-a) STATUS EPILEPTICUS

c) EPILEPSIA

Dr. Roberto Serpa Piñeros

INSTITUTO PSIQUIATRICO SAN CAMILO

Forma 1

INGRESO

HISTORIA CLINICA No. 1.001

INGRESO 11 - 11 - 60

SALIDA 11-11-62

INGRESO 11-1-63

SALIDA 11-1-63. DEFUNCION

INGRESO

SALIDA

INGRESO

SALIDA

SALIDA

Nombre _____ Lugar de nacimiento _____

Edad 30 años _____ Procedencia Hospital _____

Estado Civil _____

Familiares _____

Acudientes _____

I — ANTECEDENTES FAMILIARES.

II — ENFERMEDAD ACTUAL. Debe detallarse por donde vino enfermo

III — DATOS BIOGRAFICOS.

IV — ANTECEDENTES PERSONALES. (Enfermedades anteriores)

V — EXAMEN SOMATICO (Fecha Marzo 19/62) Peso: 43 kilos

- a) Cardiovascular. Tal 1/3 Frec. Ritmo y M₂ G₂ nis
- b) Respiratorio
clínicamente normal
- c) Génito-Urinario
Examen normales No se practica examen ginecológico
- d) Digestivo "antadura en mal estado" Protesta superior
Abdomen cicático de apendicitomía no visceromegalia
- e) Sistema Nervioso
"reflejo plantar cuadriceps"
- f) Sistema músculo-esquelético
Normal
- g) Organos de los Sentidos
Normal
- h) Sistema Endocrino
Normal especial
- i) Piel
Áreas de equimosis

OBSERVACIONES El examen somático es satisfactorio No se controla
ni oído.
JMS

OTROS EXAMENES FISICOS (Reingresos &)

[illegible]

VIII — ENFERMEDADES FISICAS INTERCURRENTES. (Evolución).

IX — DIAGNOSTICO. ESQUILOFANIA

X — ANOTACIONES AL SALIR. 30 de Enero de 1,908. ESPUCIOS .
C A T A L O G O : a) ESQUILOFANIA HIPNICA .
b) FIEBRE TIFOIDICA .
c) ESQUILOFANIA .

Anexo 3 A: Formato de Historia Clínica Instituto Psiquiátrico San Camilo 1962,
Exámenes de Laboratorio

H. 62 - 1.000 - F. I. 4

INSTITUTO PSIQUIATRICO SAN CAMILO
BUCARAMANGA

SERVICIO DE NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA

LABORATORIO DE ELECTROENCEFALOGRAFIA

Número 476

Bucaramanga, 21 de MARZO de 19 62

Sr. Dr. RAFAEL AZUBRO RIVEROS

A continuación se describe a usted el resultado del examen ELECTROENCEFALOGRAFICO ordenado a _____

Historia número _____ Servicio CARIDAD

CONDICIONES DEL EXAMEN:

Se usó un electroencefalógrafo marca «GRASS» de ocho canales de inscripción a tinta. La actividad bioeléctrica cerebral se investigó colocando un mínimo de 20 electrodos en contacto con el cuero cabelludo, distribuidos en una forma homogénea y simétrica sobre toda la superficie del cráneo.

Las tomas fueron realizadas en «push-pull», con el sujeto conectado a tierra por el mentón y usando un electrodo de referencia común en la punta de la nariz, en cada uno de los lóbulos de las orejas, o en regiones parieto-occipitales.

El registro se efectuó estando el paciente en vigilia acostado con los ojos cerrados, y durante el sueño normal espontáneo o inducido por PENTOBARBITAL DE 0.20 gms. SOMNIFENE 2 cc.IV.

Se practicó la hiperventilación pulmonar voluntaria y la fotoestimulación con el objeto de actualizar alguna anomalía latente.

El paciente estaba tomando _____

el cual fue suspendido para la realización del examen.

INTERPRETACION: El trazado en vigilia está formado por un ritmo desincronizado de muy bajo voltage, sin ninguna frecuencia dominante y el cual aparece con igual amplitud en todas las derivaciones. Se observan numerosos artefactos musculares determinados por la inestabilidad psicomotora de la enferma.

La paciente no colaboró para la hiperpnea.

durante el sueño inducido no se observa ninguna anomalía./

CONCLUSION: E.E.G.- DENTRO DE LIMITES NORMALES

 *Man. M. P.*

FUENTE: IPSC. Historia Clínica No. 1258 (2991). 1962. 5 Folios.

Anexo 4: Formato de Historia Clínica Instituto Psiquiátrico San Camilo 1967

INSTITUTO PSIQUIATRICO SAN CAMILO

HISTORIA CLINICA No. **0090**

INGRESO 14 de Mayo de 1967

SALIDA 21 de Mayo 1967

INGRESO _____

SALIDA _____

INGRESO _____

SALIDA _____

INGRESO _____

SALIDA _____

INGRESO _____

SALIDA _____

Nombre _____ Lugar de nacimiento Guatemala, Hag.

Edad 40 años Procedencia Tropano, (Hag.)

Etnia Olterm Profesión _____

Familiares _____

Acudientes El padre con quien vive/ Tropano Hag.

San Rafael Oficina Santa Rosa. Hag.

I-ANTECEDENTES FAMILIARES _____

II-ENFERMEDAD ACTUAL Informa al padre que lastre, que hace un mes sufre de
torcas mentales, habla dispersas, se desviste, grita, llora, deira a los
los rones de la voz a comer, no come, ni duerme.

III-DATOS BIOGRAFICOS Olterm, tiene 6 hijos, el mayor de 2 años.
No sabe leer ni escribir.

VI- EXAMEN PSIQUIATRICO DE INGRESO

Mayo 14-67. La paciente al parecer bajo los efectos de neurolepticos. Se
arrodilla a la entrada a consultorio y debe ser levantada por el personal
con gran esfuerzo. Permanece con los ojos cerrados, acostada. No responde
a las preguntas elementales. Ingreso en gran estado de agitacion. Se indica
de inmediato electrochoque, Sinagm supelias, analisis de r tina, LPO.

Mayo 16-67. La paciente presentando fiebre de 39. Se solicitan antígenos
febriles. Se indica Ferramicina supelias una cada seis horas. LPO.

Mayo 20-67. La paciente presentand un cuadro febril. Se pasa a Clinica
H'edica. LPO.

VII-EVOLUCION

V- EXAMEN SOMATICO (Fecha Mayo 16 de 1967) Peso _____ Talla _____

a) Cardiovascular: Pulso arterial 110 a 120.- Se palpan los latidos al ritmo.- A la auscultacion de la zona precordial se oye rto sin rones de rones.

b) Respiratorio: 17 respiraciones al minuto.- Auscultacion normal.-

c) Glándulas: Glándulas normales.- No se percibe el intestino.-

d) Digestivo: Lengua normal.- Peristaltismo regular.- Abdomen distendido, no doloroso a la palpacion profunda.-

e) Sistema Nervioso: Reflejos tendinosos y cutaneos normales.-

f) Sistema músculo-esquelético: Bien conformados y fuertes.-

g) Organos de los Sentidos: Visionalmente normales.- Pupilas iguales, reacc. a la luz y acomodacion.-

h) Sistema Endocrino: Tipo glandular.- Glándulas normales.-

i) Piel: No se aprecian lesiones cutaneas.-

OBSERVACIONES Se ha continuado la terapéutica con la siguiente:

OTROS EXAMENES FISICOS (Remite a)

VI- EXAMEN PSIQUIATRICO DE INGRESO

Mayo 14-67. La paciente al parecer bajo los efectos de neurolepticos. Se
arrodilla a la entrada a consultorio y debe ser levantada por el personal
con gran esfuerzo. Permanece con los ojos cerrados, acostada. No responde
a las preguntas elementales. Ingreso en gran estado de agitacion. Se indica
de inmediato electrochoque, Sinagm supelias, analisis de r tina, LPO.

Mayo 16-67. La paciente presentando fiebre de 39. Se solicitan antígenos
febriles. Se indica Ferramicina supelias una cada seis horas. LPO.

Mayo 20-67. La paciente presentand un cuadro febril. Se pasa a Clinica
H'edica. LPO.

VII-EVOLUCION

FUENTE: IPSC. Historia Clínica No. 0090 (5515). 1967. 4 Folios.

Anexo 5: Caso 0132 en el Instituto Psiquiátrico San Camilo durante 1953

"0132 (0132). Femenino. 30 de julio de 1953. 80 años. Zapatoca. Viuda. Claros antecedentes psicopáticos, el padre murió de una psicopatía, una hermana murió recluida en un hospital por enfermedad mental y un hermano tiene la enfermedad de Hansen. Hace 37 años presenta síntomas de enfermedad mental (franca agitación y depresiones prolongadas), los accesos con el tiempo han sido más frecuentes y de larga duración, agresiva con la hija, se fuga de su hogar, tiene alucinaciones visuales, deambula en las noches. Siempre fue trabajadora y ordenada, pero "...sufrió mucho en vida del esposo por las frecuentes agresiones y mala conducta del esposo". Aparente buen estado de salud para hogar. No ha presentado agitación psicomotriz, destiende las camas, forcejea por conservar sus cosas, orientada en el tiempo pero no en el espacio, amnesia evidente, insomnio persistente, reza en la noche y quita a las demás el tendido. 19 oct. 53 Salió por petición familiar. 24 ene 55 Estado de Agitación especialmente en la noche, es necesario dar altas dosis de barbitúricos y sedantes para producir el sueño, grita constantemente. Demencia Senil, Ciclotimia. Neumonía bilateral aguda, esclerosis arterial"³⁵².

³⁵² IPSC. Historia Clínica #0132 (0132). 1953. Folio 1-2.

Anexo 6: Caso 0544 en el Instituto Psiquiátrico San Camilo durante 1958

"0544 (0648). Masculino. 18 de enero de 1958. 33 años. Bolívar (s). Casado. Desde hace 4 años estuvo en el antiguo asilo para dementes. Biotipo Pícnico, buen estado general. No se contraindica la terapéutica convulsivante. Agresivo con su madre, calmado, tranquilo, autista, introvertido, orientado. 30 jul. 58 Con los ES se calmó, ha tenido más de 1 mes sin síntomas, trabajando en distintos oficios, Salida. 11 ago. 59 Enviado por las autoridades de Bolívar, intentó matar a su madre, parece ser delirante crónico. ES. 24 nov. 60 Dicen los familiares que es intolerable, no come, no trabaja, no duerme, entra a las casas y saca lo que se le ocurre. En el examen se halla orientado, con delirio de persecución sistematizado, irreductible. 6 feb. 61 Sintónico y sin síntomas mentales. 30 ago. 61 Parece que agudizó su psicosis. 2 oct. 61 Disgregado, con el mismo delirio, En observacion. 3 feb. 62 Lleva dos semanas en tratamiento de insulina sin llegar al coma, coherente en su pensamiento, alucinado, continuar en tratamiento de insulina. 17 feb. 62 Lleva 4 semanas de insulina (9 comas), tranquilo, conducta aceptable. 13 mar 63 Esperar a que la familia lo retire. 27 mar. 63 Síntomas de otitis. Penicilina, Ptosulfan. 14 dic. 64 Agitado, agresivo. ES. 4 dic. 65 Calmado después del tratamiento. 20 ago. 65 Inquieto, incita a otros a la pelea y la fuga. ES 28 ene 66 Agresivo, golpeo a otro paciente, CPM. 7 feb. 66 Excitado, agresivo, crisis asmática. 26 jul. 66 Nueva crisis de excitación. ES. 19 may. 67 Agresivo, inquieto, CPM 200mgrs dos veces al día. 13 mar 69 Se excita muy rara vez, asiste a Laborterapia. Esquizofrenia. Desnutrición"³⁵³.

³⁵³ IPSC. Historia Clínica #0544 (0648). 1958. Folio 1-2.

Anexo 7: Caso 1793 en el Instituto Psiquiátrico San Camilo durante 1963

"1793 (2916). Masculino. 16 de julio de 1963. Barrancabermeja. 33 años. Barrancabermeja. Soltero. Padres. Hace 2 años enfermó y fue tratado en EEUU y luego en Bogotá de donde salió hace 2 meses, no duerme, es grosero, agresivo, llora y ríe solo. Muy tomador de whisky, fumaba mucho. No se contraindica la terapéutica convulsivante. Agitado, Liranol. 19 jul. 63 Ante el médico se muestra tranquilo, aunque se queja de nerviosismo. Se ordena exámenes de Laboratorio para hacer insulino terapia. 12 ago. 63 Hace 15 días esta calmado, tiene vivencia de su enfermedad, informa que es la 3 vez que se enferma mentalmente, se envía a insulino terapia. 17 ago. 63 Continúa tranquilo t en insulino terapia. 23 ago. 63 Calmado, orientado, con vivencia de su situación, recibió visita sin recaer. 3 ago. 63 En tratamiento de insulina con 420u. En las dos últimas aplicaciones. En la tarde de ayer hizo un coma profundo. Hoy está confuso; se baja la dosis de insulina y se prescribe Diamox, Dextrosa, y Acido Glutámico. 6 sep. 63 Se bajaron las dosis de insulina a 80u, pero entro en coma. Calmado, sintónico, orientado. Hoy relata con tranquilidad muchos episodios de su vida de marinero. Debe continuar en insulina. 16 sep. Se autoriza salida en buenas condiciones mentales y orgánicas. 17 feb. 64 Reingreso. Fue traído del hospital San Juan de Dios dormido por una dosis alta de Blexonal y Sinogan, hoy ya está bien despierto y confirma su intento de suicidio dando como razón "el hecho de no encontrar trabajo y estar causándole problemas económicos a la familia. 19 feb. 64 Tranquilo, conducta normal. 21 feb. 64 En observación. 26 feb. 64 Psicoterapia de apoyo. 9 feb. 65 Consulta Externa: desadaptado, sin empleo, falta de observación al ambiente, se autoriza quedarse en el Instituto por 10 días. CPM 200mgrs diarios. 11 mar 65 Reingreso. "Viene ahora voluntariamente a solicitar hospitalización" (f. 2), CPM. 21 abr. 65 Tranquilo, comportamiento adecuado, lenguaje coherente, pensamiento coordinado. CPM 200mgrs diarios. 4 ago. 65 Se queja de pesadez abdominal, inapetencia. Se da tratamiento sintomático. 9 ago. 65 El paciente ha dado muestras de agresividad, se previene su posible agitación enviándolo a electroterapia. 13 oct. 65 Conducta: adaptado. Continuar tratamiento ambulatorio. 26 oct. 65 Reingreso. Angustiado, temeroso del medio, con tendencia a la agitación. Se envía a electros y CPM. 5 nov. 65 Más tranquilo. Meleril. 5 feb. 66 Stemetil amp. No. 10 dos diarias. 10 feb. 69 Se autoriza salida definitiva. Esquizofrenia. Mejoría"³⁵⁴.

³⁵⁴ IPSC. Historia Clínica #1793 (2916). 1963. Folio 1-2.

Anexo 8: Caso 0532 en el Instituto Psiquiátrico San Camilo durante 1967

"0532 (5514). Femenino. 14 de enero de 1967. San Joaquín (SS). 36 años. San Joaquín (s). Soltera. Madre. Un tío sufrió de enfermedad mental. Hace 3 meses salió del manicomio de Bogotá, desde hace 15 días está peor, habla disparates, grita, canta llora, se ríe, reza mucho, se arrodilla demasiado, a veces agresiva, come poco y no duerme. Alfabetada, es la mayor de 3 hermanos, tiene asma, come y vomita, hace 4 o 5 años no menstrua. No se contraindica la terapéutica convulsivante. Intenso estado de agitación psicomotriz, indiferente, pensamiento fragmentario, no se puede saber si esta alucinada, estereotipias, ES No. 6, CPM 600mgrs diarios. 9 feb. 67 Mas o menos tranquila, critica parcialmente su estado, amanerada en el lenguaje, CPM 400mgrs diarios. 24 feb. 67 Tranquila, adecuada en su comportamiento, pensamiento coherente, crítica correcta de su ingreso. Salida. 9 nov. 67 Reingreso. En agitación maniaca, amanerada, disgregada, con alucinaciones, ideas delirantes de tipo místico. ES No. 8, Largactil amps 3 o 4 diarias, CPM 200mgrs diarios. 6 dic. 67 Tranquila, confusa, critica parcialmente su ingreso, amanerada, CPM 200mgrs. 21 dic. 67 Ha mejorado aunque se observa tendencia a la hipomanía, buena crítica de su estado anterior, CPM 200mgrs. 5 ene 68 Buena autocrítica de su estado anterior, la logorrea desapareció, calmada, buen comportamiento, duerme y come bien. Salida con CPM 200mgrs durante 1 mes y medio. 7 mar. 68 Reingreso. Ingresa hipomaniaca, discurso coherente, no hay agresividad. ES No. 6, CPM 400mgrs diarios. 2 abril 68 Tranquila, amanerada en la expresión verbal, no hace nada, CPM 100mgrs diarios. 2 mayo 68 Tranquila, pensamiento coherente, en el servicio trabaja eficazmente, critica adecuada. En observación con 100mgrs CPM diarios. 17 may. 68 Tranquila, adecuada en su conducta, pensamiento bien estructurado, eutimica, en condiciones de irse. CPM 25mgrs diarios para que lleve. 28 may. 68 La paciente se encontraba de alta, no quiere tomar la droga, apática, bradipsíquica, ES No. 4, Largactil 1 o 2 amp. diarias. 2 jul. 68 Salida. 14 oct. 68 Reingreso. Calmada, un poco locuaz y eufórica, últimamente dormía muy poco, bien orientada, buena crítica de su situación. En observación tomando CPM 100mgrs diarios. 24 oct. 68 Locuaz, eufórica, expansiva, hipermímica, CPM 200mgrs tres veces al día. 5 nov. 68 Calmada, estado de ánimo satisfactorio, valora los motivos de internamiento, cierta tendencia a la inquietud motora, consulta por diarrea. Antidiarréicos, examen de MF, CPM 200mgrs diarios. 11 dic. 68 Tranquila, parcial critica de su situación, orientada, ha mejorado el curso de la ideación. CPM 600mgrs diarios. 29 jul. 69 En estado de excitación psicomotora, agresiva, irritable, discurso incoordinado como cuando manifestó que vino voluntariamente traída por la policía. ES No. 6, Prolixina amp. 1 intramuscular. 25 ago. 69 Calmada, eutimica, buen juicio de su situación, valora las causas de internamiento. Largactil de 100mgrs. 20 sep. 69 Calmada, adaptada, la familia no ha querido venir. Siquil por 2 días. 2 oct. 69 Eutimica, eufórica, comunicativa, ES No. 2, Siquil dos veces al día. 16 oct. 69 Eutimica, eufórica, conducta aceptable, Stemetil 2comp. diarios. 3 ene 72 Reingreso. Con delirio de contenido religioso, delirante, alucinada, amanerada. Stemetil 3 por día. 8 mar 72 Calmada, eutimica, buen juicio de su situación. ES No. 6, Salida. Esquizofrenia"³⁵⁵.

³⁵⁵ IPSC. Historia Clínica #0532 (5514). 1967. Folio 1-2.

