

**La atención de la locura en la
Beneficencia de Cundinamarca,
durante el periodo 1950-1970. Una
lectura desde las historias clínicas.**

MARIA DEL CARMEN CASTRILLÓN V.

No. 174

CIDSE

Documento de trabajo No. 174

Abril de 2018
ISSN 0122-5944

Universidad de valle

Facultad de Ciencias

Sociales y Económicas

Apartado Aéreo 25360

Teléfonos: 331 5200 y 321 2346
FAX: 331 5200

Email: cidse@univalle.edu.co

Cali, Colombia

**La atención de la locura en la Beneficencia de Cundinamarca, durante el periodo 1950-1970.
Una lectura desde las historias clínicas.**

María del Carmen Castrillón V.

La atención de la locura en la Beneficencia de Cundinamarca, durante el periodo 1950-1970. Una lectura desde las historias clínicas.¹

***María del Carmen Castrillón V.
Profesora del Departamento de Ciencias Sociales
Grupo de Investigación “Sociedad, Historia y Cultura”***

Introducción

Este documento busca aproximarse a las dinámicas institucionales que caracterizaron la atención de los enfermos mentales, en los establecimientos de la Beneficencia de Cundinamarca, en un periodo de transformaciones institucionales en la atención de la locura en el país, en el cual que confluyeron nuevas maneras de concebir y diagnosticar la “locura”, por la vía de la psiquiatría, principalmente. Se trató de un periodo que visibilizó la fuerza del discurso médico frente a otros, asociados a la religión y a lo sobrenatural, siendo parte de un largo proceso de “secularización” de la locura en Occidente.

Desde la exploración de las historias clínicas, surge el interés por focalizar las prácticas psiquiátricas predominantes, teniendo en cuenta que este tipo de documento puede ser revelador de continuidades y cambios de las instituciones de asistencia social para registrar, clasificar y contener a los “otros”, en este caso, los llamados locos y locas. Se asume entonces un enfoque historiográfico para leer las historias clínicas, tal como lo propone Huertas (2012: 151), quien afirma que documentos como estos, no sólo evidencian una “praxis clínica” y unos paradigmas médico-psiquiátricos predominantes (aunque no siempre coincidentes con dichas praxis), sino que también permiten otro tipo de análisis de historia social, al facilitar información demográfica, epidemiológica y del funcionamiento institucional de los establecimientos destinados a esta población. En este sentido, es posible conocer diagnósticos, tratamientos, perfiles sociales de la población atendida, fechas de ingreso y reingresos, permitiendo construir datos sobre

¹ La escritura de este documento contó con el apoyo financiero del Centro de Investigaciones y Documentación Socioeconómica – CIDSE, de la Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, de la Universidad del Valle. En el procesamiento de información participaron el sociólogo Mateo Montes y la estudiante de Sociología Diana Morales.

“cronificación y custodialismo”. Estos últimos datos puestos en perspectiva, constituirían un contrasentido, justamente cuando el periodo que aquí se abarca, estuvo atravesado por los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que dio lineamientos para reconceptualizar la enfermedad mental y con ello, introducir una fuerte línea preventiva de la atención psiquiátrica que redujera las prácticas manicomiales y fortaleciera otros mecanismos terapéuticos ambulatorios, de la mano de otros saberes interdisciplinarios (como la psicología y el trabajo social, por ejemplo)².

En el ámbito estatal nacional, estas agendas estaban discursivamente conectadas, pues ya desde los años 30 del Siglo XX, bajo el régimen del Partido Liberal, se avizora un proceso de institucionalización de las políticas sanitarias en el país, que buscaba introducir la idea de la salud como deber de Estado y como principio de progreso. Estos procesos de reorganización e implementación de nuevos sectores de salud, que se extienden hasta finales de los años 50, tienen como eje central la separación entre higiene y asistencia pública, además de la sectorización de los servicios públicos-asistenciales y privados. Procesos que estuvieron marcados por los apoyos técnicos y económicos internacionales, tales como los de la Oficina Sanitaria Internacional, la Fundación Rockefeller, la Fundación Kellogg, el Instituto Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP), la Oficina Sanitaria Panamericana, que a partir de los años 40 construyen nuevos escenarios de cooperación con los Estados Unidos, en el marco de la “Política del Buen Vecino” (F. Roosevelt) y del Plan Marshall. Quevedo *et. al.* (2000: 396) destacan que la Fundación Rockefeller, con fuerte impacto en las políticas sanitarias en América Latina, influyó determinadamente en la institucionalización del modelo médico y salubrista norteamericano, apoyando la creación del Instituto Nacional de Epidemiología y la Escuela Nacional de Enfermeras (1942), del Ministerio de Higiene (1946) y el Ministerio de Salud (1953). En tal orientación, se dieron cambios determinantes en el campo de la educación médica y en la atención hospitalaria, con la intervención de la Misión Humphreys (1948) y la Misión Lapham (1953), creándose varias facultades de medicina, bajo el modelo flexneriano³.

² Por ejemplo, en los informes del Comité de Expertos en Higiene Mental de la OMS de 1950 y 1953, se van configurando estos lineamientos de prevención. En el informe técnico de 1957, titulado “El hospital psiquiátrico, centro de acción preventiva de la salud mental”, se cristaliza un modelo institucional de establecimiento que realice su labor terapéutica bajo una estructura “abierta” –no asilar–, articulada a las dinámicas socioculturales de la población atendida y con un equipo interdisciplinario e integrado, con una estandarización administrativa de los registros clínicos.

³ Este modelo (impulsado por el pedagogo estadounidense Abraham Flexner) sentó sus bases cognitivas en la medicina experimental y positivista, dando prioridad a una formación especializada por ciclos de aprendizaje y en espacios estrictamente universitarios. Asimismo, se propugnó por la práctica clínica en hospitales y el desarrollo de la investigación y la enseñanza dentro de las facultades de medicina, con un énfasis preventivo (Pagliosa; Da Ros, 2008: 496). Dentro de las facultades creadas están la de Popayán (1950); Cali (1950) y Manizales (1952).

Estos procesos de intervención extranjera apuntaron hacia la modernización del campo de la salud pública en el país, claro está dentro de reglas e intereses geopolíticos alrededor de las relaciones de mercado con países como Colombia, con escasa industrialización, pero al mismo tiempo productor importante para los Estados Unidos. Se trató de un proceso que apuntó a cambios en las concepciones y prácticas salubristas, pero que no trajo resultados inmediatos, pues el arraigo de nuevos enfoques se vio mediado por las dinámicas nacionales de un Estado apenas configurándose y con un ámbito sanitario en construcción (Eslava, 2004: 26).

En el campo de la psiquiatría colombiana esta influencia fue central tanto en la recomposición administrativa como en la reconceptualización de los enfoques teóricos y terapéuticos, que venían de la mano de sistemas de clasificación de las enfermedades mentales. Investigaciones como las de Arboleda (2013), Montes (2016) y Escobar (2009), muestran, por ejemplo, el trabajo de revisión y promoción del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSM I y II por parte de la OMS en la década del 50. Ambos, con sus variantes, estuvieron orientados por la psiquiatría psicodinámica y psicoanalítica, además de enfatizar servicios alternativos en los hospitales psiquiátricos, como camino para el desarrollo de una medicina preventiva. Asimismo, la Fundación Rockefeller otorgó becas a algunos psiquiatras para su formación especializada, también auspiciados por el Plan Tulane-Colombia, que consistía en la formación de profesores nacionales en Nueva Orleans (Universidad de Tulane), aunque también de visitas de profesores de dicha universidad al país.

El tratamiento de las historias clínicas tiene un carácter exploratorio, toda vez que los expedientes de los establecimientos psiquiátricos disponibles en el Archivo Central de la Beneficencia de Cundinamarca no tenían hasta el periodo de revisión, un repositorio organizado ni tampoco una localización precisa, tal como se puede evidenciar en otros establecimientos psiquiátricos, estudiados durante periodo similares o próximos⁴. Para estos casos, se valida los planteamientos metodológicos de Huertas (2001: 28), quien afirma que, cuando el número de historias sea mayor, es posible identificar una amplia variedad de clasificaciones diagnósticas y terapéuticas. En este estudio, no se conoce el número global de historias clínicas para indicar cierta representatividad, aunque tampoco se pretendía este alcance estadístico. Estudios de caracterización como los de Sánchez Salcedo (2016) y Gutiérrez Avendaño (2015) sobre el Hospital Psiquiátrico San Isidro de Cali, también se construyen sobre un horizonte exploratorio para el periodo 1950-

⁴ Por ejemplo, el estudio de Escobar (2009), sobre el Instituto Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga, durante el periodo 1953-1967, arroja datos precisos sobre un total de 1891 historias clínicas. También se puede mencionar para México, el estudio de Ríos *et. al.* (2016) sobre el Manicomio La Castañeda durante 1910-1968, que albergó a 61.480 pacientes, de los cuales tomaron una muestra del 20% para construir datos estadísticos de tipo sociodemográfico y clínico, en clave historiográfica.

1970, ya que tampoco hay registros precisos de la cantidad de historias clínicas, al confirmarse –con los responsables del Archivo de Estadística- la desaparición de las fichas que reposaba esta información. Por otro lado, el estudio Gutiérrez Avendaño y Marín Monsalve (2012) sobre el Manicomio Departamental de Antioquia para el periodo 1920-1959, establece una selección de 77 historias clínicas de un estimado de 3500 historias, para establecer una caracterización de los pacientes, de sus tratamientos, los cambios en las representaciones predominantes de los “locos”. Igualmente, se encuentra el trabajo comparativo de Gutiérrez Avendaño (2015) para Medellín, Bogotá y Cali, en el que muestra datos agregados sobre ingresos, tiempo de permanencia en el asilo, motivos de salida, responsable o acudiente, diagnósticos, y tratamientos, durante el periodo 1900-1968. Para el caso de Bogotá, el autor se enfoca en el periodo 1907-1922, describiendo datos de 800 casos registrados en los libros de entradas y salidas de los Asilos de Indigentes y Locos de San Diego (1907-1922) y 400 casos del Asilo de Locas de Bogotá (1918-1922), disponibles en el Archivo Central de la Beneficencia de Cundinamarca⁵.

Lo central entonces de la exploración, es poder construir indicios cualitativos relevantes, no generalizables, de las prácticas médicas y de los propios pacientes que circularon por los establecimientos de la Beneficencia de Cundinamarca, buscando articulaciones historiográficas con el campo psiquiátrico nacional y con los contextos sociales e institucionales que los dinamizaron. Del conjunto de carpetas disponibles en el Archivo Central de la Beneficencia, se pudo hacer una sistematización de 283 historias clínicas entre 1950 y 1970, a partir de la cual se elaboró una base de datos⁶, conservando la estructura básica de las historias compuesta en orden sucesivo por información sociodemográfica y de ingreso del paciente; contexto y antecedentes familiares; examen somático y psiquiátrico (anamnesis); diagnóstico y tratamientos. Hay que anotar que algunas variables no tienen información o tienen errores en el diligenciamiento. Los formatos de las historias clínicas se fueron modificando, a partir de la inclusión de nuevas variables de tipo social y clínica, estas últimas, ofreciendo mayores datos sobre la evolución y/o cronificación del paciente. Asimismo, las historias vienen acompañadas por diversos anexos de tipo clínico (exámenes de laboratorio, por ejemplo), administrativo (traslados, solicitudes judiciales, etc.) o asistencial (valoraciones de trabajadores sociales).

⁵ Dice el autor (p. 123), que en estos libros de entrada no se registraban los responsables de llevar a cada enfermo a los asilos, pues en el Archivo Central de la Beneficencia solo se encuentran historias clínicas desde 1960. Aunque en este estudio pudo hallarse algunas historias clínicas de 1950.

⁶ El registro de la estructura básica de las historias trató de mantenerse ingresando la información en Access, permitiendo posteriormente, construir los datos agregados en Excel.

De todas formas, para efectos de esta exploración, los datos trabajados se construyen sobre esos componentes básicos, ya que un análisis detallado de los propios formatos –como expresión de cambios históricos en la construcción y clasificación de enfermedades-, requiere un enfoque más minucioso en términos de análisis discursivo. Puede indicarse que los cambios en los formatos de las historias clínicas vienen de la mano de los procesos de profesionalización de la psiquiatría, que como se mencionó arriba, estaban promovidos de forma determinante por los enfoques extranjeros sobre la salud mental (en especial los enfoques norteamericanos)⁷. De otra parte, se transcribieron 17 historias clínicas del mismo periodo, con el fin de complementar y focalizar cualitativamente algunos datos generados de la base de datos. La selección de estas historias clínicas trató de establecer cierta correspondencia con el volumen de historias por década registradas en la base datos. Así las cosas, y por la disponibilidad de carpetas en el Archivo Central de la Beneficencia de Cundinamarca, se encuentra un peso mayor de la década del 60 (80%), pero desde este horizonte cualitativo y exploratorio, no desdeña la información aportada por la década del 50 (20%)⁸.

La Beneficencia de Cundinamarca y sus establecimientos

Como todas las instituciones del Estado que se conformaron en el periodo, los establecimientos destinados a la locura (conocidos como asilos o manicomios) desarrollaron una forma específica de trabajo sobre los otros. Desde sus inicios que inicialmente, tuvo una función de ayuda a los “más necesitados” antes que una función estrictamente clínica, racionalizada y centralizada por el Estado. Desde las propias historiografías nacionales, sobre la psiquiatría y sus instituciones, lo que se demuestra es que hubo una combinación de discursos filantrópicos, caritativos y religiosos, con el influjo y negociación de diversos actores sociales e institucionales. Vale la pena citar a Porter (2003: 101-102), quien resume de manera clara y en contraste con perspectivas que esencializan el enfoque del control social, este contexto de surgimiento de la psiquiatría y de los asilos:

⁷ Los estudios de Escobar (2009: 48-49) y de Montes (2016: 70-74), ofrecen elementos históricos interesantes acerca de los cambios en los formatos de las historias clínicas en Bucaramanga y Cali respectivamente.

⁸ Recientemente, se tuvo noticia del proceso de traslado al Archivo General de la Nación de 36000 historias clínicas y documentos administrativos del Hospital Neuropsiquiátrico Julio Manrique de Sibaté (fundado en 1937) para su salvaguarda y clasificación. <http://www.mincultura.gov.co/prensa/noticias/Paginas/AGN-rescata-patrimonio-documental-relacionado-con-la-historia-de-la-neuropsiquiatria%C3%ADa-en-Colombia.aspx> Consultada el día 13 de octubre de 2017. Esta decisión constituye un paso fundamental en la preservación de parte del Archivo de la Beneficencia de Cundinamarca, el cual, con casi 150 años de existencia, se encuentra en condiciones riesgosas, al estar en una gran bodega, sin tratamiento alguno, es decir, sin una organización basada en los criterios oficiales de clasificación, ordenación y descripción de archivos de las entidades públicas y privadas (Acuerdo 5 de 2013 Archivo General de la Nación)

“Resulta simplista, pues, interpretar el surgimiento de la psiquiatría institucional desde una perspectiva funcional o de conspiración, como si se tratara de una nueva cacería de brujas o de una herramienta de control social diseñada para allanar el camino de la emergente sociedad industrial. Es necesario entender la solución del asilo menos como una política central y más como el punto de encuentro de una multitud de negociaciones relacionadas con las necesidades, los derechos y las responsabilidades de diversos segmentos de una economía de consumo mixta que contaba con un sector de servicios en plena efervescencia. El confinamiento (y la subsiguiente libración) de un enfermo normalmente no tenía que ver con mandatos oficiales; era, más bien, el producto de una compleja cadena de pactos entre familiares, comunidades, funcionarios de la localidad, magistrados e inspectores.”

Desde las dinámicas institucionales, la historia de los establecimientos psiquiátricos de Cundinamarca, se encuentra estrechamente ligada a la creación de la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca en 1869, la cual cristaliza el esfuerzo de los liberales para dimensionar los problemas sociales dentro de las responsabilidades del Estado. La asistencia social en salud y protección se centralizarían en políticas de estado, mientras que la educación quedaría a cargo de la Junta de Instrucción Pública. Como afirma Castro (2014: 31, 35), la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca, surgida en un contexto de pobreza y miseria, fue la primera en fundarse; luego se fueron creando otras (Antioquia-1882; Santander -1902; Valle-1931), pero no con el alcance de la de Cundinamarca. Dos décadas después, en 1886, se crea la Junta General de Higiene, luego convertida en dirección General de Higiene en 1918, preámbulo para la creación, en 1924, del Ministerio de Salubridad, sectorizado en dos divisiones, higiene y asistencia pública. En esta última, se articulaban las juntas generales de beneficencia regionales, apoyando administrativamente, hospitales, asilos y orfanatos⁹. Sin embargo, como lo demuestra la autora, hasta la década de 1960, fue central la relación contractual con las instituciones religiosas (órdenes y congregaciones), pues en un contexto de dificultades económicas estatales y de precariedades técnicas del personal encargado de los establecimientos, estas comunidades entraron con fuerza por sus conocimientos administrativos y experticia en el cuidado de enfermos y desvalidos.

Los establecimientos de la Beneficencia de Cundinamarca pasaron por cambios edilicios y administrativos significativos. El Asilo de Bogotá o Asilo de Locos, fundado en 1870, posteriormente pasó a llamarse Asilo de San Diego, Manicomio de Varones, Sanatorio Frenopático Sección Sibaté y finalmente, Hospital Neuropsiquiátrico Sección Sibaté, cerrado en el año 2009. El año 1874 sería el momento de abrir la primera Casa de Locas, que luego se llamó Asilo de Locas,

⁹ El Informe del Presidente de la Junta de 1919 indica que la Beneficencia de Cundinamarca tenía a su cargo el Hospital de San Juan de Dios, el Hospicio, el Asilo de Locos, el Asilo de Locas, el Asilo de San José de Niños Desamparados, el Asilo de Preservación para Niñas, el Asilo de Indigentes de Mujeres y la Colonia de Mendigos de Sibaté.

Frenocomio de Mujeres, Hospital Neuropsiquiátrico Sección Bogotá (Rosselli, 1968, I: 155-166; II: 433-501).

El proceso de institucionalización y modernización de los establecimientos destinados a los “locos” y “locas” se expresa en buena medida con la búsqueda de instalaciones más adecuadas para albergar a los enfermos mentales, teniendo eco en los discursos modernizadores de las instituciones sociales¹⁰. Búsqueda que también se reforzaba por las condiciones exacerbadas de hacinamiento y por lo tanto de insalubridad, y que fueron registradas en los informes de los propios médicos directores de dichos establecimientos. Además, los diagnósticos, los tratamientos y la forma de denominar a los enfermos va cambiando conforme los asilos se van organizando administrativamente y se va posicionando nuevo personal médico especializado. En la siguiente tabla, se toman algunos registros de los informes de la Junta General de la Beneficencia de Cundinamarca, mostrando un poco estas dinámicas institucionales entre 1911 y 1970:

Tabla 1. Registros preliminares de cambios administrativos y locativos de los establecimientos

Selección de Informes disponibles de la Junta de la Beneficencia de Cundinamarca entre 1900 y 1970¹¹	
1911	A partir de febrero de 1908 los asilos de locos/as y de indigentes se trasladaron del antiguo edificio del convento San Diego a cuatro edificios distintos, en su lugar quedó el Colegio del Sagrado Corazón de Jesús. El informe separa los asilos de locos y locas de los asilos de indigentes.
1912	Se anuncia la venta del edificio San Diego para construir el manicomio y el asilo de locos e indigentes en terreno del Molino de la Hortúa.
1914	El asilo de locos y locas está en proceso de construcción en el Molino de la Hortúa y se llamará Manicomio de Cundinamarca.
1917	Sigue en venta el edificio San Diego, cuyo dinero será para continuar la construcción del Manicomio, suspendida en 1916 por falta de fondos.
1918	Se logra la venta del edificio San Diego, pero la Beneficencia aún no recibe el dinero por parte del gobierno. Sigue detenida la construcción
1920	La Asamblea de Cundinamarca y la Junta de la Beneficencia admiten usar el Molino de la Hortúa para el Hospital San Juan de Dios en vez del manicomio. El manicomio de varones está ubicado en un edificio llamado "Ningunaparte" y el de mujeres en "El

¹⁰ Se puede citar la opinión del vicepresidente de la Junta, en 1911, Lino de Pombo para mostrar el malestar sobre las condiciones edilicias de los establecimientos, rezagados de los cánones científicos esperados en la época: “Ninguno de los Establecimientos de Beneficencia do Bogotá, que administra la Junta, está instalado de acuerdo con las prescripciones de la ciencia moderna, ni corresponde las necesidades de la ya populosa capital de Colombia” (p. 7). Por ello, de los asilos de locos informa que “no son edificios construidos, como debieran serlo, para el objeto á que se les destina. Se han adaptado lo mejor que se ha podido y hasta donde han alcanzado los fondos” (sic) (p. 8).

¹¹ Los informes de 1937 a 1939 se refieren a la fecha de los datos reportados, no al año de la publicación; los informes anteriores a esos años corresponden al año de publicación y, por ende, sus datos son de un año anterior. Los informes posteriores a 1939 presentarán datos de mitad del año anterior y mitad del año en el que se presenta el informe.

	Aserrió", propiedades del gobierno nacional. Allí llegan pacientes de diferentes partes del país.
1921	Ajuste del negocio en Sibaté para comprar "282 fanegadas" en la que se emprenderá la construcción del manicomio y aliviar la situación de mujeres internadas. El lote elegido para la compra es El Tablón, cerca de la Estación de ferrocarril de Sibaté. En el nuevo manicomio se prevé que estarán enfermos de ambos sexos.
1923	Alude a la construcción como el "manicomio moderno", tomando como base el concepto de la Academia Nacional de Medicina para definir idoneidad del terreno adquirido para construir un manicomio.
1924	Disputa discursiva entorno a cómo nombrar a la institución, ¿manicomio, asilo u hospital? El síndico del asilo de locos, Julio Escobar Sáenz dice: "la obra del manicomio merecerá el mismo entusiasmo que otra cualquiera, y en que se rechazará toda pretensión que tienda a aplazar el pago de las edificaciones de la Hortúa, sin olvidar que este que se llama asilo es también un hospital". Hasta los informes de 1943, continúan usando paralelamente la noción de asilo y de manicomio. Serán los médicos-directores, quienes harán mayor uso del término manicomio.
1931	Recuerda que, en octubre de 1929, se inició la construcción del "gran manicomio" en Sibaté. Se menciona la creación de un laboratorio de bacteriología en el Asilo de Locos; situación de hacinamiento del Asilo de Locas, lo cual <i>impela</i> a la Beneficencia para que resuelva la necesidad de crear un nuevo manicomio para mujeres
1937	Traslado del manicomio de la calle 5 al Asilo de Locos en Sibaté ¹² . Se considera distribuir pacientes del asilo de locas (El Aserrió) entre este edificio y el de la calle 5ta (donde estaba el Asilo de Locos).
1938	Acuerdo número 17 del 18 de mayo de 1939 acuerda la construcción del manicomio de mujeres. Después del traslado, en informes posteriores (1938 a 1942) se usará primordialmente el término manicomio, pero en muchas ocasiones se usará paralelamente con el término asilo.
1942	El síndico general, Gustavo Santos hace referencia a la creación del consultorio externo para el Asilo de Locas, "en busca de tratamientos, y no, como antes, en busca de un aislamiento costoso para la beneficencia y perjudicial para los servicios asistenciales y científicos" (pág. 29)
1943	Se establecen algunos acuerdos: Número 16 del 07 de abril de 1943 de la Junta General refiere la creación de una Casa Hogar para ex -asiladas de la Beneficencia en las instalaciones del Asilo de Locas, las enfermas allí ubicadas serán trasladadas al "Frenocomio o Clínica psiquiátrica". También ordena la construcción de un pabellón para mujeres en el Manicomio de Varones en Sibaté. Acuerdo número 18 del 13 de abril de 1943 ordena la construcción de una clínica psiquiátrica o frenocomio dentro de Bogotá con dos bloques: uno para la clínica psiquiátrica dirigida a hombres y mujeres y otro para niños y niñas retrasados mental o físicamente.
1949	Aparece en el organigrama, el sector "Neuropsiquiátricos", junto al sector "protección infantil", dependiente del Departamento de Asistencia Social.
1958	Dice el informe "Desde 1950 el cuerpo médico (...) se dio cuenta de la necesidad de separar los servicios de agudos de los casos crónicos, por lo tanto de acuerdo con la Sección de Ingeniería de la Beneficencia y el personal médico del Hospital Neuro-Psiquiátrico se establecieron especificaciones detalladas para la construcción de una Clínica Neuro- Psiquiátrica" (p. 6), dedicado a enfermas agudas. Se sugiere su

12 Puede revisarse el estudio de Simpson Beltrán (2015) para una aproximación histórica a la construcción del Asilo de Sibaté.

	construcción en inmediaciones del Hospital San Juan de Dios, para establecer vínculos médicos, según los criterios de integración del tratamiento de las enfermedades mentales con otras ramas de la medicina; el Hospital de Crónicas ha sido planeado para construirse en el municipio Arbeláez para descongestionar el Hospital de Bogotá y la creación del servicio de neuro-psiquiatría infantil.
1962	Se menciona que en 1960, se inició la construcción del nuevo hospital neuropsiquiátrico de mujeres (Bogotá) para reemplazar al Asilo de Locas (que también llaman hospital mental).
1966	Se establece Acuerdo número 21 de 1966 para crear la División de Salud Mental. Los pacientes agudos de ambos sexos estarán en el hospital de mujeres, mientras que pacientes crónicos de ambos sexos estarán en Sibaté; habrá un centro de salud mental en el Hospital San Juan de Dios para pacientes agudos de ambos sexos. Siguen siendo llamados hospitales mentales.
1971	En este informe se referencian el Hospital neuropsiquiátrico para mujeres (Bogotá), el Hospital neuropsiquiátrico Julio Manrique (Sibaté) de varones y el Hospital neuropsiquiátrico José Joaquín Vargas (Sibaté), el cual corresponde al nuevo hospital construido para mujeres, y puesto en funcionamiento 14 meses atrás, es decir aproximadamente en septiembre de 1970.

Fuente: Informes de la Junta de la Beneficencia de Cundinamarca entre 1911 y 1970- Archivo Central de la Beneficencia de Cundinamarca.

La institucionalización de la asistencia pública de la Beneficencia de Cundinamarca, será un proceso lento, que irá despejando sus alcances administrativos y financieros a partir de la década del 30 en el país. Si bien este camino hacia una administración pública se vio impulsado por los debates y agendas políticas, siendo decisiva la capacidad financiera y técnica del Estado, la realidad generaba otras decisiones institucionales, no necesariamente concentradas o lideradas exclusivamente por un Estado central. En el análisis de Castro sobre la relación entre las reformas liberales y la asistencia social (2007: 35), se evidencia dicha realidad, al constatar que lo que se dio fue una serie de acuerdos entre las instituciones del Estado y las privadas (entre ellas las religiosas), para realizar las acciones de forma conjunta. Es particularmente visible en las fuentes de financiación de la asistencia social, pues las instituciones del Estado recibían donaciones y legados, mientras que las privadas, auxilios del Estado y exenciones. De forma particular para la atención de la locura, se coincide con los planteamientos de Porter (2003), sobre el “encuentro de una multitud de negociaciones” entre diversos actores.

Los pacientes que llegan a los establecimientos entre 1950 y 1970

Como se afirmó antes, este documento tiene un carácter exploratorio y busca indicios cualitativos, tanto de los pacientes como de las prácticas médicas en los establecimientos que, durante el periodo de 1950-1970, estuvieron administrados por la Beneficencia de Cundinamarca, institución con impacto nacional, que materializó, mediante sus decisiones y acuerdos institucionales, las transiciones

entre una lógica asistencialista a otra fundamentada en una psiquiatría psicodinámica y psicoanalítica, como correlato de los cambios modernizadores en el funcionamiento de la protección social por parte del Estado.

Las gráficas y tablas que se presentarán en este acápite, se derivan entonces, de la base de datos antes mencionada, condensando información de 283 historias clínicas de los establecimientos, los cuales, como se indicó, tuvieron cambios relevantes en sus denominaciones a lo largo del Siglo XX, que daban cuenta principalmente de las tensiones en la lógica asilar y la lógica hospitalaria que fue consolidándose en otras partes del mundo, bajo presupuestos de una ciencia “moderna”¹³. En esta dirección, durante el periodo abordado, es posible identificar en las historias clínicas, diversos nombres de los establecimientos, mostrando de modo general, un camino de ida hacia la implementación de la lógica hospitalaria. Se identifican en los diversos membretes los nombres de Manicomio de Varones de Sibaté y Hospital Neuropsiquiátrico, Sección Sibaté; para el caso de las mujeres, el Frenocomio de Mujeres de Bogotá y hospital Neuropsiquiátrico, Sección Bogotá, aunque todavía se encuentran incluidos documentos con el membrete de Asilo de Locos y Asilo de Locas. El nombre de Hospital Neuropsiquiátrico se registra en la a finales de la década del 50. En los informes de la Junta de Beneficencia de la década del 60, también son denominados Hospital Mental de Varones de Sibaté y Hospital Mental de Mujeres-Bogotá y en el informe de 1970, se denominarán Hospital Neuropsiquiátrico Julio Manrique-Sibaté y Hospital Neuropsiquiátrico José Joaquín Vargas Escobar-Bogotá. Este proceso se ve reflejado en el caso de pacientes que han tenido una larga trayectoria de atención psiquiátrica, tal como se aprecia en el anexo 1, que expone algunos registros de una historia clínica de un hombre con diagnóstico de “alcoholismo” y posteriormente con “personalidad psicótica”. Su primer ingreso es del año 1951 y los últimos registros son de 1967.

Características sociodemográficas

Como lo destacan algunos de los estudios ya mencionados en este documento, los establecimientos para pacientes con enfermedades mentales fueron aumentando

¹³ En el Informe de la Junta General de Beneficencia de 1922 (p. II-III), en la sección dedicada a la construcción del “Manicomio Moderno” (Sibaté) se hacen referencias a las implicaciones técnicas y científicas de una “obra completamente nueva” en el contexto nacional, pero con amplios ejemplos internacionales. La Junta decide impulsar –a pesar de la adversidad fiscal presente en el momento– un “estudio científico” para “obtener el parecer de la corporación médica más autorizada del país (Academia Nacional de Medicina). Dicha corporación debía dar su concepto, entre otras cosas sobre el tipo de edificación apropiada, es decir, “Manicomio *cerrado* para ambos sexos, o “manicomio abierto (*open door*) para un solo sexo”; la conveniencia de ordenar la realización de los planos en “Europa, Estados Unidos o la República Argentina”. Asimismo, describe el trabajo de una comisión designada por la Academia para la inspección del terreno, tomando documentos de “manicomios argentinos, peruanos, norteamericanos e ingleses, entre ellos el Informe que rindió el Inspector del Asilo-Colonia de Magdalena (Perú) sobre su visita a veinte manicomios europeos y suramericanos, reglamento del *Board of Control*, de Londres, sobre construcción de manicomios, etc., etc.”

su población atendida, a partir de las primeras décadas del Siglo XX, en particular, aquellos establecimientos con mayor capacidad administrativa y locativa. Situación que viene de la mano de lentas transformaciones sociales, urbanas y migratorias en el país, las cuales estuvieron dinamizadas por las condiciones históricas de pobreza y de inestabilidad económica. Como afirma Bejarano (1994: 201), en el periodo de 1925-1930, la población urbana se incrementó en casi 400.000 personas (24%); para las cuatro principales ciudades, este crecimiento fue de un 31,7%, o sea, 127.000 personas, lo que es significativo en un país primordialmente rural.

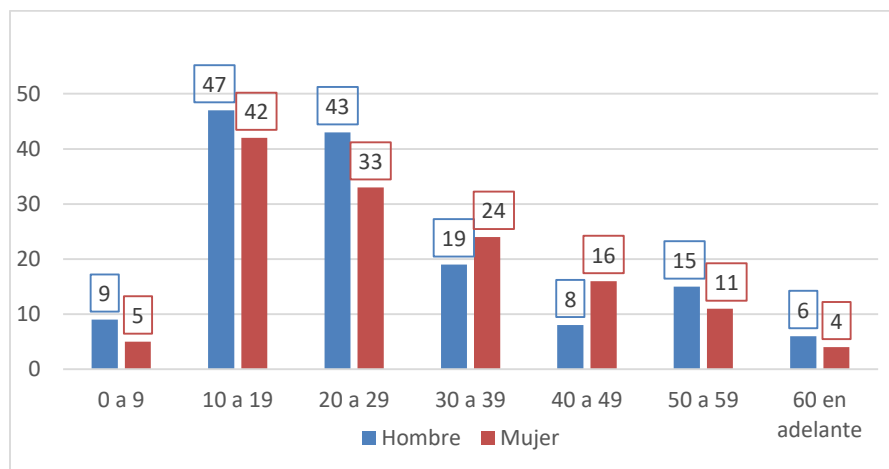
Los estudios de Escobar (2009: 35-60) sobre el Instituto Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga entre 1953-1965 y de Gutiérrez (2015: 116; 2016:14) sobre el Manicomio Departamental de Antioquia entre 1921-1960, ofrecen datos que confirman este aumento en cobertura de pacientes ingresados, en la década del 50, que luego va decreciendo a partir de la década del 60. El estudio de Escobar muestra datos interesantes, asociados a procesos de tecnificación y profesionalización psiquiátrica (entrenamiento del cuerpo médico para dar mayor cobertura, la ampliación de instalaciones para servicios especializados como la insulino terapia, rayos x, consulta externa o ambulatoria, que al mismo tiempo reducía los tiempos prolongados de internamiento). La cobertura de pacientes atendidos en este establecimiento también dio cuenta de la circulación de población de otras localidades aledañas a Bucaramanga, pero también pacientes provenientes de Sibaté. Situación que también se dio en otros establecimientos de la época (Cundinamarca, Valle del Cauca y Nariño), que, a al tiempo que recibían población circunvecina, remitían pacientes. Por ejemplo, El Hospital Psiquiátrico San Isidro de Cali, remitía pacientes al Hospital Mental San Rafael (hombres) y a Nuestra Señora del Perpetuo Socorro (mujeres) de pasto hasta la década de los 80, pero también atendía pacientes del Valle del Cauca y de otros departamentos aledaños, tal como lo registra Sánchez (2016: 346) para el periodo 1956-1970, en los datos sobre procedencia de los pacientes (de las 308 historias sistematizadas, 80 pacientes son de otros municipios dentro del Valle del Cauca, 97 de municipios de otros departamentos, mientras que para Cali fueron 58; 72 historias no registran información).

Sobre las diferencias de los pacientes por sexo, lo que se puede afirmar del registro disponible de las historias, es que hay cierta proporcionalidad entre mujeres (135) y hombres (147). Situación similar se presenta en Cali, de acuerdo a los datos de Sánchez (2016: 345) y Gutiérrez Avendaño (2016: 16). Por ejemplo, Sánchez registra 169 mujeres, 134 hombres y 5 historias sin información¹⁴ Desagregando los

¹⁴ En el caso de estudios con sistematización más exacta de historia clínicas, como el de Escobar (2009: 44), arroja datos similares. De los 1981 pacientes que atendió el Hospital Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga, en el periodo de 1953-1967, el 53.85% eran mujeres y un 46.14% hombres. Al contrario, estudios con periodos más extensos, evidencian cambios en el peso de la población por

datos por grupos etarios, se observa en la gráfica 1 que las edades predominantes de los pacientes en su primer ingreso, se concentraban en los rangos de 10-19 años (89 pacientes) y 20-29 años (76), seguido del rango de 30-39 años (43 pacientes), es decir, se trata de pacientes jóvenes los que circulan por los establecimientos psiquiátricos de la Beneficencia. Peso que puede relacionarse con los datos de estado civil: 130 solteros (46%), 74 casados (26%), 44 “menores” (15%), 3 separados, 1 en unión libre, 26 pacientes sin dato.

Gráfica 1. Distribución de pacientes por rangos de edad



Fuente: Elaboración propia

En estos rangos, se hace necesario desagregar un poco más la población de pacientes entre 0 y 19 años, teniendo en cuenta la presencia de niños en los establecimientos de la Beneficencia. Por ejemplo, si se toman los pacientes entre 0 y 15 años, se tiene un 17% del total de casos distribuidos así: de 0-5 años, 4 pacientes; de 6-10 años, 15 pacientes; y de 11-15 años, 30 (49 pacientes). No representa un porcentaje insignificante si se tiene en cuenta que, a partir de las primeras décadas del Siglo XX, la infancia se posiciona como un problema público, es decir, los niños pobres y abandonados, frágilmente insertados en los espacios de regulación social –escuela y familia- se convierten en sujetos de intervenciones de protección, progresivamente institucionalizadas por instancias públicas y privadas. Para estas décadas, la Beneficencia de Cundinamarca realiza un trabajo de contención y asistencia, a través de establecimientos especiales para los niños,

género. Por ejemplo, Ríos *et. al.* (2016: 6), constata que para el periodo el Manicomio La Castañeda de México, tuvo más hombres que mujeres durante el tiempo en que funcionó (1910-1968). Diferencia que puede obedecer, según el autor a dos aspectos: Las prácticas de encierro por parte de las instituciones de control y seguridad social, que recayeron principalmente en los hombres, al relacionar transgresión del orden público y enfermedad mental. Con las mujeres, jugaría un papel fundamental las redes de parentesco en el control sobre ellas. Así, era “muy probable que las familias se encargaran del cuidado de una enferma mental al mantenerla en el espacio propio para la mujer según los criterios culturales de la época: el doméstico”.

como el Hospicio, el Asilo de San José y la Casa de Preservación para Niñas Desamparadas (Sánchez; Castrillón, 2014). En la década del 60, las acciones de protección de la Beneficencia, se habían ampliado a 13 establecimientos¹⁵. No obstante, en lo que atañe a los establecimientos para la atención de niños y niñas con supuestos trastornos psiquiátricos, las condiciones no estaban claramente resueltas, aunque el panorama era diferente de las primeras décadas del Siglo XX, cuando se confinaba a los menores “delincuentes”, “díscolos” en establecimientos carcelarios destinados a población adulta (Sánchez; Castrillón, 2014: 89-90) o en Manicomios (Gutiérrez Avendaño; Marín Monsalve, 2012: 218-219), sin una atención claramente especializada.

En los informes posteriores a las primeras décadas del 30, emergen estas preocupaciones sobre las inconveniencias de tener en un mismo establecimientos niños y adultos¹⁶. En el informe de la Junta de Beneficencia de 1943 (ver tabla 1), se establecen disposiciones normativas para una atención diferenciada de los niños y niñas internados en los establecimientos psiquiátricos (pg. 154-156). Por ejemplo, el acuerdo 18 de 1943, establece construir dentro del frenocomio, un bloque independiente para un instituto de niños y niñas “retrasados mental o físicamente”. Para finales de la década del 50, el Síndico Gerente en su informe general (1958: 9), hace un balance de los casi 10 años del trabajo de la Beneficencia, destacando entre otras cosas, las implicaciones negativas de tener niñas internadas en el Servicio del Sagrado Corazón, de Hospital Neuropsiquiátrico de Bogotá, dedicado a la atención de “enfermas epilépticas y oligofrénicas”:

“Graves problema presentan las niñas asiladas en este servicio. A este respecto podemos decir que fuera de las niñas atendidas en la Consulta Externa, no existe un local adecuado para recibir niñas con trastornos mentales. En la actualidad hay aproximadamente 30 niñas hospitalizadas y la creación de un Servicio Neuropsiquiátrico para niñas se hace de urgente necesidad.”

Para 1970, se registra en el Informe de la Junta (pg. 10), la construcción de un pabellón de niñas en el Hospital Neuropsiquiátrico José Joaquín Vargas Escobar, compuesto de 3 unidades de viviendas y un bloque central para servicios médicos

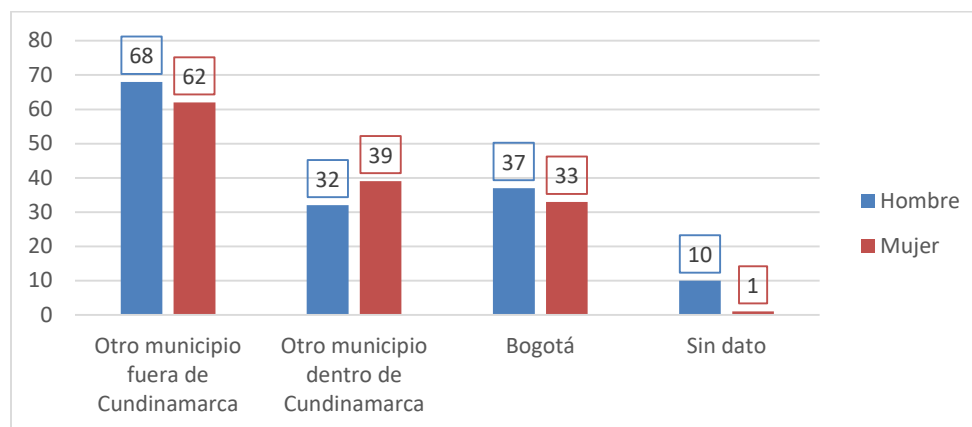
¹⁵ El Informe de la Junta de 1962 (pg. 104), señala que estos establecimientos atendieron 2.391 niños. Algunos de ellos son los Hogares Sustitutos, el Hospicio Campestre de Bogotá, la Escuela de Orientación Femenina, el Internado Infantil Femenino, las Granjas Infantiles del Padre Luna.

¹⁶ Pero, tampoco era un tema indiferente para la Beneficencia en estas décadas. Vale la pena destacar del informe de la Junta General de la Beneficencia de 1923 (pg. 103), la preocupación por crear dentro del Asilo de Locos, “una sección especial para los enajenados menores de edad”. Un proyecto difícil de realizar en su momento, tanto por el tamaño del terreno y las edificaciones, también insuficientes para el creciente número de enfermos adultos, como por la “crisis del Tesoro Público, que impide realizar cualquier reforma del establecimiento. La opción que se plantea entonces, es ubicarlos en la Colonia de Sibaté (para los mendigos), que, si bien no tiene condiciones adecuadas, por lo menos no representa para estos menores los peligros de vivir con otros enajenados del manicomio.

instalados de Rayos X, Banco de Sangre, Sección de Aisladas y Excitadas, Sección de Electro-terapia generales, etc.

La gráfica 2, muestra a hombres y mujeres según lugar de nacimiento, indicando un peso significativo de quienes nacieron en municipios fuera de Cundinamarca (130 pacientes), seguido de quienes son oriundos de localidades cundinamarquesas (71 pacientes), frente a pacientes nacidos en la capital (70 pacientes).

Gráfica 2. Distribución según lugar de nacimiento por sexo

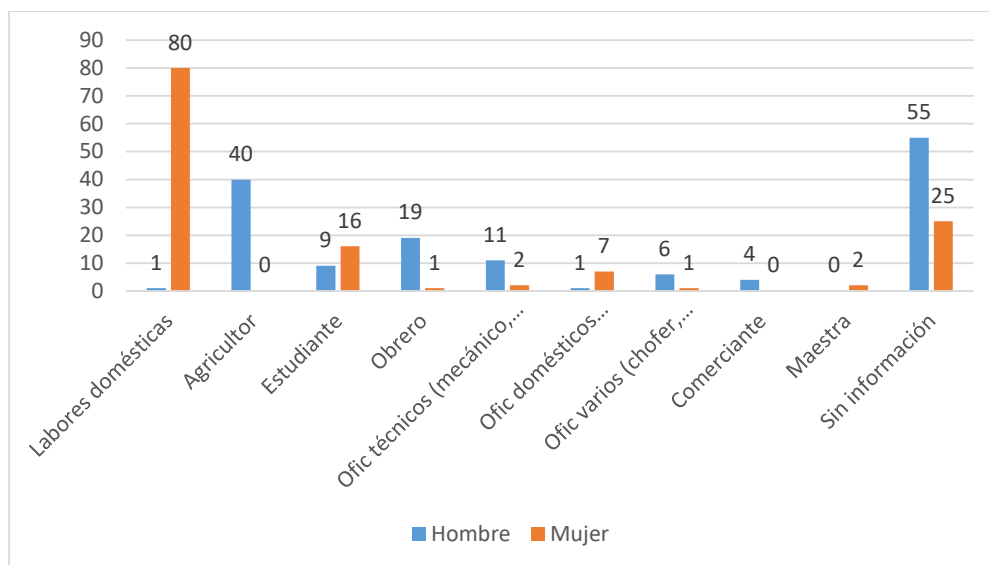


Fuente: Elaboración propia.

Si bien, no se puede establecer una equivalencia exhaustiva entre lugar de nacimiento y procedencia de los pacientes, por la revisión realizada de todas las historias clínicas para la construcción de la base de datos, es posible afirmar que en la mayoría de pacientes coincide su lugar de nacimiento con su lugar de residencia. Se puede focalizar esta información en las historias clínicas transcritas (Anexo 2), para reforzar esta relación.

Haciendo la salvedad de las historias clínicas que no registran información, en la gráfica 3, pueden observarse diferencias de las ocupaciones de los pacientes por sexo. Se destaca el predominio de las mujeres en la categoría que aquí se denomina “labores domésticas” (80 pacientes); allí se agrupan básicamente los términos “hogar”, “oficios domésticos”. Para el caso de los hombres, la ocupación de agricultor (40 pacientes), es la que tiene mayor peso, seguida de la de obrero (19 pacientes). Otras ocupaciones como las agrupadas en los oficios técnicos (11 pacientes) son del resorte de los hombres.

Gráfica 3. Ocupaciones por sexo

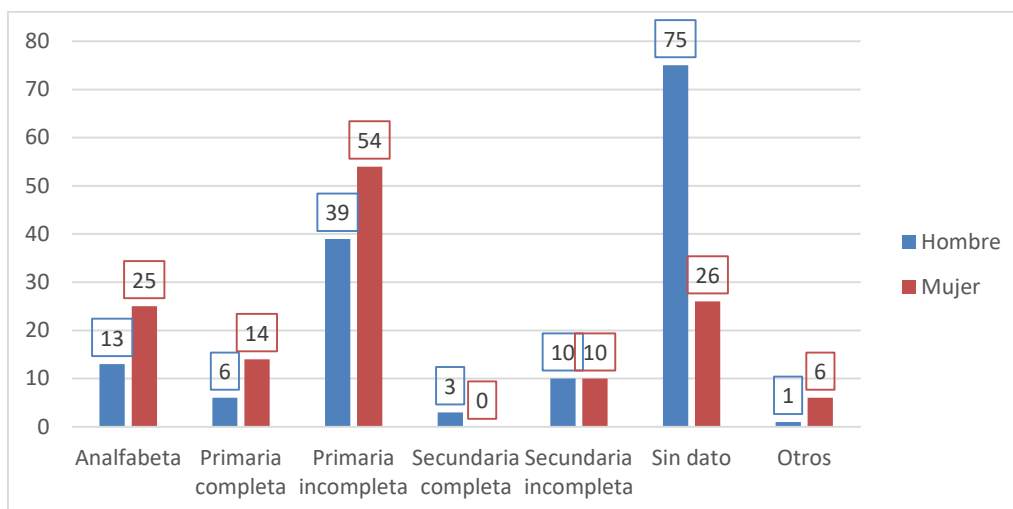


Fuente: Elaboración propia.

Se aprecia en general, que la composición ocupacional se alinea a los patrones tradicionales de división social y de género del trabajo. Las mujeres permanecen primordialmente en el espacio doméstico y las ocupaciones de los hombres son más diversificadas, pues, a la par con la ocupación de mayor peso (agricultor), se encuentran en otras de tipo más urbano (obreros, oficios técnicos, comerciantes), alineadas en sus propios límites, a los procesos de modernización social y económica que demandaban las ciudades de residencia de los pacientes. En general, se trata de una población no calificada, provenientes de municipios con dinámicas socioeconómicas rurales.

Respecto de los niveles educativos, y también haciendo la salvedad del alto número de historias sin esta información, es posible ver en la gráfica 3, bajos niveles de escolaridad de los pacientes, sin diferencias sustantivas entre hombres y mujeres, especialmente en educación secundaria. Los pacientes se ubican principalmente en la educación primaria incompleta (93 pacientes).

Gráfica 4. Nivel educativo por sexo



Fuente: Elaboración propia.

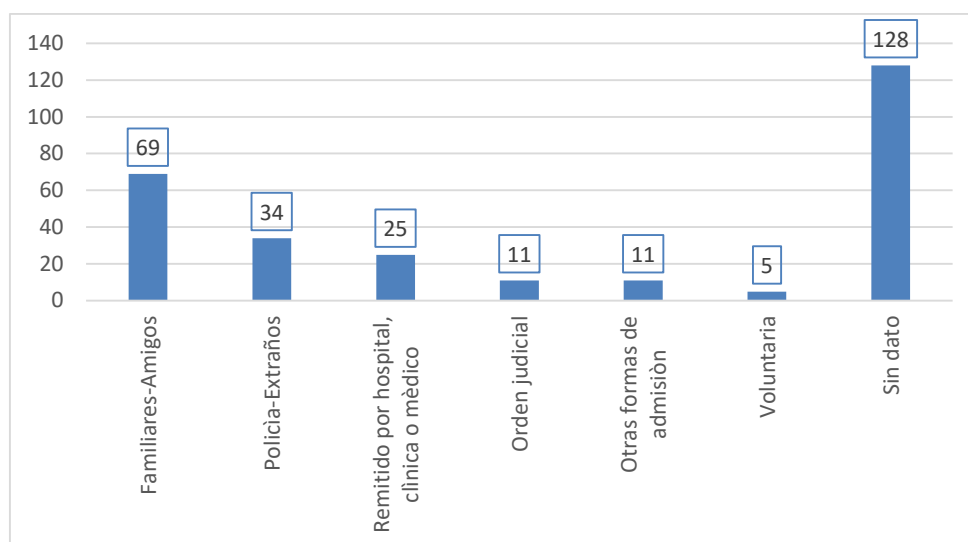
Tal vez esta situación se deba a que para finales de la década del 60 las escuelas rurales de Colombia, sólo ofrecían dos o tres grados educativos de primaria sin que la población pudiese concluir el ciclo (Ramírez y Téllez, 2006: 60, citando a Albán, 1982). También debe considerarse la relación entre escolaridad y ocupaciones no calificadas, que ubica la expectativa del nivel de formación en escalas bajas o meramente funcionales. Otro aspecto a tener en cuenta son las propias condiciones de salud mental de los pacientes, las cuales obstaculizan o impiden asumir actividades de socialización de forma regular, sobre todo cuando los síntomas aparecen tempranamente en la vida de los pacientes.

Ingresos, diagnósticos y tratamientos registrados

Antes de mostrar algunas características relativas al tratamiento psiquiátrico de los pacientes, es importante mostrar los tipos de ingreso o admisión. Como puede observarse en la gráfica 4, se tiene un número muy elevado de pacientes sin esta información (128), dificultando la posibilidad de tener un panorama más preciso sobre los tipos de ingreso. No obstante, de la información disponible, se observa que los ingresos de los pacientes estuvieron conducidos por la familia y amigos (69), siendo los vínculos más cercanos de apoyo y protección, seguido de policías y extraños, en este caso, vinculados con episodios públicos de agitación, agresión a terceros, desorientación, etc. Luego vienen remisiones de otros establecimientos médicos y judiciales (36); solo hay 5 pacientes que ingresan de forma voluntaria¹⁷.

¹⁷ Sánchez (2016: 346) y Gutiérrez Avendaño (2016: 17) muestran el alto número de pacientes del Hospital Psiquiátrico San Isidro de Cali que son remitidos fundamentalmente, por familiares y amigos, lo cual difiere con periodos anteriores, en que las autoridades públicas fueron decisivas en el envío de enfermos mentales a los asilos. El estudio de Ríos et. al. (2016: 7, 8), que toma una muestra representativa de historias del periodo en que funcionó el Manicomio La Castañeda (1910-1968), señala aspectos importantes sobre los enlaces de la familia en la remisión de sus enfermos mentales.

Gráfica 4. Tipo de admisión



Fuente: Elaboración propia.

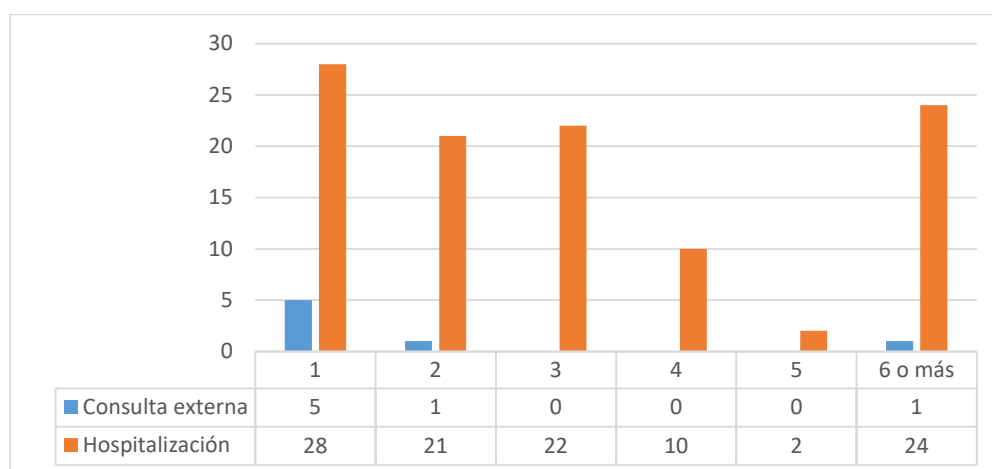
Si se contrasta la remisión por parte de familia y amigos con las que hacen otras instancias como las médicas y judiciales durante los ingresos de los pacientes, puede verse de qué manera la admisión y continuidad de un enfermo mental en los establecimientos psiquiátricos, están forjadas por un entramado de personas e instancias, que contribuyen en gran medida a lo que Goffman (1972: 123-172), define como “carrera moral del paciente mental”. Los eventos y comportamientos disruptivos de los pacientes, informados por las diversas personas e instancias y consignados en las historias clínicas por los psiquiatras y demás profesionales médicos, permitirán la clasificación y la contención, es decir, el diagnóstico y la atención, pero de forma permanente. El anexo 3 revela un poco este circuito de personas e instancias decisivas en el curso de vida institucional de los pacientes, ofreciendo pistas para una indagación más fina sobre los entramados entre pacientes, familias e instancias públicas.

Las modalidades de atención se distribuyeron entre la hospitalización (166 pacientes) y la consulta externa (114 pacientes); 3 historias no contienen este dato. Se aprecia entonces cierta proporcionalidad en ambas modalidades, aunque no puede desconocerse el contrapeso que le hace la consulta externa a la

Los datos revelan que fueron las instituciones de asistencia –como la Beneficencia Pública y la Secretaría de Salubridad y Asistencia-, las que más pacientes condujeron al hospital (37%); luego vienen las instancias de seguridad –juzgados para menores infractores, cárceles, policía, etc.-. Sin embargo, los autores advierten que el peso de las instituciones de asistencia radica en que estaba reglamentado que toda persona que llegara a las puertas del Manicomio debía portar certificados médicos que dieran cuenta de la necesidad del ingreso. Así, cuando las familias no tenían recursos económicos para pagar un médico particular, acudían a estas instituciones para conseguir el certificado gratuitamente, probablemente aumentando el porcentaje de participación de las familias.

hospitalización, la cual tiene una relación histórica muy fuerte con las prácticas asilares. La institucionalización de la consulta externa, así como de otros mecanismos terapéuticos ambulatorios (como el hospital día), viene de la mano de la línea preventiva posicionada por la OMS en la década del 50, que buscaba garantizar una modernización de los enfoques y prácticas de salud mental, así como una racionalización del presupuesto, siempre inestable y escaso (tal como consta en los diversos informes de la Junta de la Beneficencia), pues estas modalidades resultaban menos costosas que la hospitalización. Sin embargo, al observar los datos de reingresos en la gráfica 5, es persistente la hospitalización con respecto de la consulta externa, destacándose en especial, aquellos pacientes con 6 o más hospitalizaciones.

Gráfica 5. Ingresos y modalidades de atención

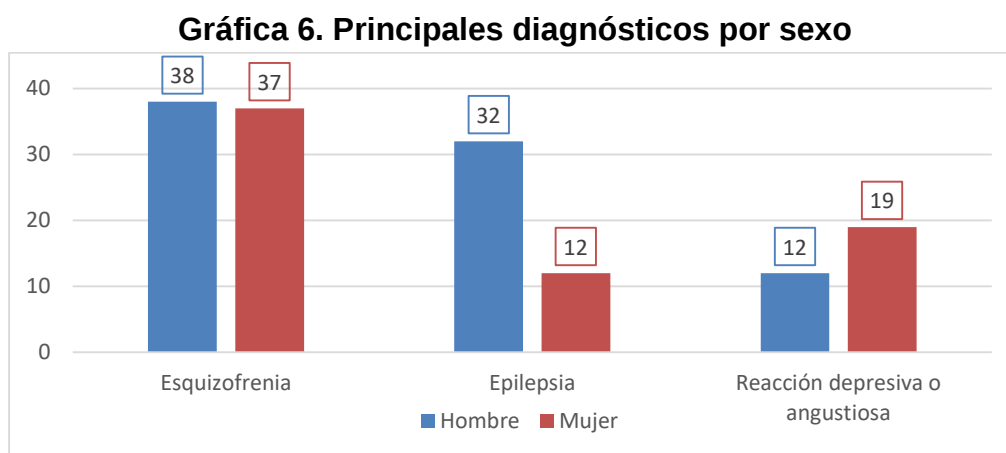


Fuente: Elaboración propia.

Estos contrastes tan fuertes entre hospitalización y consulta externa contradirían lo expuesto arriba sobre los proyectos modernización de la atención psiquiátrica y su racionalización presupuestal. Habría que tener en cuenta, por un lado, las dinámicas internas de los establecimientos alrededor de la atención de los pacientes, es decir, las condiciones reales –técnicas y administrativas- para la admisión, diagnóstico y tratamiento de los pacientes; y por otro, sus procesos de cronificación, que los hacen dependientes de la atención psiquiátrica. Ciertamente, en estas cuestiones confluyen marcos culturales de representación sobre la locura que alimentan el carácter incierto de la enfermedad mental y con ello, las dificultades que tiene el entorno social de los pacientes (familia, allegados, etc.) para contenerlos, sin la completa dependencia de los establecimientos psiquiátricos.

Los diagnósticos registrados para el periodo abordado, coinciden en general con otros estudios nacionales y latinoamericanos. Aparece una variedad de enfermedades de forma global, pero también de forma individual, al constatarse que los pacientes tenían dos o más diagnósticos durante su paso por los

establecimientos psiquiátricos, tal como puede observarse en el anexo 3. Pero, dentro de este amplio conjunto de diagnósticos¹⁸, es la esquizofrenia, la enfermedad de mayor recurrencia (Sánchez, 2016; Gutiérrez Avendaño, 2016), seguido de la epilepsia (Escobar, 2009; Ríos et. al., 2016), catalogada por los DSM I y II como una enfermedad orgánica del sistema nervioso central, pero con implicaciones psiquiátricas evidentes. La gráfica 6 distribuye los principales diagnósticos por sexo, registrados durante el periodo 1950-1970. Mientras que el diagnóstico de esquizofrenia tiene igual peso (37 mujeres y 38 hombres), la epilepsia se concentra en los hombres (32 pacientes frente a 12 pacientes mujeres).



Fuente: Elaboración propia.

La visibilización de la epilepsia y el mejoramiento de su diagnóstico en el periodo de estudio, se vio favorecida por la implementación del electroencefalógrafo en 1955, “Con el objeto de atender de una manera adecuada las disritmias cerebrales (...) y particularmente los diferentes tipos de epilepsia y lesiones cerebrales de los pacientes hospitalizados en el Servicio del Sagrado Corazón [Hospital Neuropsiquiátrico de mujeres], lo mismo que los niños y adultos que concurren a la Consulta Externa (...)” (balance de las labores desarrolladas en la década de 1950, consignado en el Informe de 1958, del Síndico Gerente de la Beneficencia de Cundinamarca, pg. 6)¹⁹. Este servicio de electroencefalografía también es constatado por Escobar (2009:73) en el Hospital Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga desde de 1957 y por Orejuela (2014: 70) en el Hospital Psiquiátrico San Isidro de Cali en 1956.

Respecto de la esquizofrenia, la historiografía ha demostrado su centralidad en la psiquiatría como ciencia moderna, a partir del legado nosológico de Emil Kraepelin

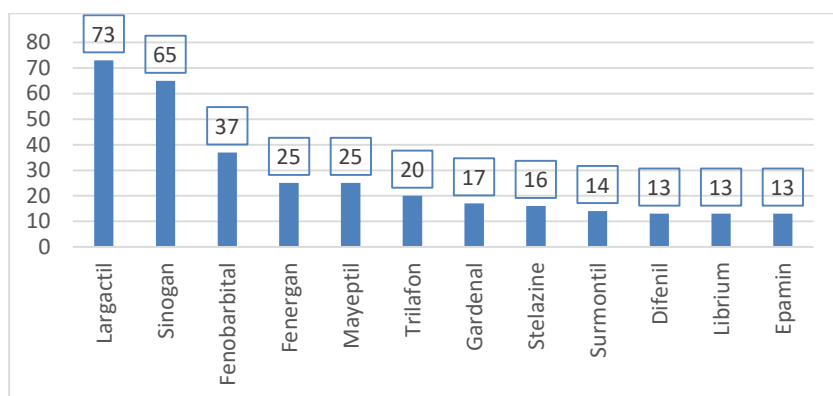
¹⁸ Aparte de todas las variaciones de la esquizofrenia- simple, catatónica, hebefrénica, paranoide, aguda, indiferenciada-, las historias registran la reacción depresiva o angustiosa, la oligofrenia, reacción maniaco-depresiva, toxicomanía y alcoholismo, demencia senil, etc.

¹⁹ Vale la pena mencionar la coincidencia entre el número de pacientes diagnosticados con epilepsia (44) y el número de electroencefalografías realizadas (40).

(Alemania, 1856 -1926), quien incluye dentro de su clasificación la demencia precoz, con 3 subtipos –hebefrénica, catatónica, paranoica-. En 1910, el psiquiatra suizo Eugen Bleuler (1857-1939), la renombra como esquizofrenia, al no considerar que existiera una relación directa entre demencia y jóvenes (Scull, 2013:103-104). Posteriormente, el psiquiatra alemán Kurt Schneider (1887-1967), vendría a sofisticar los síntomas esquizofrénicos, a través de la identificación de experiencias psicóticas de “primer rango”²⁰. Durante el periodo abordado, este legado circuló a través de diversos mecanismos de incorporación, entre ellos la formación académica de los psiquiatras que impulsaron los programas universitarios en el país y la socialización de los conocimientos, por medio de las prácticas médicas y en los espacios de legitimación científica, como los congresos nacionales de psiquiatría, las asociaciones y publicaciones -como la Asociación de Estudios Psiquiátricos de Bogotá (1958), la Liga Colombiana de Higiene Mental (1960), la Sociedad Colombiana de Psiquiatría (1961), La Revista Colombiana de Psiquiatría (1964) (Rosselli, 1968, Tomo II).

La identificación de los diagnósticos en las historias clínicas confluye con la formulación de tratamientos, y como podrá apreciarse en las siguientes gráficas, serán los medicamentos psiquiátricos los que predominan en la práctica médica.

Gráfica 7. Principales medicamentos formulados



Fuente: Elaboración propia.

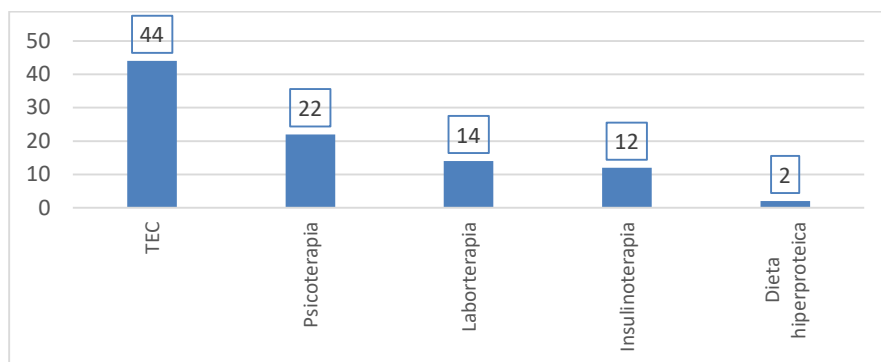
Si bien, la gráfica muestra una variedad de nombres para los medicamentos en virtud del mercado farmacológico, lo que puede resaltarse, según el estudio de López, Álamo y Cuenca (2002) es que gran parte de ellos son neurolépticos y antipsicóticos. En concordancia con el periodo de estudio, el fármaco que sobresale como panacea psiquiátrica para el tratamiento de la esquizofrenia es la clorpromazina (cuyo nombre comercial es Largactil), que tiene su periodo de

²⁰ Para una lectura historiográfica más extensa sobre la esquizofrenia y sus implicaciones ideológicas, puede consultarse, por ejemplo, Álvarez y Colina (2011) y Novella y Huertas (2010)

consolidación terapéutica entre 1955 y 1964, cuando se aplaude su capacidad de síntesis de otros fármacos, en diversos actos científicos. El “I Colloque International sur la Chlorpromazine et les Médicaments Neuroleptiques en Thérapeutique Psychiatrique”, realizado en París (20-22 de octubre de 1955), parece ser el más importante de esta consolidación, pues asistieron más de 400 psiquiatras de 22 países de casi todos los continentes, con la presentación de 150 ponencias. Dentro de las conclusiones, se confirmaba la eficacia de este fármaco, pero, asimismo, se insistía en que debía complementarse con otras terapias psicológicas y sociales (pg. 97).

Sobre la formulación de otros tratamientos paralelos a los fármacos, se puede observar en la gráfica 8, una coexistencia entre terapias de “choque” –TEC e insulino terapia (coma insulínico), con otras directamente asociadas a la línea preventiva que se promovía en aquel periodo, como alternativas para el cuidado de la salud mental: psicoterapia (22 pacientes) y laborterapia (14 pacientes)²¹. De todas formas, persistía el uso de electrochoques en el periodo de estudio (44 pacientes).

Gráfica 8. Otros tratamientos



Fuente: Elaboración propia

A manera de cierre

Este documento, de carácter exploratorio, delineó algunos elementos constitutivos de la atención psiquiátrica de los pacientes que circularon por los establecimientos de la Beneficencia de Cundinamarca, durante el periodo 1950-1970, época que, como constatan los estudios aquí referenciados, muestra una serie de transiciones sociales e institucionales, posicionando las prácticas médicas en otros discursos

²¹ No se evidencia en este estudio una orientación mercantil o productiva de la laborterapia, tal como se proyectó en otros establecimientos. Por ejemplo, en 1965, la administración del Hospital Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga, buscó aliviar parte de sus dificultades económicas con la elaboración de colchones y almohadas para las camas de los pacientes (Escobar, 2009: 110). La Casa de Orates de Santiago de Chile, durante el periodo de 1870-1940, parece ser un caso ejemplar de maximización de la “ergoterapia”, al trascender sus propósitos terapéuticos para insertarse en el proceso de industrialización, con la producción, por parte de los internos, de una diversidad de bienes de consumo para la venta externa (Leyton, 2008).

sobre la locura y la enfermedad mental. Fue un periodo que buscó secularizar la atención psiquiátrica hacia la consolidación de una lógica hospitalaria, pero que permanentemente estaba interpelada por las huellas de una lógica asilar, especialmente las que quedaron desde la segunda mitad del Siglo XIX.

Así las cosas, se percibe, en la revisión de las historias clínicas y en su conexión con algunos documentos centrales de la Beneficencia (los Informes de la Junta General), elementos institucionales que tensan el camino hacia la implementación efectiva de una psiquiatría psicodinámica, inscrita en el modelo norteamericano de salud mental. Un modelo que, a su vez, estaba instalado desde finales de 1940 en las agendas internacionales sobre la salud pública en América Latina.

Uno de estos elementos lo constituye sin lugar a dudas, la capacidad financiera de la Beneficencia de Cundinamarca, para dar soporte a estos cambios estructurales. Como se pudo leer en varios de los informes de la Junta, se elogiaba el saber psiquiátrico de la época, por estar actualizado en los enfoques y prácticas “modernas”, que ya se desarrollaban en algunos países del sur, como Argentina o Chile. No obstante, quedaba en evidencia el rezago técnico y presupuestal de los establecimientos de la Beneficencia para responder a las exigencias de dicho modelo. Intermitentemente, se fueron implementando cambios para llevar a cabo la atención psiquiátrica de los pacientes, de forma especializada y sectorizada: nuevos servicios ambulatorios y externos, nuevas construcciones, remodelaciones, dotación de recursos tecnológicos, mayor profesionalización del personal médico, perfeccionamiento de las clases de pacientes según su grado de demencia – crónicos y agudos-, edad, género y dependencia económica –pensionados y subsidiados-, etc.

En este orden de elementos institucionales, las historias clínicas permiten indagar en las clasificaciones de las enfermedades mentales, así como en sus formas de diagnóstico y tratamiento. Así, se pudo evidenciar una coexistencia de terapias agresivas (TEC, insulino-terapia) con terapias orientadas a la contención psicológica y prevención de la cronificación (psicoterapia, labor-terapia, manejo de dieta hiperproteica). En esta coexistencia, la “revolución farmacológica” accionada por la clorpromazina, a partir de 1950 (López, Álamo y Cuenca, 2002), juega un papel determinante en la reducción de las hospitalizaciones prolongadas de los pacientes, al contener de forma rápida la enfermedad mental con medios químicos. A pesar de ello, los datos muestran la persistencia de los reingresos. A propósito del boom de la lobotomía, y referenciando a Scull (2011:102), se puede plantear la siguiente pregunta: ¿Hasta dónde esta revolución farmacológica se desliza por una “mitología del cerebro”?

Finalmente, esta exploración realizada, invita a descubrir más indicios con marcos conceptuales que posibiliten entender las lógicas institucionales subyacentes en los

enfoques del saber psiquiátrico y en las prácticas diagnósticas y terapéuticas. Una posibilidad puede estar en el enfoque de Powell y Di Maggio (1999), quienes proponen el concepto de “cambio institucional”, para abarcar dimensiones materiales e inmateriales (simbólicas) de dicho cambio. Dentro de este escenario, se pueden perfilar “campos organizacionales” –la Beneficencia de Cundinamarca, la psiquiatría, etc.-, que dan cuenta de: 1) las interacciones inter e intraorganizacionales, 2) la circulación de información y 3) el reconocimiento mutuo por parte de los agentes del campo, que pertenecen a este entramado institucional.

Referencias

Fuentes primarias

Archivo Central de la Beneficencia de Cundinamarca, Bogotá, Historias clínicas de los establecimientos psiquiátricos, 1950-1970.

_____ Informes generales de la Junta General de la Beneficencia de Cundinamarca, Bogotá. Varios años.

Documentos institucionales

OMS (1950) Comité de Expertos en Higiene Mental-Informe de la Segunda Sesión. Ginebra, 11-16 de septiembre.

_____ (1953) Comité de Expertos en Higiene Mental-Informe de la Primera Reunión. Ginebra, 29 de agosto-2 de septiembre.

_____ (1957) El hospital psiquiátrico, centro de acción preventiva de la salud mental. Quinto Informe del Comité de Expertos en Salud Mental. Ginebra, 10-15 de diciembre.

Fuentes secundarias

Álvarez, José María; Colina, Fernando (2011) “Origen histórico de la esquizofrenia e historia de la subjetividad”, *Revista Frenia*, Vol. XI, pg. 7-26.

Arboleda, María Adelaida (2013). Relaciones de poder entre agentes en la configuración del campo de la salud mental. Estudio de caso: El programa de psiquiatría comunitaria de la Universidad del Valle, en Cali, Colombia (Tesis de Doctorado). Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina.

Bejarano, Jesús A. (1994). “El despegue cafetero (1900-1928), en: Historia económica de Colombia, José Antonio Ocampo (edit.). Bogotá: Tercer Mundo Editores-Fedesarrollo.

Castro, Beatriz (2007) "Los inicios de la asistencia social en Colombia". *Revista CS*, No. 1, mayo, Universidad ICESI, p. 157-188.

Castro, Beatriz (2012) Los médicos y las políticas de asistencia social en Colombia 1900-1930, ponencia presentada en el seminario: la gestión de lo social: política, Estado y formas de intervención en las sociedades latinoamericanas, realizado el 26 de octubre del 2010, Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, Universidad del Valle.

_____ (2014) *La relación entre la Iglesia Católica y el Estado colombiano en la asistencia social, c.1870-1960*. Cali: Programa Editorial de la Universidad del Valle.

Escobar, Eide Judith (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 (Tesis de pregrado). Escuela de Historia, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga.

Gutiérrez Avendaño, Jairo; Marín Monsalve, Yamid (2012), "Poder psiquiátrico, formas clínicas y clasificación de la locura como enfermedad social, en el caso del Manicomio Departamental de Antioquia, 1920-1959". *Revista Katharsis*, 14, pp. 197-224.

_____ (2015). "Del régimen asistencialista a la psiquiatría dinámica en las primeras instituciones de salud mental en Cundinamarca, Antioquia y Valle del Cauca, 1900-1968", en: *Actualizando discursos. Trazos de historia de la psiquiatría y de la salud pública en el contexto iberoamericano*. Álvaro Casas Orrego; Jana Catalina Congote (Coords.), Grupo Historia de la Salud, Facultad Nacional de Salud Pública. Págs. 103 – 138.

_____ (2016) "Caracterización sociodemográfica, psicopatológica y terapéutica en la primera década de servicio (1958-1968) del Hospital Psiquiátrico San Isidro del Valle del Cauca". *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), págs. 14–21.

Huertas, Rafael (2001) "Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos". *Revista Frenia*, Vol. 1, Fascículo 2, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (España), pg. 7-33.

Huertas Rafael (2012). *Historia cultural de la psiquiatría*. Madrid: Los Libros de la Catarata.

Leyton, César (2008). La ciudad de los locos: industrialización, psiquiatría y cuestión social. Chile 1870-1940. *Revista Frenia*, Vol. VIII, pg. 259-276.

López, Francisco, Álamo, Cecilio y Cuenca, Eduardo. (2002). Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina: medio siglo de psicofarmacología. *Frenia* 2(1), 77-107.

Montes, Mateo (2016) La participación de la Universidad del Valle en la constitución del Asilo San Isidro como Hospital Psiquiátrico, 1955-1970 (Trabajo de grado), Programa de Sociología, Facultad de Ciencias y Económicas, Universidad del Valle, Cali.

Novella, Enric J; Huertas, Rafael (2010) El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud* [online]. Vol.21, n.3, pp.205-219. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-2742010000300002&lng=es&nrm=iso. Fecha de consulta: 20 de marzo de 2016.

Orejuela, Diana (2014). La locura en Cali: de una mirada asistencial a una mirada clínica, el caso del Asilo San Isidro 1940-1970 (Tesis de pregrado). Departamento de Historia, Facultad de Humanidades, Universidad del Valle, Cali.

Pagliosa, Fernando Luiz; Da Ros, Marco Aurélio (2008). O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. En: Revista Brasileira de Educação Médica. Vol. 32, No. 4 (2008); p. 495.

Porter, Roy (2008). *Breve historia de la locura*. México: Fondo de Cultura Económica.

Powell, Walter; DiMaggio, Paul. (Eds.). (1999). *El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional*, México: FCE.

Quevedo, Emilio et. al (2000). *Café y gusanos, Mosquitos y Petróleo. El tránsito de la higiene hacia la salud pública en Colombia, 1873- 1953*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia - Instituto de Salud Pública - Centro de Historia de la Medicina Andrés Soriano Lleras.

Ramírez, María Teres; Téllez, Juana Patricia (2006). La educación primaria y secundaria en Colombia en el siglo XX. Disponible en: <http://www.banrep.gov.co/docum/ftp/borra379.pdf>. Fecha de consulta: 9 de octubre de 2016.

-Ríos Molina, Andrés et. al. (2016). "Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una propuesta desde la historia cuantitativa (México, 1910-1968)", *Revista Asclepio*, 68- 1 (2016): p136.

Rosselli, Humberto (1968). *Historia de la psiquiatría en Colombia*. 2 vols. Bogotá: Horizontes.

Sánchez Salcedo José Fernando; Castrillón V. María del Carmen (2014). *Escenarios de la minoridad en Colombia: Los juzgados de menores y la Beneficencia de Cundinamarca 1900-1930*. Cali: Programa Editorial de la Universidad del Valle.

-Sánchez Salcedo, José F. (2017). "Diagnóstico y medicación: la práctica médica en el Hospital Psiquiátrico del Valle entre 1956-1970". *Revista Universitas Humanística*, No. 83, pp. 331-359.

Scull, Andrew (2013.) *La locura: Una breve introducción*. Madrid: Alianza Editorial.

Simpson Beltrán, Valentina (2015) *Psiquiatría, moralidad y locura, la construcción del hospital psiquiátrico de Sibaté y discurso psiquiátrico 1916-1966*. (Trabajo de grado). Facultad de Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Javeriana —, Bogotá.

Anexo 1. Registros de una historia clínica (primer ingreso en 1951)

**JUNTA GENERAL DE BENEFICENCIA DE
CUNDINAMARCA
MANICOMIO DE VARONES DE SIBATE**

No. del Archivo 21102 Hoja Clínica No. 425

Entrada el 4 de May. de 19 51
 Salida el 16 de Jun. de 19 51
 Por no presentar signos mentales

Nombre GUSTAVO
 Edad 36
 Procedencia Jerusalén, Cund.
 Examinado el día de de 19

ANTECEDENTES PERSONALES Y HEREDITARIOS

Un hermano, Mario W. J. (Julia) padeció de ataques convulsivos con pérdida de conocimiento. Un hermano y un primo suyo, los mismos que su padre y el mismo paciente, han sido alcohólicos.

es posible que el apellido Welfar sea una transformación del castizo Huerfano, mas de acuerdo con sus condiciones sociales, sin nexos de origen de otros países.

EXAMEN SOMATICO

NUMERO 425 3

**REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
SINDICATURA GENERAL DE BENEFICENCIA
ASILO DE LOCOS**

BOLETA DE ENTRADA

Bogotá, mayo 4/51 de 19

Al R. P. Superior del Manicomio: ☒

Sírvase dar entrada a GUSTAVO WELFAR PARRA
 Natural de Jerusalén Departamento de Cund.
 Vecino de JERUSALEN " " CUNDINAMARCA
 Edad 25 años. Estatura Color trigueño
 Estado soltero
 Hijo de Gustavo Welfar - J. Heliodora Parra
 Quien debe ser asilado según diagnóstico N° 6286 de la Oficina Central de Medicina Legal.
 Acudientes: NO TIENE Ca. No. Tel.
 Ca. No. Tel.
 Conducido por el agente de la P.N. VICENTE TORRES
 Autoridad que lo remite: Sec. Justicia de Cund. Of. # 396 de hoy
 Pensionado de la clase por \$ mensuales.
 Asilado por cuenta de la BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA

El Jefe de la Sección Fiduciaria, [Firma]

1047 TIP. BREMER

23-883

NUMERO 899

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
SINDICATURA GENERAL DE BENEFICENCIA
ASILO DE LOCOS
BOLETA DE ENTRADA

Bogotá, Septbre 3/53 de 195

Al R. P. Superior del Manicomio: ☒ (R.)

que dar entrada a GUSTAVO WELFAR

Natural de Jerusalem Departamento de Cundinamarca

Edad de 35 años Departamento de id

Color Moreno

Nombre Gustavo Welfar y Heliodora Luna

debe ser asilado según diagnóstico No. 14128 de la Oficina Central de Medicina Legal

adientes no tiene Ca. No. Tel.

educado por el agente de la Pol. N.º 1. Div. Cundi-Lazaro Naves Moreno

oridad que lo remite: Sec. Justicia de Cundinamarca Of # 1269 de hoy

monado de la clase por \$ mensuales.

ado por cuenta de la BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA.

El Jefe de la Sección Fiduciaria, 

Viene el 24.950

8

BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA
MANICOMIO DE VARONES
BOLETA DE SALIDA

Número: 936

Sibaté, Oct. 10 de 1953

El señor Gustavo Welfar quien entró

el día 3 de Sept. de 1953 según boleta No. 899

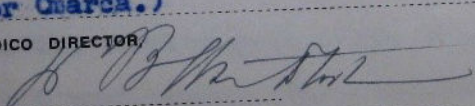
Natural de Jerusalem, Cund. Vecino de Jerusalem

Edad 35 Estado Soltero

Diagnóstico Alcoholismo

Sale hoy por Mayoría

(Asilado por Omarca.)

EL MEDICO DIRECTOR 

SC NUMERO 1320/58

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

JUNTA GENERAL DE BENEFICENCIA
MANICOMIO DE VARONES

BOLETA DE ENTRADA

Bogotá, Marzo 31/58 de 195

Al R. P. Superior del Manicomio: GUSTAVO WELFA

Se der entrada a JERUSALEN Departamento de CUNDINAMARCA

Natural de ID Departamento de ID

Edad 41 años. Estatura Color moreno

Estado soltero

Conducido por GUSTAVO WELFA y HELIODORA PARRA

Quien debe ser asilado según diagnóstico No. 007229 de la Oficina Central de Medicina Legal.

Estudiantes: - Marzo 31/58 No. Tel.

Ca No. Tel.

Conducido por RAFAEL ANTONIO AVILLA CELIS - Div. Cundinamarca-Placa # 12606

Autoridad que lo remite Alcaldía de Jerusalén - Of. # 47 de Marzo 30/58 -

Asilado por cuenta de la BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA por \$ mensuales.

El Jefe del Departamento Asistencial



Ver # 29837 36

BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA
HOSPITAL NEURO-PSIQUIATRICO - SECCION SIBATE

BOLETA DE SALIDA

Sibaté, septiembre 9 de 1958

Número 1732

El señor GUSTAVO quien entró

el día 14 de mayo de 1958 Según boleta No. 1452

Natural de Jerusalén-Cund- Vecino de Jerusalén-

Edad 41 Estado soltero

Diagnóstico: Alcoholismo Hist. Clín. No. 28885

Salte hoy por Mejoría

Asilado por cuenta de la BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA


MEDICO DIRECTOR

Tip. B. de C. - Ord. 0941 - 5.000

Asilado por cuenta de la BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA por \$ mensuales.

El Jefe del Departamento Asistencial



BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA
HOSPITAL NEURO - PSIQUIATRICO - SECCION SIBATE

Número 1093

BOLETA DE SALIDA

Sibate Agosto 18/64

El señor GUSTAVO quien entró
el día 15 de Noviembre /61 de Según Boleta No. 1398
Asilado ☒ Pensionado ☐ Por cuenta de CUND.
Natural de IERUSALEN Vecino de BOROTA
Edad 47 Estado SOLTERO Hist. Clín. No. 33478
Diagnóstico: PERSONALIDAD PSICOPATICA
Sale hoy por MEJORIA


 Típ. B. C. - Ord. 9781 50.000

BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA
HOSPITAL NEURO-PSIQUIATRICO
SIBATE

No. Hist. C. 33478
Apellidos 1º GUSTAVO 2º WILFAR No.

TRATAMIENTO

FECHA	DROGAS INDICADAS	DROGAS APLICADAS	FIRMA
Julio 24/67	MAYEPTIL x10 Tbts#90 Dar 2 al día durante 3 días y luego 3 al día hasta terminar. SINOGAN x 100 Tbts#60. Dar 2 al día. GARDENAL x0.1 Tbts#30. Dar 1 por la noche. QUIMAR x 5 cc Amp#2 Aplicar 1 cc IM cada 12 horas.		O. Pérez.
Septiembre 15/67	Neuleptil, x 10, caps. # 60. Una, mañana y tarde.		Jaramillo E.

Anexo 2. Descripción general- de 18 pacientes- 1950-1970

Nombre establecimiento	Fecha 1er. Ingreso	Sexo	Edad de 1er. ingreso	Raza	Estado civil	Ocupación/ oficio	Procedencia
Manicomio de Varones de Sibaté	1951	M	20	No especifica	Soltero	Electricista	Nace en Guacamayas (Boyacá) Reside en Bogotá
Frenocomio de mujeres de Bogotá	1955	F	28	No especifica	Soltera	Oficios domésticos	Nace en Carmen de Carupa Reside en Lenguaque (Cundinamarca)
Manicomio de Varones de Sibaté	1957	M	32	"Moreno"	Casado	Agricultura / ayudante de cocina en Hospital	Fusagasugá (Cundinamarca.)
Hospital Neuropsiquiátrico de Bogotá	1959	F	24	No especifica	Casada	Oficios domésticos	Nace en Sativasur (Boyacá) Reside en Bogotá
Manicomio de Varones de Sibaté	1960	M	23	No se especifica	Soltero	Obrero	Reside en Bogotá
Hospital Neuropsiquiátrico de Bogotá	1961	F	45	No especifica	Casada	Oficios domésticos	Nace en La Peña Reside en Utica (Cundinamarca)
Frenocomio de Mujeres	1961	F	82	No especifica	Casada	Oficios domésticos	Nace en Bogotá Reside en Bogotá
Hospital Neuropsiquiátrico Sección Sibaté	1962	M	16	No especifica	Soltero	Vendedor de frutas	Nace en Junín (Tolima) Reside en Bogotá
Frenocomio de Mujeres de Bogotá	1963	F	14	No especifica	Soltera	Hogar	Nace en Ibagué Reside en Bogotá
Hospital Neuropsiquiátrico de Bogotá	1965	F	26	No especifica	Soltera	Oficios domésticos	Nace en Madrid (Cundinamarca) Reside en Soacha
Hospital Neuropsiquiátrico de Bogotá	1966	F	19	No especifica	Casada	Oficios domésticos	Nace en Capilla de Tenza (Boyacá) Reside en Sopó (Cundinamarca.)
Hospital Neuropsiquiátrico de Bogotá	1966	F	17	No se especifica	Soltera	Oficios domésticos	Nace en Nariño (Cundinamarca) Reside en Nariño (Cundinamarca)
Hospital Neuropsiquiátrico de Bogotá	1966	M	3	No especifica	-----	-----	Nace en Chiquinquirá Reside en Salen
Hospital Neuropsiquiátrico de Bogotá	1966	F	24	No se especifica	Soltera	Bailarina – Oficios domésticos	Nace en Salán (Bolívar.) Reside en Bogotá
Hospital Neuropsiquiátrico de Bogotá	1966	F	26	Negra	Soltera	Oficios domésticos	Nace en Yuto (Chocó) Reside en Bogotá

Hospital Neuropsiquiátrico de Bogotá	1968	M	18	No especifica	Soltero	Agricultor y cotoero	Nace en Chía Reside en Chía
Hospital Neuropsiquiátrico de Bogotá	1968	M	28	No especifica	Soltero	Albañil	Nace en Bogotá Reside en Bogotá
Hospital Neuropsiquiátrico de Sibaté	1968	M	15	No se especifica	"Menor"	Jornalero	Nace en Subachoque Reside en Subachoque

Fuente: Elaboración propia con base en las historias clínicas transcritas.

Anexo 3. Algunos enlaces de ingresos y remisiones 1950-1970

Nombre establecimiento	Sexo	Edad de 1er. ingreso	Diagnóstico inicial y final	Algunos enlaces en ingresos, reingresos y consultas
Frenocomio de mujeres de Bogotá 1955	F	28	1955 - Síndrome maniaco infusional; esquizofrenia 1967-Reacción esquizofrénica paranoide 1970- Esquizofrenia crónica 1973 – Esquizofrenia	1955-1972-llevada al hospital por un agente de policía (Sec. De Justicia de Cundinamarca), encontrada en la calle. 1971- Solicitud de Inspección Municipal de Policía y Tránsito-Cajicá para valoración y hospitalización- agresiva con los pobladores y hace "escándalo con expresiones desagradables". Aparece una vez acompañada por "un familiar".
Manicomio de Varones de Sibaté 1957	M	32	1957-Reacción paranoide 1970-Estado paranoide o Parafrenia 1971-Esquizofrenia paranoide crónica 1982 - Síndrome Postrauma C.E ("intervención cerebral por accidente")	1957 – Conducido al Manicomio por funcionario de la Alcaldía de Fusagasugá y "asilado por cuenta de la Beneficencia de Cundinamarca". 1959- 1962-Conducido por policía y remitido por Alcaldía de Fusagasugá. 1964 – Remitido al Manicomio por el Instituto de Medicina Legal, "pues golpea a su anciana madre y amenaza a los vecinos". 1982- Traslado al Hospital San Rafael (Servicio Médico-quirúrgico), por diagnóstico "dificultad para la marcha". 1982 - Hospital José Joaquín Vargas; retoma contactos con la esposa, hijo (se encargan del cuidado).
Hospital Neuropsiquiátrico de Bogotá 1959	F	24	1959 Reacción maniaco depresiva 1963-Reacción esquizofrénica tipo paranoide 1971 Síndrome maniaco depresiva	1959-conducida por el hermano. 1960-1963-Conducida por el esposo, remitida por el Juzgado Permanente del Norte o por funcionarios de la Alcaldía. 1971 –Solicitudes de valoración de estado mental del Instituto de Medicina Legal; Comisaría de Policía Judicial de Turno (Bogotá).
Hospital Neuropsiquiátrico de Bogotá 1961	F	45	1961 – 1964 Psicosis periódicas 1971-Reacción esquizofrénica	1961 –Conducida por el esposo, remitida por la Alcaldía de Utica. 1963-1971-Conducida por un agente de policía desde Utica. 1972– Solicitud de valoración de estado mental por parte de la Policía Judicial,

			1978-Demencia senil con componente esquizoide 1982 -Psicosis Maniaco depresiva, Demencia senil PMD bipolar	Unidad Central – Bogotá, para enviarla a un centro de rehabilitación. 1972 – Solicitud de asilamiento por parte del Instituto de Medicina Legal. 1973 – Remitida por la Alcaldía Municipal de Utica, pues “desde hace tiempos está padeciendo esta enfermedad, causando graves problemas a la sociedad y la familia”. 1985-Conducida por las hijas.
Hospital Neuropsiquiátrico Sección Sibaté 1962	M	16	1962- Reacción esquizofrénica 1968-Esquizofrenia indiferenciada, Esquizofrenia paranoide 1976-Esquizofrenia crónica 1995 Esquizofrenia paranoide	1962- Conducido por la madre, remitido por Juzgado Permanente del Sur, “asilado por cuenta de la Beneficencia de Cundinamarca”. 1965 – Conducido por un funcionario de la Comisaría Permanente Central; Solicitud del Juzgado Sexto Penal Municipal para que rinda indagatoria por ser acusado de hurto. 1968 – Notificación del Instituto De Medicina Legal, informando que “Presenta signos de perturbación [Sic] mental y debe ser hospitalizado [Sic] para observación, estudio, diagnóstico y tratamiento”. 1983- Solicitud de la Comisaría de Policía de Restrepo de un examen médico legal al Instituto de Medicina Legal, porque es “una persona de alta peligrosidad”.
Hospital Neuropsiquiátrico de Bogotá 1966	F	17	1966- Deficiencia mental – brote psicótico 1967- Deficiencia mental	1966 –Conducida por una vecina-amiga al Hospital 1966 – Solicitud de la Alcaldía Municipal de Nariño (Cundinamarca) al Instituto de Medicina Legal para valoración médica e internado “por tratarse de una pobre de solemnidad”.
Hospital Neuropsiquiátrico de Bogotá 1968	M	18	1968 –Reacción delirante aguda/debilidad mental; Reacción maniaca 1988 –Deficiencia mental	1968 – Solicitud de la Dirección Municipal de Policía y Tránsito al Instituto de Medicina Legal para realizar examen psiquiátrico “si lo estima conducente su reclusión en un sanatorio mental.” Es una petición de su madre quien considera un peligro para su vida si no se recluye.”; De la misma dirección, se solicita al Instituto que esta persona sea tratada “en medio hospitalario por Neurología y Psiquiatría. - Para descartar posible epilepsia.” -1969- Conducido por un agente de policía de la cárcel, pues “se la pasa gritando de noche dentro de los cultivos de maíz”.

CIDSE

ÚLTIMOS DOCUMENTOS DE TRABAJO

Diego Alejandro Álvarez C. RIESGO DE CRÉDITO Y CICLOS DEL CRECIMIENTO ECONÓMICO. Documento de Trabajo No. 173

Diego Álvarez, Rodrigo Domínguez y Diana Marcela Jiménez. Un análisis de la efectividad de los canales de búsqueda de empleo para las 13 áreas metropolitanas de Colombia en el 2017. Documento de Trabajo No. 172

Pedro Quintín Quílez. LA HERENCIA EN ÉMILE DURKHEIM – Documento de Trabajo No. 171 – marzo de 2018.

Lizeth Fernanda Terán López. La escuela ampliada: Una experiencia de formación de padres, madres y acudientes en La Unión, Valle del Cauca, 2016 –Documento de Trabajo No. 170- diciembre de 2017.

Carlos Augusto Víafera López. Discriminación racial y pobreza en Colombia. Documento de Trabajo No. 169- mayo 2017

Yaneth Consuelo Ángulo ¡Capeando el temporal! Reflexiones Críticas al quehacer de los profesionales de la Línea de Fortalecimiento Social del Proyecto Plan Jarillón Cali. Documento de Trabajo 168 - enero 2017.

Vivian Andrea Ladino Mosquera. SI EL RIO SUENA, EN SU ORILLA HAY RESISTENCIA. Exigencia por la participación Comunitaria en el Plan Jarillón de Cali. Documento de Trabajo No. 167. Diciembre 2016

Carlos Felipe Muñoz Barreneche. ¡Regios mijo! Una aproximación sociológica a los vínculos sociales de mujeres transexuales de un Centro de Escucha en Cali, Documento de Trabajo No. 166. Octubre de 2015

Pedro Quintín Quílez. Amarrar juntos el futuro: las cadenas en Cali, Documento de Trabajo No. 165. Octubre de 2015

Gabriel Francisco Guzmán Castro, Cristian Camilo Frasser Lozano. ¿Puede Robinson Crusoe crear instituciones? Una crítica al Enfoque de la realidad institucional como acción por incentivos. Documento de trabajo No.164. Octubre de 2015

Boris Salazar Trujillo. Cali: Narcotráfico, poder y violencia. Documento de Trabajo No. 163 Junio de 2015

Leonardo Raffo López. Law enforcement and drug trafficking networks: a simple model. Documento de Trabajo No.162. Mayo de 2015

Alejandra Rico Mavisoy ¿Cómo se garantizan las capacidades para la empleabilidad? Una mirada a los beneficios del Fondo de Fomento al Empleo y Protección al Desempleado FONEDE (2009-2012). Documento de Trabajo No. 161. Marzo de 2015

Carlos Humberto Ortiz Quevedo, Diana Marcela Jiménez Restrepo. El crecimiento económico y el poder adquisitivo en Colombia. Documento de Trabajo No. 160. Febrero de 2015.

Jorge Hernández Lara. Negociaciones de paz en 2014: avances inéditos en medio de la desconfianza y el escepticismo- informe de seguimiento-Documento de Trabajo No. 159. Febrero de 2015

Cristina Echeverry Rivera. Acompañamiento familiar de la estrategia Red Unidos para la Superación de la Pobreza Extrema. Experiencias de dos familias del municipio de Dagua, Valle. 2009-2013. Octubre de 2014. Documento de Trabajo No. 158. Octubre 2014.

María Eugenia Ibarra Melo. Las mujeres en la minería. Estado del arte y posibles líneas de investigación. Documento de Trabajo No. 157. Agosto de 2014

Sandra Patricia Martínez. Dimensiones locales y culturales de la formación del Estado: aportes desde las ciencias sociales colombianas. Documento de Trabajo No. 156. Julio 2014

Carlos Humberto Ortíz, Juan David Salazar. Brasil como horizonte: mayor ingreso y mayor crecimiento económico para Colombia. Documento de Trabajo No. 155. Febrero de 2014

Rosa Emilia Bermúdez Rico, Catherine Muñoz Saavedra. El stock de inmigrantes calificados colombianos en Estado Unidos The American Community Survey: una fuente de información para su caracterización. Documento de Trabajo No. 154. Noviembre de 2013.

Carlos Mejía, Karl Marx y Max Weber: ¿ruptura o continuidad? Documento de Trabajo No. 153. Octubre de 2013.