



CAMBIOS EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN  
LAS CIUDADES DE CALI Y BOGOTÁ

PROYECTO DE GRADO

JUAN CAMILO BEDOYA ROMERO  
LEIDY CAMILA GARCÍA VÉLEZ

ASESOR: OMAR BRAVO

UNIVERSIDAD ICESI  
FACULTAD DE ESTUDIOS PSICOLOGICOS  
SANTIAGO DE CALI  
2018

# **Cambios en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales en las ciudades de Cali y Bogotá entre los años 1957 al 2000.**

## **Introducción**

El papel que han ejercido las instituciones encargadas del cuidado y la “cura” de las personas que se han designado a nivel social como “locos”, ha sido un tema polémico, ampliamente abordado a través de los años y desde diferentes perspectivas teóricas que han aportado sus propias formas de tratamiento y diagnóstico. Lo anterior ha sido posible debido a los múltiples cambios que ha tenido el concepto de la locura, el cual ha pasado desde entenderse como una causa directa de una manifestación demoníaca, hasta en tiempos modernos designarse como un trastorno mental que se puede explicar desde diferentes vertientes científicas; entre estas corrientes, se encuentra los postulados psiquiátricos, los cuales atribuyen la causa de los trastornos mentales a desequilibrios cerebrales que se pueden tratar por medio de psicofármacos que regulan aquel sistema cerebral alterado, causante de todos los comportamientos asociados a la locura.

A pesar de que existen en la actualidad diferentes formas de abordar e incluso conceptualizar la locura, como es el caso del psicoanálisis o la psicología conductual, el modelo psiquiátrico es el que se sigue utilizando predominantemente en las instituciones. En el caso de Colombia esto no ha sido la excepción, dado que en este territorio tanto a nivel histórico como en tiempos modernos se ha evidenciado la influencia del tratamiento psiquiátrico caracterizado por la contención forzosa del paciente y el uso de medicación, con el propósito de calmar el comportamiento alterado del “loco”.

Lo anterior se puede evidenciar en el estudio realizado por Bravo (2017), el cual consistió en describir, a partir del análisis de archivos documentales, cómo han sido las prácticas y discursos psiquiátricos en las ciudades de Cali y Bogotá. Al igual que la investigación de Bravo, la cual plantea cambios en las prácticas psiquiátricas, esta investigación surge del mismo interés, la cual se propone específicamente en describir cómo han cambiado los diagnósticos y las intervenciones utilizadas a través de la historia en el territorio colombiano, de manera particular en las ciudades mencionadas anteriormente.

Lo que se espera con esta investigación es poder describir, a partir del análisis de historias clínicas, como han cambiado los diagnósticos y los tratamientos brindados en las diferentes décadas en la ciudad de Cali y Bogotá entre los años 1957 y 2000 en el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle y, en Bogotá, en el Hospital Neuropsiquiátrico, en el Centro Femenino Especial José Joaquín Vargas (Sibaté) y en el Hospital San Rafael (Fusagasugá). De igual manera, se pretende observar si existe alguna relación entre el diagnóstico dado a los pacientes y el respectivo tratamiento utilizado en las diferentes décadas. Finalmente, se desea analizar la eficacia de los tratamientos tanto a corto y largo plazo teniendo en cuenta los reingresos a la institución por parte de los pacientes.

La realización de esta investigación se hará desde un enfoque cualitativo, con base en un diseño interpretativo, el cual se realizará a partir del análisis de archivos documentales, como lo son historias clínicas de las instituciones anteriormente mencionadas. Este enfoque fue elegido porque es la mejor opción para lograr el objetivo central de este estudio, ya que permite a través del análisis documental poseer una comprensión holística del fenómeno estudiado, permitiendo conocer a profundidad y a su vez dando la posibilidad de observar los posibles cambios presentados en el tiempo, lo cual permitirá hacer una recopilación histórica de los cambios en el diagnóstico y tratamiento usado en los pacientes psiquiátricos en estas ciudades específicas. Esta perspectiva es apoyada Uwe (2009), quien menciona que este tipo de diseño es idóneo para estudiar los cambios que tienen lugar en los procesos de carácter social y organizativo.

## **Historia y conceptualización de la psiquiatría**

La interpretación de las enfermedades o trastornos mentales ha presentado un largo recorrido desde tiempos inmemoriales, sus orígenes exactamente se pueden rastrear desde los mismos albores del pensamiento donde fue interpretada desde distintos ámbitos como la religión, la medicina y la filosofía (González, 1998). Desde la perspectiva religiosa, la enfermedad mental estaba relacionada a eventos sobrenaturales, exactamente, atribuida a la posesión demoníaca de entes malignos (Omaña, 2008). Para el tratamiento de este tipo de enfermedades se utilizaban métodos mágico -religiosos. Mágicos en el sentido de que los encargados de sanar o curar a estos enfermos eran los hechiceros, quienes, por medio de la trepanación, es decir, la perforación realizada en el cráneo, sacaban los espíritus malignos que causaban la enfermedad mental. Los métodos religiosos fueron utilizados posteriormente por

sacerdotes, los cuales estaban encargados de realizar exorcismos que tenían el mismo fin de la trepanación, la expulsión de los espíritus malignos (Ruiloba, 1999).

Durante décadas se mantuvo esta concepción mágico-religiosa que poco a poco fue reemplazada por los postulados de algunos pensadores griegos y romanos como Hipócrates, Platón, Asclepiades, Galeno, entre otros. De la cultura griega, el primero en introducir una causa natural a los trastornos mentales fue Hipócrates quien defendía que la enfermedad mental estaba relacionada al desorden en la interacción de cuatro humores (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema). Además de introducir lo anterior, Hipócrates también fue quien hizo por primera vez la clasificación de las enfermedades mentales, donde definió tres categorías principales: la manía, melancolía y la frenitis. En oposición a Hipócrates aparece Platón, quien plantea que este tipo de trastornos no se deben únicamente a lo orgánico o al desequilibrio de humores, sino que además están relacionados a problemas éticos y divinos. Entre los pensadores romanos aparece Asclepiades, quien al igual que Platón, rechaza los planteamientos de Hipócrates, exponiendo como factor fundamental las influencias ambientales en los trastornos mentales. Por último, se reconoce a Galeno quien recoge todos los planteamientos anteriores y hace una clasificación de las causas de los trastornos mentales, dividiéndolas en causas orgánicas, como tumores, alcohol y cambios hormonales. Como punto fundamental, estas culturas defendían un trato humanitario para este tipo de enfermos, desarrollando tratamientos donde se les daba un especial cuidado, que incluían actividad física, recreación e hidroterapias (Ruiloba, 1999).

Esta época de evolución y concientización de lo que eran los enfermos mentales fue derrumbada en la edad media, donde renació el primitivismo y la brujería. En este periodo de oscurantismo, los tratamientos para enfermos mentales estaban encaminados hacia el exorcismo que nuevamente era realizados por monjes, ya que consideraban que el castigo era el medio adecuado para alejar a los espíritus malignos. Fue durante esta época que se tuvo en cuenta la brujería como elemento principal a la hora de enfermar mentalmente, por lo que se desató el castigo prolongado de quienes tenían este tipo de enfermedades ya que eran catalogados como pertenecientes a sectas satánicas. Aunque hubo algunas excepciones de este pensamiento como en Arabia, el Bajo Imperio e Italia, fue lo demonológico lo que tuvo más auge durante los siglos XV al XIX (Marietan, 2004).

Pasada esta época de oscurantismo llegan nuevas explicaciones sobre las verdaderas causas de las enfermedades mentales, donde es cuestionado el origen extranatural y son puestos en evidencia los orígenes orgánicos, como los fisiológicos y anatómicos, a principios del siglo XIX. Estos hallazgos concuerdan con tiempos donde se estaba desarrollando la ciencia

moderna, la cual estaría fuertemente influenciada por los postulados de la modernidad. En esta época, fueron considerados tratamientos que dejaron de lado el castigo, poniendo en práctica una aproximación a lo médico y a lo más humanitario, contribuyendo a la creación de la clínica psiquiátrica y la psicoterapia. Entre los pioneros de este nuevo tratamiento, aparte de los griegos y romanos, está Philippe Pinel quien es reconocido por ser un precursor del alienismo, el cual liberó a los enfermos mentales de las cadenas en el año 1794 al ayudar a que los asilos se convirtieran en lugares dignos; además, también es reconocido por su clasificación de los trastornos psíquicos, en la que se incluía la manía, melancolía e idiocia, convirtiéndose gracias a sus aportes tanto en lo asistencial como en lo científico en el fundador de la psiquiatría y del tratamiento moral, que consistía en alejar a los enfermos mentales de la sociedad para que la recuperación fuera provechosa (Omaña, 2008).

Posterior a Pinel, la psiquiatría durante el siglo XIX empezó a desarrollarse progresivamente con nuevos planteamientos que profundizaron más sobre las causas, tratamientos (psicofármacos y psicoterapia) y clasificación de las enfermedades mentales. Entre los autores más destacables de esta evolución están: Esquirol, quien definió de manera adecuada las alucinaciones, la monomanía e ideación paranoide resaltando el papel de las emociones en el origen de este tipo de enfermedades; Griesinger, quien defendió el modelo organicista y afirmó que las enfermedades mentales son trastornos cerebrales y planteó la conveniencia de estudiar los cerebros de cadáveres. Kraepelin, quien fue el que construyó un sistema de clasificación que integraba la sintomatología y el tiempo de duración de un trastorno mental, acabando de alguna manera con la concepción de la locura como única enfermedad psicológica y agregando otras alternativas de trastornos.

Finalizando el siglo XIX y a comienzos del siglo XX, en el terreno de lo que ha sido la enfermedad mental, se ha desarrollado la psiquiatría como la rama de la medicina que tiene por objeto de estudio los trastornos que afectan la estabilidad mental de la persona, “ocupándose del estudio, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos psíquicos” (González, 1998. p. 7). Esta ha evolucionado a la par del concepto de enfermedad mental desde el ámbito científico, pues al ser una rama de la medicina su estatuto se encamina hacia lo verificable, es decir, a lo relacionado con las causas naturales o con lo orgánico. Por tal razón, su historia está relacionada a todos los aportes planteados desde el modelo orgánico-médico (Casas y Congote, 2015). Con el desarrollo de la psiquiatría resurgen preguntas planteadas en el pasado sobre lo relacionado al tema de la locura, algunas de estas son: ¿Que es la locura? ¿Qué hacer con ella? ¿Cómo tratar a las personas con algún desorden mental? Las respuestas a estos cuestionamientos se han dado a través del desarrollo de esta ciencia.

Del nacimiento de la psiquiatría se desprende la implementación de lugares para contener y recluir a los enfermos mentales. Estos lugares fueron llamados manicomios, los cuales eran establecimientos dedicados al diagnóstico y tratamiento (a través del encierro prolongado) de enfermedades como la esquizofrenia, sífilis, demencia precoz. Estos sitios fueron implementados por parte del Estado. El nacimiento de los manicomios fue percibido como un símbolo de civilización, ya que tenía como objetivo inicial dar un lugar, trato y espíritu humanitario a los enfermos mentales. El problema de este dispositivo, es que en lugar de proporcionar buenas condiciones de vida lo que logró fue denigrar la condición humana de los pacientes mentales, puesto que en estos lugares eran practicados tratamientos infrahumanos, tenían condiciones deplorables y presentaban características como el hacinamiento y la escasez de los recursos básicos para la supervivencia de las personas que tenían algún tipo de trastorno (Acristan, 2009).

Luego de la implementación de los asilos-manicomios fueron creados los hospitales psiquiátricos. Este cambio de institución se dio gracias a consensos que apoyaba la necesidad de una reforma en la asistencia psiquiátrica y en las políticas de salud mental, dado el convencimiento de que los que padecían trastornos mentales no debían ser asignados a instituciones que los aislen de la sociedad y, además, porque se había entendido que el manicomio más que la cura producía la enfermedad (Omaña, 2004). Estos hospitales pretendían dejar de lado los castigos y otorgar en lugar de estos, tratamientos médicos como los farmacológicos. A pesar de la implantación de políticas que eliminaran la segregación social el problema seguía, pues, la infraestructura de estos lugares presentaba las características de los manicomios, al tener rejas y demás elementos que ayudaban a la contención física de los pacientes promoviendo la reclusión como parte del tratamiento brindado (Acristan, 2009).

Aparte de los planteamientos religiosos y de los orgánico-médico ya nombrados, están por otro lado, algunos planteamientos filosóficos como el de Foucault, dados en el siglo XX, que postulaban que los trastornos mentales se daban como consecuencia de las presiones que la sociedad ejercía sobre el sujeto, en donde estaba implicada su libertad de decisión que impedía un diálogo entre la razón y la sinrazón, lo cual produce alienación, reclusión y abandono (Ruiloba, 1999).

Con base en lo anterior, Foucault hace un análisis crítico del carácter científico que se asume en estas instituciones; para él este puede entenderse y analizarse como un espacio de vigilancia, disciplina y control del cuerpo (Casas & Congote, 2015). La anterior crítica se puede

relacionar con el tratamiento (contención) que se ofrecía en estos tiempos, los cuales se podrían asimilar o identificar con otros espacios de reclusión como cárceles, campos de concentración, etc. (Casas & Congote, 2015). El modelo del “orden psiquiátrico” implicaba, entre otras cosas, entender el manicomio, no tanto como un espacio de observación clínica y de producción de conocimiento, sino como el instrumento indispensable de una amplia estrategia de disciplina y regulación social.

### **Uso de diagnósticos y tratamientos en la salud mental**

Del recorrido que se ha presentado sobre el desarrollo del concepto de enfermedad mental, se puede rescatar que los diagnósticos estaban atribuidos a distintas causas como lo mágico-religioso, lo moral, lo ambiental, daños cerebrales, etcétera. De igual manera los tratamientos, como se ha podido observar durante el texto, se han desarrollado desde diferentes perspectivas. En primer lugar, para sanar las enfermedades mentales eran utilizados métodos como la trepanación, el exorcismo, la penitencia religiosa y los castigos físicos, para expulsar los espíritus malignos que habitaban el cuerpo de los enfermos. En segunda instancia, con los pensadores griegos y romanos, aparecen los tratamientos humanitarios que defendían el especial cuidado de este tipo de pacientes; en esta época se abogaba por tratamientos donde se les daba un especial cuidado, que incluían actividad física, recreación e hidroterapias (baños con agua tibia). En tercer lugar, y dado al retroceso que se dio en la época de la edad media, vuelven los tratamientos ligados al exorcismo, pero con un endurecimiento de los castigos físicos que tenían como función reprender al diablo para que saliera del cuerpo enfermo; también eran desarrolladas prácticas de incineración, pues se pensaba que quien tuviera estas enfermedades eran brujos y debían ser quemados para liberar el alma del demonio (Martínez et al, 2003).

Posterior a esta época llega el renacimiento y con él los nuevos tratamientos para los enfermos mentales. Es en este momento donde aparecen los manicomios y los hospitales psiquiátricos que se encargaban de proporcionar los métodos de “curación” para los enfermos. En estos lugares se desarrollaron prácticas denigrantes para sanar, como la inmovilización, realizada para la contención de los enfermos, que se hacían a partir de la utilización de grilletes, cadenas y sillas inmovilizadoras, los choques cardiacos e insulínicos, que tenían por objetivo crear crisis epilépticas utilizando sustancias como el alcanfor, metrazol e insulina. Dado que estos tratamientos no eran tan efectivos, fue creada la terapia electroconvulsivante (TEC), que consistía en aplicar electricidad al cerebro para producir

convulsiones epilépticas que generarán amnesia y de esta manera eliminar los efectos de la enfermedad. También, fueron administrados tratamientos como la malarioterapia o piretoterapia, que radican en aplicar por vía sanguínea algún germen patógeno como la malaria para producir altas fiebres y demás síntomas de este tipo de afecciones que ayudarán a reducir los de la enfermedad mental. Además de los anteriores, aparecieron métodos de “cura” como la hidroterapia ligada a los baños o duchas de contraste que provocaban, a partir de baños a presión con agua fría y caliente a temperaturas muy considerables, mejores resultados de la aplicación de otros tratamientos. De los tratamientos invasivos aplicados en estos lugares, el más fuerte era la lobotomía o leucotomía que se basaba en remover parte del cerebro de los enfermos mentales para quitar síntomas como la epilepsia y algunos trastornos obsesivos (Expósito et al, 2012).

Debido a los avances científicos desarrollados en la psiquiatría aparecieron los tratamientos farmacológicos, alrededor de la segunda mitad del siglo XX, que lograron la disminución de algunas prácticas coercitivas mencionadas en el párrafo anterior, presentando mayor eficacia en el control de los síntomas, ya que se logró comprender las causas y de esta manera crear posibles soluciones para cada caso, creando en primer momento fármacos antipsicóticos y antidepresivos como la clorpromacina. Es necesario mencionar, que este tipo de tratamiento no es del todo factible, ya que se ha encontrado que tiene diversos efectos colaterales en distintos órganos como en el corazón, la piel, las hormonas, entre otros y además porque pueden causar dependencia (González, 2010). Por otro lado, también fueron desarrollados métodos de curación psicológicos, es decir, los psicoterapéuticos, que consisten en facilitar la curación del sufrimiento humano través de la palabra y a partir de una relación de confianza y apoyo. Lo que se busca con este tratamiento es dar un acompañamiento al paciente para que encuentre la génesis de sus problemas psicológicos. Entre las terapias psicológicas más desarrolladas están las del psicoanálisis, las terapias de apoyo, la psicodinámica, la cognitiva, la conductual y la interpersonal (Benito, 2009).

### **Psiquiatría y salud mental en Colombia**

A pesar de la evolución que tuvo la psiquiatría a nivel mundial, se puede decir, que en Colombia esta se dio de manera limitada, puesto que ha sido una disciplina poco estudiada en este contexto (Simpson, 2015). Su nacimiento se dio en las primeras décadas del siglo XX, con la era del alienismo, teoría que postulaba la locura como una afección heredo-degenerativa, la cual se podría curar por medio de tratamiento moral, rutinas de ejercicio, laborterapia etc, como

ya fue mencionado en párrafos anteriores (Avendaño, 2016). La concepción que se tuvo de la locura a través de la historia de occidente ha demostrado que existieron diversas significaciones sobre esta “afección”, lo cual ha hecho que se opere sobre la base de teorías ambiguas. Precisamente esto fue lo que sucedió con los inicios de la psiquiatría en Colombia, la cual concibió el diagnóstico del “loco” a partir de preconceptos, estigmatizaciones y prejuicios, los cuales fueron los cimientos para que surgieran una serie de prácticas o intervenciones determinadas para su abordaje (Avendaño y Monsalve, 2012). Dado que en todas las épocas existen determinadas formas de pensar puestas en discurso que dan cuenta de las convicciones, decisiones, prácticas e instituciones de determinadas sociedades, por ende, se dará cuenta de cómo fue concebida la disciplina psiquiátrica en el ámbito colombiano y como está se fue desarrollando en el transcurso del tiempo junto con sus prácticas diagnósticas y de tratamiento (Golcman, 2015).

Según Humberto Rosselli, uno de los psiquiatras más importantes del contexto colombiano, entre los años 1870 y 1880 se consolidó la construcción de establecimientos para enfermos mentales (Simpson, 2015). A pesar de que en Colombia el tema de las enfermedades mentales nunca ocupó un lugar destacado entre los temas discutidos por médicos colombianos, llegó un momento en el que por medio de congresos y la decisión del gobierno central se estipuló la iniciativa que hizo posible la creación de diversos asilos, los cuales serían lugares designados para salvaguardar los alienados mentales (Casas & Congote, 2015). Teniendo en cuenta lo anterior, en el año 1916 en Colombia se dio la primera cátedra de psiquiatría, que significó el inicio de un discurso psiquiátrico que buscó ser legitimado en el país y que se vio materializado en la construcción de estas instituciones y lugares en donde se tratarían a los alienados (Simpson, 2015). Además, gracias a este evento, se empieza un proceso de búsqueda de profesionalización de la rama de la psiquiatría, que logra estipular un discurso psiquiátrico que empezaba a echar raíces caracterizando la visión estatal de cómo debían ser tratados los enfermos mentales de este país (Simpson, 2015). Esta visión se permeo junto con aspectos que influían de manera continua en el contexto y cultura colombiana, entre los cuales se puede destacar y distinguir “los credos religiosos, el ámbito de las leyes y determinados mecanismos de inclusión y exclusión social” (Ospina, 2006, p. 304).

Colombia, a principios del siglo XX, se caracterizaba por ser un país conformado por un Estado íntimamente unido al credo religioso, a la idea de modernidad y progreso, que influyó y movilizó al país a desarrollar los primeros estudios oficiales de la psiquiatría (Simpson, 2015). La primera concepción sobre la enfermedad mental que estos psiquiatras tenían estaba relacionada a la idea de degeneración del individuo, donde este perdía el sentido

de la moralidad; estas ideas estaban atravesadas profundamente por la religión y tradición cristiana-católica (Simpson, 2015). Como consecuencia de lo anterior, se desarrolló un prejuicio social estigmatizante sobre este tipo de personas, por parte de la población en general e incluso en los médicos pertenecientes al sistema psiquiátrico. Estos últimos consideraban los desórdenes mentales como el resultado del pecado moral, lo cual trajo como consecuencia la pérdida de la razón o la cordura, interpretándose como un castigo divino que descarga Dios sobre los individuos (Simpson, 2015). Con base en el pensamiento de esta época, se puede decir que la psiquiatría en Colombia sufrió un atraso que impidió su desarrollo como una ciencia moderna.

A las personas catalogadas como locas o dementes, se les estigmatizaba por ser de carácter agresivo, por lo cual debían ser encerradas y regeneradas para el bien y el orden de una sociedad organizada. (Simpson, 2015). Al ser encerradas en estos lugares de contención se les aplicaba forzosos y brutales tratamientos que, en vez de ayudar, hacían más daño (Simpson, 2015). Por esta razón Foucault (citado por Simpson, 2015) dice que “la institución psiquiátrica se entiende como un aparato de vigilancia que ejerce poder sobre el individuo a través de su autoridad científica, este poder se ejerce a través de dispositivos de control que se sustentan en verdades históricas que no son dadas de por sí” (p.54).

“En Colombia los asilos para enfermos mentales aparecen con la creación de la Junta General de la Beneficencia de Cundinamarca, entidad estatal fundada especialmente para administrar todo el sistema asilar del centro del país” (Ospina, 2006, p. 304). Estos asilos acogían indistintamente a los marginados y estigmatizados, en especial a los enfermos locos, inválidos, leprosos, tiñosos, epilépticos, retardados mentales, sarnosos, sifilíticos, tuberculosos, vagabundos, huérfanos, ancianos, prostitutas y delincuentes (Ospina, 2006). El aislamiento era uno de los procesos que hacía parte del tratamiento, aunque este era considerado más necesario para la seguridad pública que para la recuperación del enfermo. (Avendaño & Monsalve, 2012). Estas prácticas manicomiales se basaban en la contención física del paciente mental a través, principalmente, de la internación forzada y la medicación que se justificaban desde las diversas corrientes teóricas de la psiquiatría que impregnaban en estos tiempos en Colombia.

Este régimen asistencialista se mantuvo en los asilos psiquiátricos de Colombia en la primera mitad del siglo xx, en ellos se persistió con un modelo médico tradicional de asistencia, el cual ocasionaba más deterioro y problemas de tipo social a las personas que utilizaban estos servicios, en vez de ofrecerles una posible recuperación (Avendaño, 2016). Posteriormente, aproximadamente en la mitad del siglo XX, esto se convirtió en una preocupación política y médica, lo cual hizo posible que se realizarán denuncias en contra de las condiciones

infrahumanas en las cuales se encontraban los internos de estas instituciones; a raíz de esto se propone un cambio de atención, lo cual generó la crisis de los asilos, lugares que serían reemplazados por la construcción de modernos hospitales mentales en Colombia (Avendaño, 2016).

Con la creación de hospitales psiquiátricos en Colombia, a mediados del siglo XX, se lleva a cabo un cambio institucional en el diagnóstico y el tratamiento de la locura. Empiezan a surgir nuevas concepciones sobre la enfermedad mental, dando como resultado la creación de departamentos de psiquiatría, en los cuales se implementaban nuevos tratamientos, influenciados por la psiquiatría norteamericana (Sánchez, 2017). Los nuevos modelos de tratamiento se basaban en teorías con tendencias al organicismo y al estudio del individuo de forma fisiológica y patológica, los cuales responden a patrones biológicos y hereditarios de la incapacidad mental (Simpson, 2015).

Con la creación de estos hospitales, se dio una nueva concepción sobre lo que significaba ser loco o alienado; empezaron a ser catalogados y/o condenados por su enfermedad al estar dentro de un sistema o dispositivo que los curaría con base en un saber que ejerce la psiquiatría sobre la mente humana y que es legitimado por la ciencia. Bajo los criterios de la ciencia moderna y por medio de las instituciones psiquiátricas, el cuerpo y la mente de los enfermos internados serían controlados con base en un tratamiento, reclusión, análisis y estudio (Simpson, 2015).

Estos cambios de una u otra manera se vieron influenciados por tres grandes acontecimientos que ocurrieron en la práctica médica psiquiátrica. En primer lugar, está la revolución farmacológica, que modificó el modo de tratar la enfermedad mental; en segundo lugar, la creación en 1952, por parte de la Asociación Americana de Psiquiatría, de un manual de clasificación de las enfermedades psiquiátricas (DSM-I); finalmente con la llegada de nuevas concepciones sobre la enfermedad mental, difundidas por la Organización Mundial de la Salud, se ofreció “un nuevo marco de referencia para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales, que incidió en el desarrollo de la especialidad a nivel mundial”( Sánchez, 2017, p. 355).

Por otra parte, existieron otras perspectivas teóricas en Colombia sobre el diagnóstico y tratamiento que debían tener los pacientes psiquiátricos. En la primera mitad del siglo XX, se dio una reforma a la atención en los asilos con base en la psiquiatría dinámica influida por la psicoterapia y el psicoanálisis, incorporadas a la práctica disciplinar, como sucedió por ejemplo en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle desde 1955 y el cual incidió en la reforma del modelo de atención del Asilo de Locos San Isidro de esta ciudad (Casas &

Congote, 2015). Sin embargo, se debe recalcar que el modelo biologicista es el que más ha permeado el campo de la psiquiatría colombiana en el transcurrir de estos años.

Se puede decir que hoy en día la psiquiatría ha definido los tratamientos y prácticas manicomiales bajo modelos de carácter biologicista, los cuales se han mantenido en el tiempo, configurando parte de la historia de la psiquiatría colombiana (Bravo, 2017). Con base en prácticas sociales dominantes, tal como postula Foucault (citado por Simpson, 2015), se llegan a engendrar dominios de saber que no solo hacen que aparezcan nuevos objetos, conceptos y técnicas, sino que hacen nacer además formas totalmente nuevas de sujetos y sujetos de conocimiento. Teniendo en cuenta esto, la psiquiatría ha perpetuado y legitimado una tradición científica que ha atravesado la experiencia, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de las personas que se han considerado “enfermas mentales” en diferentes contextos sociales (Simpson, 2015).

En relación al uso de los diagnósticos psiquiátricos en la historia de Colombia, se logró observar que no se ha estudiado de manera profunda la magnitud en la que se presentan los diferentes trastornos mentales, ni sus factores de riesgo (Avendaño & Monsalve, 2012). No obstante, se puede afirmar que las nosografías que se han estipulado han tenido que ver con las diferentes posiciones teóricas e ideológicas que se han dado en el país sobre el tema de la salud mental (Rossi & Jardon, 2011).

Algunas investigaciones recientes sobre la historia de la psiquiatría, señalan que las construcciones de las nosologías psiquiátricas son de carácter artificial, es decir que las mencionadas enfermedades en la psiquiatría son construcciones sociales que dependen más de variables históricas y culturales, que de las biológicas y hereditarias. (Huertas, 2001). Es por esta razón que Restrepo (1988, citado por Bravo, 2017) se cuestiona por qué el modelo de la psiquiatría medicaliza y pone al servicio de instancias jurídicas y morales métodos biológicos y psicoterapéuticos de control que apuntan a una escrupulosa reglamentación de la intimidad y que dirige su atención a problemas sociales y culturales como lo son el divorcio, la prostitución o la infracción de la ley.

Por ejemplo, con base en la evolución que se tuvo en los asilos psiquiátricos de mitad del siglo XX en Colombia, se puede afirmar que la enfermedad mental tuvo una directa relación con el género de las personas (Ospina, 2006). Con relación al género masculino, se destaca sobre la población psiquiátrica un imaginario de peligrosidad que se expresaba en los diagnósticos y el tratamiento otorgado a estas personas. Ospina (2006, citado por Bravo y Sudbrack, 2010), afirma que se tenía una representación social de que la locura en los hombres en Colombia estaba relacionada con la idea de amenaza al orden social

Por otra parte, los diagnósticos asignados a la población psiquiátrica femenina se relacionaban con disfunciones o enfermedades de carácter sexual, sin embargo, no se estipulaba una relación con una supuesta peligrosidad como se tenía en la concepción de los hombres (Bravo y Sudbrack, 2010). La representación social de la población psiquiátrica femenina que se tenía se asociaba a la idea de no amenaza política o social; no obstante, esta idea se reemplaza por otra que relacionaba a las mujeres con la “inutilidad o daño al buen servicio provocados por la enfermedad mental” (Ospina, 2006, p. 307).

La vida cultural e íntima de la mujer determinaban en buena medida los diagnósticos médicos psiquiátricos sobre las pacientes del Asilo de Locas (Ospina, 2006). Aspectos como la marginalidad social por la condición social y económica, la incapacidad física, los roles de la mujer en la esfera doméstica y la sexualidad femenina eran factores decisivos para etiquetar a este tipo de paciente psiquiátrico. Se ha podido determinar distintas clasificaciones a través del tiempo de “los trastornos mentales femeninos y su consecuente tratamiento, en donde subyacen aspectos como la emocionalidad, la maternidad, la configuración genital, el misterio de la sexualidad de las mujeres, como determinantes del origen y las causas de la locura” (Ospina, 2006, p.306).

Con base en lo anterior, tanto en pacientes hombres como en mujeres, el diagnóstico de la enfermedad mental se efectuó bajo esas representaciones hegemónicas de lo femenino y lo masculino en la narrativa de occidente que, evidentemente, ha permeado en especial el ámbito médico (Ospina, 2006).

Por otra parte, es necesario resaltar que la locura en Colombia se clasificaba por lo que se conocía como “enfermedades sociales” (Avendaño & Monsalve, 2012). Algunas de estas enfermedades sociales que causaban los factores etiológicos de la locura eran, por ejemplo: el alcohol, la sífilis y el carácter hereditario y moral (Avendaño & Monsalve, 2012).

Algunas de las características de estas enfermedades sociales eran:

**La herencia:** este factor era considerado “la causa de las causas” o la “ley inevitable” de la locura la cual se podía neutralizar por una sana costumbre ajustada a la higiene mental, así como a través de los procesos educativos; sólo de esta forma se podía influir sobre la buena disposición hereditaria. (De los Ríos, 1981; citado por Avendaño & Monsalve, 2012). Se creía en el determinismo de la propensión a la locura cuando se tenía parientes con esta misma

afección, este era un criterio que se tenía en cuenta a la hora de diagnosticar en la primera mitad del siglo XX (Avendaño & Monsalve, 2012).

**Moral:** Tal como describe el psiquiatra Humberto Rosselli “Se consideran los desórdenes mentales como resultado del pecado moral y la conducta contra la ética: creen que la pérdida de la razón es un justo castigo que la cólera divina descarga sobre el individuo (Avendaño & Monsalve, 2012, p. 206).

**La educación:** se consideraba la falta de educación como un factor causante de la locura, debido a que de manera inconsciente las personas que no poseían un nivel educativo mayor eran más propensas a desarrollar predisposiciones morbosas por la ignorancia de las leyes y más proclives a la procreación y la miseria (Avendaño & Monsalve, 2012).

**El alcoholismo:** se pensaba que la intoxicación alcohólica era una fuente bastante fuerte en la influencia etiológica de distintas psicopatías, por ende, los policías encerraban en los manicomios a los individuos, con el objetivo de que en estos lugares ellos abandonaran el consumo de esta bebida. “El tratamiento consistía en medicalización y aislamiento para impedir el consumo, y de esta manera quitar el efecto producido por la abstinencia” (Avendaño & Monsalve, 2012, p. 208). Se debe resaltar que aquí se incluyen los otros tipos de sustancias psicoactivas.

**La sífilis:** era una enfermedad que se relacionaba con el consumo del alcohol y la degradación de la conducta. Era considerada como uno de los males sociales existentes en aquellas épocas, hecho que hizo considerar la sífilis como una enfermedad pública. (Congote, 2007 citado por Avendaño & Monsalve, 2012, p. 208).

**La miseria:** se alude a la pobreza como causa de perturbación mental, considerada de suma importancia, debido a que se creía que obraba unas veces por medio de las grandes penas morales que trae la pobreza y otras veces por la desnutrición avanzada. (Avendaño & Monsalve, 2012).

**La degeneración:** se consideraba como dependencia inmediata de la herencia, y a su vez se refería exclusivamente a la degeneración psíquica, cargada de estigmas sociales; se usaban expresiones como: “poca mente”, “demencia precoz”, “imbécil” “retraso mental”. En algunos

casos eran llamados bobos y eran enviados a asilos por sus supuestas actividades morbosas” (Avendaño & Monsalve, 2012, p. 210).

Por otra parte, según el médico Uribe Calad, director de la cátedra clínica de enfermedades mentales de Antioquia-Medellín desde 1923 y del Manicomio Departamental, para 1940 los diagnósticos en Colombia no obedecían a una clasificación médica especializada, porque se ajustaban solo a la expresión y/o descripción clínica de las manifestaciones morbosas que predominaban en el conjunto de síntomas que era revelado por los asilados (Avendaño & Monsalve, 2012). Con base en lo anterior, en esta época se destacaban los siguientes diagnósticos: la excitación maníaca, por depresión o melancolía, los trastornos alimentarios, los delirios y la megalomanía, (Avendaño & Monsalve, 2012). Además, “aparece como causa de perturbación mental el matrimonio y el desamor, el duelo, el trabajo y las causas de muerte” (Avendaño & Monsalve, 2012, p. 213).

Ahora bien, después de haber dado un marco general de la historia y conceptualización de la psiquiatría en Colombia, se ahondará un poco en la historia y repercusión que tuvo la llegada de esta disciplina a la ciudad de Bogotá y posteriormente a la ciudad de Cali. La elección de estas ciudades se debe a que en Bogotá se recibía la mayor cantidad de migrantes de todo el país (Simpson, 2015), por lo que se hizo necesario la construcción de establecimientos capacitados para el albergue de los enfermos mentales, debido a que las instalaciones eran precarias y no había lugar suficiente para los asilados en otras ciudades. De igual manera fue elegida la ciudad de Cali, ya que durante el proceso de industrialización y de avances económicos y sociales, la ciudad presentó un alto índice de inmigración convirtiéndose en un punto central del país, dadas sus características de avance y evolución.

Por lo que se refiere a Bogotá, es necesario resaltar que no existe una historia clara y diferenciada sobre las diferentes instituciones históricamente responsables por la atención en salud mental. Sin embargo, a partir de la búsqueda histórica y documental se estableció que el primer asilo creado en Bogotá fue en 1874 con el nombre de “casa para locas” este se caracterizaba porque albergaba únicamente a mujeres (Bravo, 2017). Este espacio servía como un lugar de retención y contención por medio de jaulas, grillos, esposas, sacos de fuerza, altas temperaturas, con el objetivo de inmovilizar forzosamente a los individuos por medio del dolor. Además, este lugar sirvió durante mucho tiempo a la formación de psiquiatras, quienes fueron los encargados de introducir teorías y prácticas terapéuticas que se encontraban a la vanguardia en otros lugares del mundo (Ospina, 2006). Las mujeres permanecieron en estos lugares hasta que posteriormente en, 1982, fueron desplazadas al centro femenino especial José Joaquín Vargas localizado en Sibaté.

Por otro lado, había asilos que se especializaban en la atención de los pacientes psiquiátricos hombres. Uno de estos lugares fue el denominado Asilo para locos, el cual fue construido en 1970. Aquí se reunían sin distinción algunos indigentes y locos, es decir, personas en condición de vulnerabilidad y marginalidad. En estos lugares se controlaban las crisis psiquiátricas por medio de medicalización y encierro, sin ningún objetivo terapéutico. (Bravo, 2017). Este asilo para locos cambió su nombre a manicomio de varones de la beneficencia de Cundinamarca, hasta su traslado en 1937 a la ciudad de Sibaté donde sería llamado Hospital Neuropsiquiátrico Julio Manrique. (Bravo, 2017). Esta institución tenía el objetivo de ser “un espacio adecuado para el estudio científico, el cuidado y el tratamiento de los enfermos mentales del país” (Simpson, 2015, p. 40).

Con base en la construcción del Hospital psiquiátrico de Sibaté, se empezó una constante búsqueda de legitimidad científica que sólo se lograría en un espacio donde las ideas psiquiátricas dieran a luz un objeto de estudio que ya no estuviera impregnado del discurso social de exclusión, sino de un espacio “terapéutico con fines científicos para la mejora de vida del individuo enfermo, pero también (y, sobre todo) para fines de la sociedad organizada” (Simpson, 2015, p. 42). Además, con la llegada de los primeros internos al hospital psiquiátrico, provenientes del Asilo de Locos, se buscó asentar “las bases institucionales e ideológicas sobre las que se movió el Estado, la disciplina psiquiátrica y la Iglesia (como agente moralizador) en el discurso sobre el tratamiento de los enajenados mentales del país” (Simpson, 2015, p. 2)

### **Diagnósticos y tratamientos en salud mental utilizados en las ciudades de Bogotá y Cali**

Tomando como referencia los diagnósticos y tratamientos a los “locos” en Bogotá, se puede decir que estos no se restringían únicamente el factor médico científico. Se puede constatar que aspectos culturales y sociales impregnaron estas prácticas médicas, donde factores como el cuerpo, los roles sociales, las relaciones de género, lo público y privado incidían de manera directa sobre lo que consideraba como locura. (Ospina, 2006).

Tal como afirma Lino de Pombo (1913, citado por Casas & Congote, 2015, p. 107) “era recurrente que asimilaran los indigentes a los locos, como si el hecho de ser lo primero tuviera por causa haber perdido la razón”. Temas como el aspecto físico y la condición socioeconómica jugaban como factores claves para diagnosticar. Además, es necesario señalar que muchas veces un mismo paciente podía tener dos o más diagnósticos, esto no permitía tener un criterio objetivo que permitiera conocer las razones por la cual se consideraba como pacientes psiquiátricos a las personas (Sánchez, 2017). El diagnóstico que más se podía hallar

en los pacientes, es decir el más común, era el de la esquizofrenia (Golcman, 2015). Lo anterior probablemente pudo haber tenido relación con la influencia y desarrollo teórico de la esquizofrenia por parte de Bleuler y la demencia precoz por parte de Kraepelin, dado que en otros países como Argentina la mayor producción teórica sobre estas patologías coincide con la mayor cantidad de pacientes diagnosticadas como dementes precoces y esquizofrénicas (Golcman, 2015).

En este orden de ideas, “La esquizofrenia se caracteriza entonces por un tipo específico de alteración del pensamiento, de los sentimientos y de la relación del individuo con el mundo exterior” (Golcman, 2015, p.156). Algunos autores como Delgado (1938, citado por Golcman, 2015), sostienen que en la esquizofrenia existía una extrañeza del mundo de la percepción, siendo una de las características más sobresalientes la discordancia, tal como lo postuló Bleuler. Algunos de los rasgos o síntomas más sobresalientes de esta patología son los delirios y la impresión de sentirse distinto, decaído, con sentimientos de extrañeza, pérdida de la simpatía para con los seres, pérdida de contacto afectivo con la realidad, matices de angustia, malestar, etc. (Golcman, 2015).

Las prácticas psiquiátricas estuvieron mediadas por representaciones particulares sobre la naturaleza humana, las cuales sufrieron transformaciones según su propio contexto histórico y sociocultural. Es por esto que las concepciones como la “razón” y “sinrazón”, “naturaleza” y “cultura”, “cuerpo” y “alma”, han tenido estrecha relación entre el que cura, lo que hay que curar y quien debe ser curado (Ospina, 2006). La contención, la restricción y el confinamiento fue la terapia que se ofrecía para lo locura en Bogotá, la cual significaba una separación entre la palabra razonable “los cuerdos” y el silenciamiento del demente, “el loco” (Ospina, 2006). Por ejemplo, se silenciaba el sufrimiento de las enfermas mentales; se callaba su palabra, pero también su emoción; se sometían sus síntomas a través del control y aislamiento de sus cuerpos (Ospina, 2006).

Algunos de las orientaciones terapéuticas que se usaron para el tratamiento de “los locos” fueron intervenciones biologicistas, terapias organicistas y farmacológicas, que implicaban la contención y maltrato del cuerpo humano; por otra parte, se brindaban algunas terapias psicodinámicas que incluían las terapias psicoanalíticas y de grupo (Ospina, 2006). Por otro lado, en algunos informes de la Academia Nacional de Medicina, algunos psiquiatras discutían sobre la efectividad de dos tipos de tratamiento para la esquizofrenia aplicados en el Asilo de locas: por un lado, estaban el coma insulínico o hipoglicémico y por el otro las inyecciones de cardiazol. Ambos tenían el propósito de inducir shocks, catatonía, estados febriles y convulsivos en las pacientes.

Finalmente, es necesario resaltar que el principal tratamiento impuesto en Bogotá por los médicos para enfrentar la enfermedad mental fue por medio del uso de las drogas psiquiátricas. Desde el siglo XIX y hasta mediados del siglo XX, los tratamientos, por ejemplo, de las psicosis, eran abordados, sin mayores resultados por terapias biológicas y farmacéuticas que incluían el uso de antipsicóticos, neurolépticos y antiepilépticos junto con la contención y retención del paciente. (Sánchez, 2017). Este tipo de tratamientos al parecer fue el mismo para muchos casos de pacientes psiquiátricos (Bravo, 2017).

En lo que se refiere a la historia de la psiquiatría en la ciudad de Cali, se halló que, gracias a la alta inmigración dada por los avances económicos de la época y por la violencia en otras partes del país, hubo un aumento significativo de la población lo cual trajo consigo cambios en las instituciones encargadas de la salud mental; es así como se pasa de tener manicomios o asilos como el Asilo de San Isidro a la creación del Hospital Psiquiátrico moderno de la ciudad de Cali. Este cambio institucional, además de los cambios sociales y económicos, estuvo influido por aspectos como la nueva concepción descrita por la organización mundial de la salud sobre la enfermedad mental y la prevención de esta; la influencia de la psiquiatría norteamericana, materializada en la formación de profesionales y en la consideración de las clasificaciones nosográficas de la enfermedad mental y la ampliación de servicios, como la consulta externa y el hospital de día (Sánchez, 2017).

Por otro lado, este cambio institucional estuvo acompañado y respaldado por la Universidad del Valle la que permitió el acompañamiento riguroso de los enfermos mentales, la utilización de manuales para la clasificación, diagnóstico y tratamientos de estas enfermedades y la implantación de un método de recolección de la información de los pacientes, es decir, el desarrollo de las historias clínicas (Avendaño, 2016).

Debido a la investigación historiográfica que se hizo a través de historias clínicas del hospital psiquiátrico de la ciudad de Cali, se pudo rastrear información relevante de la época, como los diagnósticos utilizados y los tratamientos brindados. Sobre los diagnósticos, se pudo observar que en las primeras décadas del siglo XX las causas de las enfermedades mentales estaban ligadas a afecciones heredo-degenerativas, es decir, las enfermedades hereditarias que se desarrollan progresivamente. Luego, fueron descritas causas de diferente índole, como lo ambiental, el alcohol, lo psicológico y lo orgánico ubicado en el cerebro. Además, se pudo observar que los diagnósticos más recurrentes estaban relacionados a la esquizofrenia, reacciones maniaco depresivas, la epilepsia y la depresión. Lo anterior demuestra cómo las prácticas psiquiátricas en el hospital giraron en torno a lo descrito en manuales como el DSM-I y el DSM-II (Sánchez, 2017).

Por otro lado, con la misma investigación realizada por Sánchez (2017) se pudo documentar los tratamientos utilizados, permitiendo contrastar los tratamientos psiquiátricos que se daban tanto en los asilos como en el hospital psiquiátrico. De los métodos de curación utilizados en los asilos de Colombia y en especial el Asilo de San Isidro de la ciudad de Cali, se conoce que eran prácticas denigrantes para la condición humana que implicaban métodos de “curación” como el aislamiento, la aplicación de absceso con arsénico, bismuto y mercurio, la utilización de hipnóticos y sedantes, la práctica de la malarioterapia y de la piretoterapia o fiebre eléctrica. Los usos de estos tratamientos corresponden con la época del “alienismo” que se dio a entre los años 1920 al 1937 y que se caracterizaba por la retención y contención forzosa del paciente.

Pasado este periodo se presentó la época de la Convulsoterapia entre 1938 y 1949 caracterizada por la inclusión de medicamentos como el Cardiazol intravenoso y los electrochoques; predominaba el uso de los tratamientos biologicistas y no había suficiente personal científico y auxiliar (Avendaño, 2016). Los ingresos de pacientes no eran exclusivamente de personas adultas, existe registro de que ingresaban menores de edad, tanto niños como niñas. Debido a lo anterior, se solicitó “la creación de pequeños departamentos exclusivamente para menores, ya que estos eran expuestos a las funestas consecuencias del trato que se les daba a los alienados adultos. (Avendaño & Monsalve, 2012, p. 218).

Posterior a esta etapa de tratamientos y con la aparición del primer hospital psiquiátrico en la ciudad de Cali, se inicia la inserción de distintos tratamientos y modos de diagnóstico que permitieron un mejor desarrollo de la psiquiatría, que se dio entre los años 1950 y 1955. En este periodo se introdujeron nuevos métodos, como la “insulinoterapia, narcosis prolongada, psicocirugía, inmunoterapia, laborterapia y psicoterapia. Igualmente, técnicas modernas de diagnóstico: electroencefalograma, radiología,” (Avendaño, 2016, p.15). Además, en esta época (1956) se empieza a implementar la consulta externa, la cual posibilita reducir el número de personas internadas y ofrece una ventaja adicional: que los enfermos se puedan recuperar en sus hogares (Sánchez, 2017). Asimismo, se introduce el hospital de día, es decir, la posibilidad de ingresar al hospital y recibir el tratamiento sin necesidad de abandonar el entorno social al que se pertenece (Sánchez, 2017).

### **Enfoques teóricos y prácticos de la salud mental en el siglo XXI**

En la actualidad, la explicación más aceptada sobre el concepto de enfermedad mental, ha sido la propuesta por el campo médico organicista, la cual se basa en tres principales

definiciones. En primer lugar, se refiere a una amplia variedad de afecciones que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento de las personas (Poulisis et al, 2015), lo que puede llevar a que un individuo no se sienta en un estado de bienestar general de su vida, en donde no se dé cuenta de sus aptitudes, no pueda afrontar las presiones normales de la vida y no pueda trabajar productivamente (World Health Organization, 2004). En segundo lugar, se entiende la enfermedad como “la experiencia de dolor subjetiva o de invalidez que puede presentar el individuo que la padece” (Raheb, 2008, p. 2). Finalmente, la enfermedad es entendida como una anomalía de las funciones psicológicas que, según sus signos y síntomas, orientan a la noción de incapacidad causada por la perturbación de una estas funciones (Raheb, 2008).

El tratamiento de este tipo de enfermedades, según Becoña & Lorenzo (2001), ha consistido en un proceso por el cual se pretende disminuir la frecuencia, severidad y consecuencias tanto de las alteraciones biológicas como psicosociales. Diferentes modelos teóricos han definido y propuesto, según sus propios métodos, los posibles factores que tienen incidencia en la formación y correspondiente tratamiento de las enfermedades mentales. Entre estos están los enfoques biológicos, psicológicos y sociológicos. Es necesario resaltar que en los tiempos actuales se utilizan las diferentes terapéuticas expuestas a continuación.

Los modelos con orientación biológica han postulado que en los diferentes trastornos mentales existe una fuerte incidencia de alteraciones genéticas, bioquímicas y neurológicas (Toro et al, 2010). En contraste con el anterior modelo teórico y metodológico, Jaimes (2012) afirma, con base en revisión de textos psicoanalíticos de Freud y Lacan y análisis de entrevistas del trabajo clínico desarrollado, que la enfermedad mental hace alusión a diferentes estructuras psíquicas que tiene una forma particular de expresión del síntoma que se caracteriza por formas de defensa compensatorias. Con respecto a esto, Toro et al (2010) menciona que estas alteraciones son producidas esencialmente por eventos traumáticos que generalmente se dan en la infancia. Esta visión es congruente con los planteamientos de la psicología en la cual se han desarrollado teorías intra-psíquicas como la psicoanalítica.

Por otra parte, se han desarrollado desde las teorías comportamentales de la psicología tratamientos para las enfermedades mentales. Este modelo postula que los trastornos mentales traen consigo conductas aprendidas de manera defectuosa que pueden extinguirse o volverse a aprender (Toro et al., 2010). En este enfoque se ha intervenido desde la terapia cognitivo conductual (TCC), tratando las percepciones de la vida diaria que producen problemas emocionales y comportamentales que pueden exacerbar los síntomas. En otro sentido, desde

el enfoque sociológico, los padecimientos de los trastornos mentales se relacionan con la interacción de factores culturales y sociales de la época (Álvarez & Varela, 2009).

Teniendo en cuenta los modelos descritos anteriormente, en la actualidad se ha considerado la forma de tratamiento biologicista como “la mejor opción terapéutica” (Dulanto et al., 2008, p.13), donde algunos médicos/psiquiatras han enfatizado en los efectos positivos que han tenido algunos fármacos como el litio, los anticonvulsivantes, antipsicóticos, entre otros (Muñiz, 2009). Sin embargo, como menciona Pardo y Álvarez (2008) este tipo de intervención no es completamente efectiva, dado que no puede reparar los mecanismos psicológicos subyacentes de los síntomas; además, no se puede olvidar que detrás de un paciente enfermo hay un sujeto que siente, vive y significa su propio malestar. Por esta razón, la realización de este trabajo se sustenta en la necesidad de comprender a profundidad las connotaciones clínicas/ psicológicas que ha tenido las enfermedades mentales a través del tiempo en pacientes psiquiátricos en diferentes décadas de la ciudad de Cali y Bogotá.

Teniendo en cuenta el recorrido histórico que ha tenido la salud mental y la psiquiatría en el contexto colombiano es necesario dar a conocer algunas de las investigaciones más relevantes asociadas al respecto. En este territorio se han hecho algunos estudios que arrojan información sobre el uso de diagnósticos y tratamientos y cómo estos han cambiado a través del tiempo. Uno de los estudios más significativos realizados sobre este tema es el Perdomo (1984), el cual hace un recuento histórico, a partir de la revisión documental, de lo que ha sido la psiquiatría y la salud mental en los últimos veinte años de este país partiendo desde la fecha de 1984. Los resultados de esta investigación muestran que en Colombia se ha tenido la creencia, generalizada y sin fundamento, de que es un país que no está expuesto a problemas sanitarios como el manejo de las enfermedades mentales, ya que se asume que sólo los países que tienen esta problemática son lo que tienen presiones propias de desarrollo tecnológico. Los hallazgos no corroboran lo anteriormente dicho, dado que postulan que existe una tasa de 25 casos de enfermedad mental severa por cada mil habitantes de todas las edades (Perdomo 1984).

Por otra parte, este autor llegó a la conclusión de que el marco de referencia que se manejaba para prestar atención al diagnóstico y al tratamiento de la enfermedad mental, estaba enmarcado en dos sistemas base contradictorios, como fueron la reclusión en manicomios con énfasis en terapias biológicas y sin contacto entre paciente - médico y la consultoría privada donde se daba gran importancia al contacto y a la comunicación con el familiar. Además, Perdomo (1984) menciona que durante los años estudiados se redujo la duración de la hospitalización de 10% a un 40% gracias a la utilización sensata de los tratamientos biológicos

y al mejor uso de la consulta externa que se dio por la unión entre los servicios de salud mental y los centros de salud que sirvieron como puente entre la comunidad y los hospitales psiquiátricos. Para finalizar, este autor comenta que estos puentes deben proporcionar a la población una amplia gama de servicios de este tipo para la prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos psiquiátricos.

Aparte de la investigación historiográfica de Perdomo (1984) se halló la de Urrego (2007) quien también desarrolla la situación de la salud mental en Colombia, pero entre los años 1974 al 2004. Este autor menciona, a partir de la identificación, recopilación y análisis documental, que durante este periodo de tiempo predominó la concepción de salud mental como ausencia de enfermedad, puesto que los indicadores determinados para la clasificación simplemente estaban delimitados en relacionar la salud con la ausencia de enfermedades o las afecciones patológicas con presencia de estas, dejando de lado factores de riesgo, protección y prevención (Urrego, 2007). Lo anterior ha sido una problemática que se ha mantenido en el tiempo, debido a que se ha llegado a la conclusión, con base en estudios realizados en el 2012, que en Colombia no existe una política pública estructurada que garantice la promoción, prevención y tratamiento oportuno de trastornos mentales (Moica, 2012).

En relación a la concepción que se tuvo de la salud mental, otro estudio sobre este tema realizado en Colombia en el 2003, muestra cuáles fueron los trastornos mentales más frecuentes, teniendo en cuenta la prevalencia e incidencia de algunos factores sociodemográficos asociados (Posada et al, 2004). Para esta investigación, se usó un diseño probabilístico, multietápico y estratificado para cinco regiones del país, en la cual se utilizó una población que residía en zonas urbanizadas, no institucionalizados cuyas edades oscilaban entre 19 y 65 años; para la recolección de esta información se utilizó la versión computarizada de la entrevista diagnóstica internacional compuesta (versión certificada 15), que proporciona diagnósticos de acuerdo con el DSM-IV y la CIE-10. Los resultados arrojaron que “el 40.1% de la población reportó haber tenido alguna vez en su vida uno o más trastornos, el 16,0% de la muestra evidenció trastornos mentales en los últimos doce meses y el 7,4% presentó alguno en los últimos treinta días” (Posada et al, 2004, p. 241). Finalmente, se estimó que cuatro de cada diez individuos presentan al menos un trastorno mental en sus vidas.

Entre los trastornos más frecuentes reportados alguna vez en la vida fueron los de ansiedad, seguido por los de estado de ánimo y los trastornos asociados por el uso de sustancias. Los trastornos de ansiedad fueron los más prevalentes y los más crónicos; los trastornos individuales más comunes fueron: la fobia específica, la cual fue más recurrente en la población infantil; el trastorno de depresión mayor, el cual se asociaba más a la población femenina, y el

abuso de alcohol problema más común en la población masculina. En cuanto a las regiones, se pudo estimar que, en la ciudad de Bogotá, es donde se ha presentado la prevalencia más alta de trastornos mentales; entre los diagnósticos más prevalentes están: trastornos asociados al abuso de sustancias, del estado de ánimo o afectivos y trastornos de ansiedad. Al igual que esta zona del país la región pacífica también presenta una alta prevalencia en los trastornos mencionados anteriormente (Posada et al, 2004).

Otros estudios muestran las variables que influyen en la prevalencia de los trastornos mentales. Un ejemplo de estos es el presentado por Campo et al (2008) quien establece que “el bajo nivel educativo, una reciente caída del ingreso económico y una vivienda pobre son variables socioeconómicas más significativas asociadas al incremento en la prevalencia de trastornos mentales” (p. 606).

En cuanto a la variable socioeconómica de nivel educativo, estudios establecen que existe una relación inversa entre esta y los trastornos mentales, es decir, entre más alto es el nivel de educación de los individuos, menos probabilidad tendrá de sufrir este tipo de trastorno; mientras que, por el contrario, entre más bajo el nivel de educación, será más probable que los individuos padezcan alguna enfermedad mental. (Posada et al, 2003). Un ejemplo alusivo que sustenta lo dicho anteriormente, se halla en el estudio realizado por Belló (2005, citado por Campo et al, 2008), en el cual se afirma que el trastorno depresivo mayor disminuye en un 2.1 % a medida que el nivel de escolaridad es superior, mientras que este trastorno aumenta en un 8,0 % cuando los individuos no tienen una educación formal.

Por otra parte, estudios sugieren que existe una significativa asociación entre la disminución del nivel de ingresos y una alta prevalencia de trastornos mentales (Posada et al, 2003). No obstante, en otras investigaciones realizadas en contextos latinoamericanos han informado que el nivel de ingresos no tiene ninguna relación significativa con la prevalencia de estos trastornos; por esta razón se ha sugerido realizar más estudios que incluyan la relación entre países en vía de desarrollo como países desarrollados. (Patel y Kleiman, 2003, citado por Campo et al, 2008). Por otro lado, es necesario resaltar que se han hecho numerosos estudios e investigación en diferentes culturas y sociedades, donde se ha relacionado el estrato socioeconómico con la aparición de trastornos mentales; los resultados han sido controversiales, dado que unos apoyan la hipótesis que entre más bajo el nivel económico, más es la prevalencia de trastornos mentales e inversamente. Uno de los estudios realizado por Posada et al (2003), apoya la hipótesis anteriormente mencionada, dado que establece la educación y el nivel de ingresos como los indicadores más poderosos para que una población de estrato socioeconómico bajo padezca algún trastorno mental.

Por otro lado, Campo et al (2008) comenta que también existen otras variables que pueden influir en la prevalencia de las enfermedades mentales. Entre las que se encuentran: sexo, estado civil, desplazamiento y uso de servicios. De la primera variable menciona que, según diversos estudios epidemiológicos como el de Canino et al (1987), Wittchen et al (1992) y el de Patel et al (1999), el sexo femenino tiene mayor incidencia en los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y psicóticos y que los más frecuentes en el sexo masculino son el abuso de sustancias, trastornos de personalidad y antisociales. Del estado civil narra que las personas que se encontraban separadas, divorciadas o viudas tenían una alta tasa de trastornos depresivos y de ansiedad, además, de presentar comorbilidad con otros trastornos a lo largo de la vida, estos datos fueron extraídos de investigaciones como la de Araya et al (2001) y la de Andrade et al (2002). De la variable uso de servicios, según investigaciones como las de Kessler et al (1990) y la de Corrigan et al (2002), se presenta que de 1993 al 2003 los tratamientos para las enfermedades mentales han aumentado, esta alza se debió al manejo de los servicios médicos generales, psiquiátricos y de otros profesionales de la salud. Por último, presenta la variable desplazamiento, de esta comenta que, según estudios como el de Posada et al (2003), Torres et al (1999) y Narrow et al (2002), las personas desplazadas por el conflicto armado presentaban una prevalencia del 27,2% de trastornos mentales comunes y el 13,6 % asociados al consumo excesivo de alcohol.

Finalmente, el estudio de Campo et al (2008) concluye mencionando que los trastornos mentales hacen parte de las diez primeras causas de discapacidad en el mundo y que no tienen la importancia que merecen, lo cual se puede observar en el bajo índice de personas con este tipo de afecciones que cuentan con un tratamiento; por lo anterior, este autor plantea que es necesario emprender acciones comunitarias y gubernamentales que permitan un mejor abordaje de estas enfermedades y de esta manera implementar intervenciones de promoción y prevención de la enfermedad mental, ya que este tipo de trastornos producen un gran impacto en el funcionamiento personal, familiar, social y laboral de los individuos (Yonkers et al, 2003 citado por Campo et al, 2008); y representan un alto costo para los sistemas de salud nacional (Ustun, 2006 y López et al, 2006 citados por campo et al, 2008).

Después de esta descripción general de los estudios realizados en Colombia acerca de los tratamientos, diagnósticos y concepción de la salud mental, se describirán algunas de las investigaciones que se desarrollaron, en dos de las ciudades más importantes de este país como lo son Cali y Bogotá. Se decide elegir estas dos ciudades, debido a que estas corresponden con los intereses propios de la investigación que se está llevando a cabo. Con base en lo anterior,

se describirá una investigación general que hace un recuento histórico de las prácticas psiquiátricas en estas ciudades; posteriormente se describirán estudios más específicos sobre el tratamiento y el diagnóstico psiquiátrico tanto en Cali como en Bogotá.

Con referencia a lo anterior, la investigación más relevante en este aspecto, según los estudios realizados, es la de Bravo (2017) ya que incluye la terapéutica y el uso de diagnósticos psiquiátricos en las ciudades anteriormente mencionadas entre los años 1950 y 2000. En este estudio se analizó, a partir de historias clínicas y textos psiquiátricos de la época, la manera en cómo se desarrollaron las prácticas psiquiátricas. Este concluyó que los diagnósticos utilizados no tienen incidencia en las formas de tratamientos, los cuales se reducen únicamente a la contención de las crisis psiquiátricas, la internación a través de la reclusión y la sedación de los pacientes.

A través de análisis documental y archivos de las épocas se hizo una indagación histórica acerca de los diagnósticos y tratamientos más usados en algunos de los asilos más importantes de la ciudad de Bogotá (López, 2017). En el Asilo de San Diego de Bogotá, los diagnósticos más frecuentes se agruparon bajo la noción o etiqueta de “locura maníaco depresiva” entre los años 1907 a 1912. El alcoholismo se diagnosticó en 197 casos, (24,6%) asociado con la locura y la manía alcohólicas. Se presentaron 90 casos de histeria. 46 diagnósticos de degeneración, asociados con debilidad mental, locura moral, locura hereditaria, idiocia y cretinismo. (López, 2017).

Por otra parte, en el Asilo de Locas de la ciudad de Bogotá entre el periodo de 1918-1919 se establece que, de 400 ingresos, 140 casos fueron diagnosticados de locura maníaco depresiva, 82 casos de alcoholismo, 50 casos de degeneración, asociados con la locura moral, frenetismo y debilidad mental, además, se presentaron 34 casos de epilepsia. Es necesario resaltar que, tanto la locura maníaco depresiva como los diagnósticos asociados con el abuso del alcohol son los que más se utilizaban en estos tiempos en la ciudad de Bogotá. De este último se puede decir que se presenta casi el doble de veces que cualquier otra; la importancia de este dato radica en que “para la época el abuso de alcohol era considerado una causa común para internamiento en un asilo psiquiátrico, por tratarse de una enfermedad social asociada a la degeneración” (Casas & Congote, 2015, p. 126).

Finalmente, como lo indican los informes de la Beneficencia citados por Casas & Congote (2015), los trastornos por los que eran remitidas las enfermas a los asilos estaban asociados principalmente con histeria, melancolía, epilepsia y esquizofrenia, en cuanto a las clasificaciones más abarcales. Sin embargo, también se encuentran reseñados otros tipos de trastornos mentales referidos más específicamente a la condición femenina.

En cuanto a la terapéutica usada en los asilos de esta ciudad durante la primera mitad del siglo XX, se puede destacar los tratamientos con base en orientaciones alienistas, higienistas, degeneracionistas y eugenésicas que trajeron consigo una vinculación de la locura como un mal moral. Por otra parte, al transcurrir el siglo XX fue preponderante la tensión entre la psiquiatría mentalista y la biologicista junto con sus correspondientes tratamientos; “para el modelo mentalista se implantaron las terapias psicodinámicas que incluían las terapias psicoanalíticas y de grupo; y, para el biologicista, las terapias organicistas y farmacológicas que implicaban todo tratamiento referido meramente a lo corporal” (Ospina, 2006, p. 308). Dentro de las intervenciones organicistas se puede resaltar las neurocirugías que se empezaron a implementar cuando se realizó la primera lobotomía, que posiblemente fue hecha en el asilo de locas, dado que la experimentación de modelos terapéuticos psiquiátricos siempre se realizaba primero en este asilo. (Ospina, 2006). Al analizar los diagnósticos y tratamientos de la locura en Bogotá durante la primera mitad del siglo xx, se puede decir que estos están íntimamente ligados a los elementos discursivos de las épocas, tales como: el cuerpo, los roles, las relaciones de género, lo público lo privado etc.

Sobre la ciudad de Cali se encontraron dos investigaciones del Hospital Psiquiátrico del Valle que describen de manera general las características de los pacientes, sus diagnósticos y tratamientos en las diferentes décadas. El primero, fue un estudio descriptivo retrospectivo de 152 historias clínicas de los años 1958 a 1968 que fue analizado estadísticamente y cruzado con fuentes historiográficas. Avendaño (2016) en este estudio logró observar que, debido a la implementación del hospital de día y al servicio de consulta externa, la hospitalización se redujo; además, pudo determinar las características sociodemográficas de esta población, estableciendo que la mayoría de los pacientes eran adultos jóvenes, mujeres, de ocupación doméstica u oficios varios, de ingresos económicos medios o bajos que habían sido remitidas por familiares, y que a la hora del alta lo hacían por mejoría pero con un alto índice de reingresos. El diagnóstico más predominante de la investigación era la esquizofrenia que tenía como tratamiento el uso de medicamentos antipsicóticos neurolepticos.

La otra investigación es la de Sánchez (2017) quien a partir de una revisión historiográfica de 308 historias clínicas de los años 1956 a 1970 describió esta población en el proceso de transición del Asilo de Cali a hospital psiquiátrico. Este autor detalló las características sociodemográficas de esta población, estableciendo que al igual que la investigación de Avendaño (2016), las mujeres jóvenes - adultas poseen más trastornos mentales y son remitidas por familiares o amigos. Sobre el tratamiento comenta que el más usado es la hospitalización y las drogas psiquiátricas, además de implementar otras terapias

como la terapia electroconvulsivante (TEC), la psicoterapia o la ocupacional. De los diagnósticos menciona que la esquizofrenia es el más relevante, luego sigue el síndrome cerebral crónico, la epilepsia y el trastorno maniaco depresivo. La conclusión del estudio se basa en destacar que la institucionalización de las prácticas médicas estaba influida por los postulados norteamericanos que permitieron cambios sustantivos en las formas de diagnosticar y tratar.

Aparte de estas investigaciones que están directamente relacionadas con lo que el estudio desea indagar, están otras que, a pesar de no tener la misma estructura y tocar exactamente los mismos temas, tienen en cuenta alguna de los tópicos que posiblemente tendrán incidencia en esta investigación.

Uno de los tratamientos que ha demostrado ser eficaz y acertado en el servicio de salud de personas con enfermedades mentales severas como la esquizofrenia, ha sido la atención en salud mental con base en la comunidad. “La rehabilitación que se gesta en la comunidad ha permitido que las personas que viven con la enfermedad expresen un mantenimiento en su calidad de vida, a pesar de presentar los síntomas de la patología” (Zaraza y Hernández, 2016). Además, otros de los beneficios que se derivan de este tipo de intervención son: que las personas que viven con la enfermedad se puedan sentir productivas y capaces de vivir en sociedad; estos individuos muestran una estrecha relación terapéutica entre el personal de salud y los usuarios; desarrollo de capacidades laborales y aumento de su percepción de recuperación y disminución de síntomas psicóticos (Zaraza y Hernández, 2016).

Como contrapartida, con base en una revisión de las experiencias en salud comunitaria en artículos como: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medline with Full text, Scencedirect y documentos de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud y Protección Social, se pudo hallar que existen pocas intervenciones en este tipo de tratamiento para personas con esquizofrenia en Colombia, por lo tanto se hace un llamado de atención hacia la construcción e implementación de estos modelos en el contexto colombiano, debido a los múltiples beneficios que obtienen las personas que padecen este tipo de enfermedad (Zaraza y Hernández, 2016).

Por otro lado, está la investigación de Posada et al (2006) que plantea que, a partir de un diseño probabilístico, multietápico, estratificado, en una población urbana de 60 municipios representativos del país, en personas entre 18-65 años de edad, el trastorno que mayor prevalencia tiene en la población colombiana es el de ansiedad, sobrepasando los trastornos del estado del ánimo y de abuso de sustancias. En mayor medida este se da en mujeres y a edades tempranas; el lugar del país donde más se presenta es en la región pacífica y en Bogotá,

presentándose más la ansiedad por fobia específica, pero siendo más incapacitante el estrés postraumático, el trastorno de angustia, de ansiedad generalizada, la fobia social y la agorafobia. Este autor también plantea que, a pesar de ser una enfermedad altamente relevante, la población acude muy poco por este motivo al especialista, ya que solo el 1.9% recurre al psiquiatra, el 5.6 % al médico general y el 3.9% a la medicina alternativa, quedando un alto porcentaje sin tratar.

Otro de los diagnósticos que tiene una alta prevalencia en la población colombiana es el síndrome depresivo. Se analizó el aumento y los factores asociados de este trastorno en Colombia entre los años 2000 y 2001, mediante una encuesta a 116 adultos mayores de 18 años. La depresión se clasificó en breve, subclínica o clínica (leve, moderada o grave) en los 30 días y los 12 meses previos a la entrevista. De las personas que fueron estudiadas el 10 % presentó algún tipo de episodio depresivo en los 12 meses previos a la encuesta. Por otra parte, el 8,5% sufrió algún episodio durante el último mes. Más de 50% de los episodios fueron moderados, tanto en hombres como en mujeres, y las mayores prevalencias se encontraron en las personas mayores de 45 años (Gómez et al, 2004). Finalmente, los factores asociados con la depresión en el último mes fueron, “considerar el estado de salud propio como regular o malo, sufrir de dolores o molestias, tener dificultades en las relaciones interpersonales, consumir marihuana o sustancias adictivas, medicamentos estimulantes o calmantes, tener dependencia del alcohol, o estar desempleado con discapacidad” (Gómez et al, 2004, p.382). En conclusión, se puede decir que la depresión es una afección frecuente en Colombia, por lo tanto, se deberían tomar mayores medidas dirigidas a prevenir el riesgo especialmente en mujeres mayores de 45 años (Gómez et al, 2004).

Desde otra perspectiva, el ministerio de la protección social y la fundación para la educación y el desarrollo Social (2003) realizó una estudio sobre la salud mental colombiana a base de la encuesta del Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica con interpretaciones estadísticas, llegando a la conclusión de que el sexo, el estado civil y la edad son factores que determinan en mayor o menor medida la presencia de algún tipo de trastorno mental, comentando que, como estudios anteriores lo sustentan, ser mujer, estar en edades tempranas y ser viuda o divorciada aumenta los índices de tener este tipo de enfermedades. Además, menciona que Colombia ocupa los primeros puestos en algunos trastornos mentales como el de pérdida de control de impulsos, de ansiedad, los relacionados a consumos de sustancias psicoactivas, del estado del ánimo, entre otros. Por último, el artículo comenta que

es necesario abordar la promoción y prevención de la salud mental al igual que promover la resiliencia y el bienestar emocional de los individuos, familias y comunidades.

En conclusión, se puede decir que la salud mental en Colombia constituye un desafío y una revolución para la salud pública y la psiquiatría tradicional. Por lo tanto, se debería ofrecer a la población una amplia gama de servicios para la prevención, tratamiento y rehabilitación para los distintos diagnósticos que se han estipulado. Lograr lo anterior permitirá la integración de individuos de distintas profesiones y niveles de entrenamiento logrando formar grupos interdisciplinarios que permitan una mejor atención a los pacientes y así mejorar el panorama de la salud mental en el contexto colombiano.

## **Metodología**

La estrategia metodológica utilizada en esta investigación fue de tipo cualitativo - interpretativo, dado que esta forma de proceder permite profundizar e integrar el conocimiento para poder conocer y comprender de manera general el fenómeno estudiado. En sí, la metodología del estudio consistió en un análisis documental de varias historias clínicas de pacientes con algún tipo de enfermedad mental internados en las instituciones mencionadas. Desde 1957 hasta el 2000 se eligieron veintitrés historias clínicas con el fin de obtener la información necesaria que permitiera hacer el contraste de los cambios presentados entorno a los diagnósticos y los tratamientos brindados tanto en Cali como en Bogotá. Es importante mencionar que esta investigación hizo parte de la realizada por Bravo (2017), por lo cual, los criterios de inclusión están relacionados con lo propuesto en su texto “Prácticas y discursos Psiquiátricos en las ciudades de Cali y Bogotá. Historia y consecuencias institucionales”. Entre los que se mencionan como indispensables están: el diagnóstico, las características de las manifestaciones del trastorno, forma de evaluarse el paciente, la condición laboral, la forma de ingreso (voluntaria/ involuntaria), la existencia de reingresos y las respectivas intervenciones clínicas.

### **Técnicas de recolección de la información:**

Las historias clínicas utilizadas durante la investigación hacen parte de la realizada por Bravo (2017), dado que, este estudio pretende sustentar y/o complementar los hallazgos hechos por este autor. Cabe resaltar, que, a pesar de no haber hecho la selección del material abordado, fueron realizadas actividades que permitieron comprender cómo se hacía la selección de una historia clínica de manera adecuada. Para esto, fue hecha una visita al Hospital Departamental

Psiquiátrico Universitario del Valle, con el fin de conocer las instalaciones y de cómo era almacenado los archivos históricos del lugar. Además, se realizó una visita al CAPsi (Consultorio de Atención Psicosocial de Cali), donde fueron analizadas distintas variables de las historias clínicas que fueron suministradas por la entidad.

**Procedimiento:**

*Primera fase:* Se obtuvieron las historias clínicas utilizadas en la investigación de Bravo (2017), que contaron con los criterios de inclusión mencionados.

*Segunda fase:* fueron analizadas 23 historias clínicas de pacientes con distintos tipos de trastornos mentales entre los años 1957 y 2000 a la luz de tres categorías, las cuales fueron diagnósticos, tratamientos y reingresos. Estas historias clínicas fueron extraídas del archivo documental del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle de la ciudad de Cali y del hospital Neuropsiquiátrico, el centro Femenino Especial José Joaquín Vargas (Sibaté) y el Hospital San Rafael (Fusagasugá) en Bogotá.

## Análisis de las categorías

*Información de las historias clínicas de la ciudad de Cali ordenada por orden cronológico:*

<b>Historia clínica ( A )</b>						
<b>Año</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Tratamiento</b>	<b>Ingreso</b>	<b>Ocupación</b>
1964	30	Mujer	<p><b>1964:</b> SCO asociado a trastorno compulsivo</p> <p>1971: SCO asociado a trastorno compulsivo; Epilepsia</p> <p>1978: SCO psicótico, Epilepsia TGM</p> <p>1993: Psicosis asociada. Síndrome convulsivo CTG</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (No se pudo reconocer que es CSO ni CTG).</li> </ul>	<p>Epamin 100 Mg, Largactil comp. 50 Mg, Gardenal</p> <p>Epamin 400 Mg, Diazepam 5 Mg, Meleril 100 Mg</p>	Traído por la policía	Indigente
<b>Historia clínica ( B )</b>						
1965	22	hombre	<p><b>1 y 2 ingreso:</b> RE tipo hebefrénica / RE paranoide</p> <p>3 ingreso: RE tipo hebefrénica / RE paranoide. Ambos acordes con comportamiento psicopático de tipo sexual</p> <p>RE, catatónica y homosexualidad pasiva.</p>	<p>Largactil; Gardenal Stemetil 12/6 TEC: 12 Sesiones</p>	Traído por la policía; fue abandonado en el hospital	Decorador de vitrinas
<b>Historia clínica ( C )</b>						
1968	53	Mujer	<p>1 informe: Enfermedad Sexual</p> <p>2 informe: epilepsia centroencefálica / reacción esquizofrénica</p>	<p>Largactil 150mg; Epamin 300 mg Gardenal 100Mg Control por CE 15</p>	Voluntad propia	Oficio doméstico
<b>Historia clínica ( D )</b>						

<b>1969</b>	<b>29</b>	<b>hombre</b>	<p>Esquizofrenia tipo catatónico  1973: Esquizofrenia tipo catatónico  1983: etic reagudizado  1989: Esquizofrenia tipo catatónico  1999: esquizofrenia indiferenciada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(No se pudo reconocer que es ETIC, no obstante se sospecha de un tipo de esquizofrenia).</li> </ul>	<p>Sedación, TEC (11-20). Stemetil, Fenergan.TEC #9, Stemetil 150 mg; Sedación con largactil 30 mg. Stelazine 30 mg akineton 6 mg Sinogan, Haloperidol.</p>	Traído por compañera sentimental	Agricultor
-------------	-----------	---------------	---	---	----------------------------------	------------

**Historia clínica (E)**

<b>1973</b>	<b>19</b>	<b>Mujer</b>	<p>Personalidad esquizoide / esquizofrenia latente  1976: Psicosis paranoide  1981: Etic  1995: Psicótico  1999: etic reagudizado</p>	<p>Stelazine 5 mg, fenergan 5 mg Valum 30 mg, psicoterapia breve Prolixin comp. Haloperidol 20 mg, Sinogan 50 mg, Sinogan 50 mg akineton 4 mg Haloperdol 300 mg, sinogan 50 mg, piportil.</p>	Traída por madre	Estudiante
-------------	-----------	--------------	---	---	------------------	------------

**Historia clínica (F)**

<b>1984</b>	<b>29</b>	<b>Hombre</b>	<p>EEA psicosis por drogas esquizofrenia indiferenciada crónica</p>	<p>Halopacidad Akineton Sinofon Holopedecin</p>	Traído por parientes-Tíos	-----
-------------	-----------	---------------	---	---	---------------------------	-------

**Historia clínica (G)**

<b>1985</b>	<b>8</b>	<b>Hombre</b>	<p>Reacción situacional a la enfermedad mental de su madre.  EE6 Normal</p>	Tagretol	Traído por la madre	----- -----
-------------	----------	---------------	---	----------	---------------------	----------------

**Historia clínica (H)**

<b>1985</b>	<b>48</b>	<b>Hombre</b>	Reacción paranoide aguda 1990: reacción paranoide 1992: Estado paranoide 1995: ETIC 1999: ETIC	<b>1990:</b> Stelazine, akineton, rohypnol. Terapia ocupacional Stelazine, akineton. 1992: Stelazine, akineton. Sinogan 1995 Haloperidol, akineton, sinogan 1999:Haloperidol, akineton, sinogan	----- -----	Maestro
<b>Historia clínica (I)</b>						
<b>1988</b>	<b>32</b>	<b>Mujer</b>	Esquizoide residual comportamiento sociopático	Logoretel, halopemidil, TEC, epamina	Traída por policía y familiares	----- ----- -
<b>Historia clínica (J)</b>						
<b>1990</b>	<b>37</b>	<b>Mujer</b>	Antecedentes: esquizofrenia crónica 1. ETIC con rasgo hebefrénico 2. ETIC con trastorno paranoide. (Brote psicótico de tipo esquizofrénico)	Medenil Sinorgan Rotriprol	Traído por familiares	
<b>Historia clínica (K)</b>						
<b>1997</b>	<b>36</b>	<b>Hombre</b>	Antecedente: Hospitalizado a los 18 años por TCE con piedra. No tiene DX 2 Ingreso: psicosis, epilepsia	Haloperidol Akineton; Epamin Albondizol Epamin; Tegretas: plan de sedación si fuese necesario.	Traído por familiares	----- ----- -

*Información de las historias clínicas de la ciudad de Bogotá ordenada por orden  
cronológico*

<b>Historia clínica (L)</b>						
<b>Año</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Tratamiento</b>	<b>Ingreso</b>	<b>Ocupación</b>
<b>1957</b>	<b>26</b>	<b>Mujer</b>	Proceso Esquizofrénico diferenciador, Deficiencia mental moderada <ul style="list-style-type: none"> <li>● 1965: Esquizofrenia</li> <li>● 1966: Esquizofrenia</li> </ul>	Medicamentos (Surmontil 200 mg), Internación, Control ambulatorio Laborterapia	Remitida por la alcaldía de Chía. Llevada por familiares	_____
<b>Historia clínica (M)</b>						
<b>1962</b>	<b>19</b>	<b>Mujer</b>	Melancolía: Neurótica <ul style="list-style-type: none"> <li>● Epilepsia temporal</li> <li>● 1965: Delirios, Neurosis obsesiva</li> <li>● 1967: Esquizoparanoide</li> <li>● 1977: continuación de delirios Esquizoparanoide</li> <li>● 1996: internada en ancianato</li> </ul>	Medicamentos antipsicóticos, terapia de apoyo, psicoterapia de grupo.	Llevada por la madre.	Estudiante
<b>Historia clínica (N)</b>						
<b>1966</b>	<b>15</b>	<b>Mujer</b>	Sintomatología psicótica sin intensidad <ul style="list-style-type: none"> <li>● 1968: enajenación mental</li> <li>● 1972: ----</li> <li>● 1984: retardo mental leve, enfermedad maniaco depresiva con manía</li> </ul>	Medicación (Sinogan, Trilafón/ Fenobarbital), internación	Remitida por la intendencia, llevada por el padre	Oficios domésticos
<b>Historia clínica (O)</b>						
<b>1966</b>	<b>18</b>	<b>Mujer</b>	Epilepsia	Medicación		Oficios domésticos
<b>Historia clínica (P)</b>						

<b>1967</b>	<b>29</b>	<b>Mujer</b>	Trastorno afectivo bipolar (trastorno esquizo afectivo) <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1972: Esquizo afectivo y debilidad mental</li> <li>• 1982: En tratamiento por esquizofrenia</li> <li>• 1985: Neurosis depresiva</li> </ul>	Medicación antipsicótica (Sinogan, prolixin). Medicamentos (Sinogan, haloperidol) internación, control ambulatorio	Llevada por padres y hermanos	Oficios domésticos
-------------	-----------	--------------	---	---	-------------------------------	--------------------

**Historia clínica (Q)**

<b>1977</b>	<b>29</b>	<b>Mujer</b>	Psicosis aguda, Síndrome Esquizo afectivo, Ideas persecutorias (personalidad tipo esquizoide): esquizofrenia de tipo paranoide. <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1980: esquizofrenia crónica</li> <li>• 1981: psicosis maniaco depresiva</li> <li>• 1982-1983: asintomática</li> <li>• 1985: urgencias: logorreica</li> </ul>	Internación, medicación (litio, Valium, Akineton, Avisan, haloperidol), psicoterapia individual y conyugal	-----	Oficios domésticos
-------------	-----------	--------------	---	--	-------	--------------------

**Historia clínica (R)**

<b>1996</b>	<b>23</b>	<b>Hombre</b>	Esquizofrenia residual en fase de reactivación. Esquizofrenia indiferenciada <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1997: Esquizofrenia crónica indiferenciada</li> <li>• 1998: Esquizofrenia crónica indiferenciada y depresión mayor</li> <li>• 1999: Esquizofrenia indiferenciada más depresión no especificada con riesgo de autoagresión</li> </ul>	Medicamentos (haloperidol, Sinogan, fenegan). Internación. Tratamiento ambulatorio. Terapia ocupacional	-----	Desempleado
-------------	-----------	---------------	--	---	-------	-------------

**Historia clínica (S)**

<b>1997</b>	<b>55</b>	<b>Mujer</b>	Esquizofrenia crónica indiferenciada Esquizofrenia crónica	Medicación	Llevada por cuñada	-----
-------------	-----------	--------------	---	------------	--------------------	-------

**Historia clínica (T)**

<b>1997</b>	<b>40</b>	<b>Mujer</b>	Trastorno afectivo bipolar con episodio maniaco Trastorno afectivo bipolar. Trastorno esquizo afectivo. Episodio maniaco.	Medicamentos (haloperidol, Theralite) terapia ocupacional	----- -	Jornalera
<b>Historia clínica (U)</b>						
<b>1997</b>	<b>68</b>	<b>Hombre</b>	Depresión mayor Depresión mayor asociada a encefalopatía frontal y senectud Depresión mayor y psicosis recurrente <ul style="list-style-type: none"> <li>● 1998: estable</li> <li>● 2000: demencia senil</li> </ul>	Difícil manejo ambulatorio, terapia ocupacional, internación	----- -	----- -
<b>Historia clínica (V)</b>						
<b>1999</b>	<b>19</b>	<b>Mujer</b>	Trastorno afectivo bipolar, trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos y catatónicos	Medicamentos (haloperidol, lorazepam, litio, clorpromazina)	Llevada por esposo y hermana.	Oficios doméstico
<b>Historia clínica (W)</b>						
<b>1999</b>	<b>22</b>	<b>Mujer</b>	Trastorno afectivo bipolar con episodio maníaco severo, con signos psicóticos	Terapia ocupacional, medicamentos (litio, lorazepam), hospital de día	Por cuenta propia	----- -
<b>Historia clínica (X)</b>						
<b>2000</b>	<b>46</b>	<b>Hombre</b>	Esquizo afectivo bipolar <ul style="list-style-type: none"> <li>● 1997: síntomas psicóticos</li> </ul> Esquizofrenia indiferenciada	Internación (5 hospitalizaciones anteriores). Medicamentos (Mayetil, Biperideno, Stelazine)	----- -	Jornalero

### **Datos generales de la muestra de historias clínicas:**

Para el análisis e interpretación de la información, se escogieron tres categorías que pueden dar cuenta de los objetivos principales de la investigación: la primera categoría será la de los diagnósticos utilizados; la segunda será la indicación de los tratamientos sugeridos, y, por último, el tiempo de internación en los hospitales.

Retomando los cuadros anteriores, primero se hará una descripción general de la población psiquiátrica representada en las historias clínicas. En este sentido, estas tienen: una prevalencia del género femenino por encima del masculino en Bogotá, 10 casos de mujeres y 3 casos de hombres; y en Cali hay más prevalencia del género masculino 6 casos de hombres y 5 de mujeres. El rango de edad incluye desde niños, un caso de 8 años (K), hasta adultos mayores, un caso de 68 años (U); sin embargo, es el adulto joven el grupo etario más prevalente en la muestra con un promedio de edad de 31 años. Por otro lado, en la mayor parte de los casos, los pacientes son llevados por una persona exterior, ya sea por algún familiar (L), pareja sentimental (D) o la misma policía (I), a la consulta psiquiátrica. La forma de trabajo más común en las mujeres es el oficio doméstico y en los hombres el trabajo es muy variado, dado que, no se repite ninguna de las ocupaciones. Finalmente, el estado civil más prevalente es el de soltero/a.

#### **Categoría: Diagnóstico**

El uso de los diagnósticos psiquiátricos ha sido una práctica común en el campo de la salud mental. Estos han sido utilizados de acuerdo a los criterios que los postulados psiquiátricos han estipulado en diferentes épocas. Actualmente esta práctica se realiza mediante manuales diagnósticos como los son el DSM por sus siglas Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association, 2001) y el CIE por sus siglas clasificación internacional de enfermedades (Ibor, 1994). Cabe mencionar que estos manuales son utilizados de manera principal por el saber psiquiátrico y que en estos se muestran las diferentes categorías nosológicas de lo que se ha considerado como trastorno mental.

Teniendo en cuenta la información suministrada por las historias clínicas de los hospitales psiquiátricos de la ciudad de Bogotá y el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, en Cali y los criterios diagnósticos estipulados en los postulados psiquiátricos, se observó que entre los trastornos asociados con la psicosis más utilizados en las historias clínicas, se puede hallar la esquizofrenia (14 casos), psicosis aguda (1 caso), psicosis paranoide (2 casos), psicosis por consumo de drogas (1 caso), psicosis recurrente (1 caso), psicosis

asociada (1 caso) y sintomatología psicótica (4 casos). Los pacientes con estos trastornos mentales comparten síntomas y signos comunes como los son: delirios, alucinaciones, agresividad, juicio de realidad comprometido, logorrea, comportamientos de irritabilidad y agresividad, entre otros, los cuales son síntomas característicos de lo que se ha considerado como psicosis, sin embargo, no existe un factor que diferencie en sí los criterios de selección para un determinado caso de psicosis. Por ejemplo, para las diferentes manifestaciones de psicosis, como la esquizofrenia o psicosis maníaco depresiva, los síntomas más comunes que se usan para diagnosticar son las alucinaciones y los delirios, no obstante el uso de estos no permiten establecer una diferencia diagnóstica clara entre los trastornos psicóticos.

Un caso contrario y exclusivo ocurre con el diagnóstico de psicosis por drogas, caso F, el cual comparte los síntomas comunes como las alucinaciones, pero con la acepción de que el consumo de drogas como la marihuana o el bazuco son detonadores directos de la psicosis manifestada por el paciente y es un criterio directo de selección de este diagnóstico.

Entre los diagnósticos de psicosis mencionados se puede destacar la esquizofrenia; este trastorno mental es el criterio psicopatológico más frecuente a través del tiempo en la muestra seleccionada (14 casos específicamente, 10 en mujeres y 4 en hombres). Este diagnóstico es presentado desde sus distintos tipos como lo son: catatónico en B, D y V, paranoide en B, E, M, Q, indiferenciada en D, F, R, S, X, desorganizada o hebefrénica en el caso B, residual en R, I y en su forma esquizoafectiva en los casos P, Q, T y X, lo cual tiene relación en cómo ha sido clasificado este trastorno en los diferentes postulados psiquiátricos en el transcurrir de los tiempos desde 1957 a 2000, fechas que corresponden a la más antigua y reciente historia clínica a la que se tiene acceso para esta investigación.

Otro aspecto a resaltar es que el diagnóstico de la esquizofrenia en la mayor parte de los casos viene acompañado de otros tipos de síntomas y trastornos como la depresión mayor, R, U, V; la depresión no especificada, R; homosexualidad, B; neurosis obsesiva, M; debilidad mental, P y neurosis depresiva, P, hecho que causa algunas dudas respecto a cómo se puede asegurar un diagnóstico y un adecuado tratamiento, si un paciente fue diagnosticado con muchas nosologías psiquiátricas al momento de ser intervenidos en una institución de salud mental.

Dejando a un lado los trastornos psicóticos, en las historias clínicas también se presentaron otros diagnósticos más generales como la neurosis obsesiva o depresiva, retardo mental, trastorno afectivo bipolar, epilepsia, depresión mayor, enfermedad sexual y trauma

craneoencefálico. Sobre esta información, cabe resaltar dos puntos importantes: el primero, es que existen, en la mayoría de los casos, distintas etiquetas diagnósticas para un mismo paciente; y segundo, que estos diagnósticos están fuertemente influenciados, no sólo por los síntomas que presentan sino también por la época en la que se desarrollan. Un ejemplo de esto es la “enfermedad sexual” o los “antecedentes de homosexualidad”, que en sus inicios fueron descritos por los manuales psicopatológicos, como criterios de diagnóstico o una enfermedad mental en sí, hecho que ahora ha sido descartado, ya que se halló que no es una psicopatología como tal, debido a los cambios culturales que se han presentado en la sociedad. Con base en las historias clínicas, el diagnóstico de la homosexualidad corresponde en mayor parte a las décadas de 1960 a 1980 aproximadamente; los casos precisos son los de homosexualidad pasiva acompañada de esquizofrenia catatónica B y enfermedad sexual también relacionada con reacción esquizofrénica y epilepsia C.

En relación a los síntomas que se presentan en la mayoría de los trastornos mencionados, como la neurosis obsesiva, epilepsia, enfermedad sexual entre otros, se puede decir que estos son un poco generales y no se pueden encasillar o especificar de manera más concreta, como lo es el caso de los síntomas referidos a los trastornos psicóticos indicados en el primer párrafo del análisis de esta categoría. Se puede observar que algunos de los criterios diagnósticos para estos trastornos están íntimamente relacionados con ciertas características físicas que manifiestan los pacientes en sus primeras sesiones. Por ejemplo: se encuentran sucios, llenos de estiércol o vestidos de mujer. Por otra parte, se tienen en cuenta aspectos relacionados al examen mental para seleccionar criterios diagnósticos; algunos de estos son: poca respuesta cognitiva, afecto comprometido, como en el caso de llanto excesivo, amaneramientos, agresividad e irritabilidad continua.

Los diagnósticos generales que resaltan más, aparte del de la esquizofrenia que es el más común en este estudio, son los de la epilepsia en la ciudad de Cali, depresión y trastorno afectivo bipolar en la ciudad de Bogotá. En primer lugar, la epilepsia al parecer fue considerada uno de los trastornos asociados con desórdenes mentales, los cuales venían acompañados de convulsiones y estados de agitación; en las historias clínicas se puede evidenciar que esta categoría era común usarse al momento de diagnosticar a los pacientes psiquiátricos en la década de los 60 y los 70. Lo anterior se puede ver en los casos A, M, K donde la epilepsia se utiliza como diagnóstico acompañado de otro tipo de trastornos como: reacciones psicóticas, esquizofrenias, enfermedad sexual, entre otros. En segundo lugar, está el diagnóstico de la depresión, el cual es más utilizado a finales del siglo XX; al parecer este

diagnóstico es más reciente y corresponde a la sintomatología de las personas en tiempos contemporáneos, la cual se relaciona con trastornos afectivos; se registran dos casos de depresión, uno acompañado de psicosis y senectud U y el otro caso acompañado de esquizofrenia R. Finalmente está el trastorno afectivo bipolar, el cual también tiene una mayor prevalencia a finales del siglo XX. Se registra un único caso en 1967 P, los otros cuatro casos restantes se registran entre los años 1997 al 2000 en Bogotá T, V, W, X. Estos últimos vienen acompañados de otros tipos de diagnósticos tales como: trastorno esquizoafectivo, depresión mayor y esquizofrenia.

En función de lo expuesto, se puede decir que no hay diferencias significativas en lo que se refiere al uso de los diagnósticos, sintomatología y criterios de selección de los trastornos utilizados en las ciudades de Cali y Bogotá, no obstante se puede destacar que el diagnóstico más algunos diagnósticos se presentan de manera más prevalente, es decir, en ambas ciudades los diagnósticos siempre son los mismos pero difieren en su prevalencia, por ejemplo en Cali hay más casos de epilepsia y en Bogotá más de depresión y trastorno afectivo bipolar. Además de esto, es necesario resaltar que en ambas ciudades se muestra cambios a través del tiempo con relación a esta categoría, puesto que, se evidencia la prevalencia de determinados diagnósticos psicopatológicos en algunas décadas como la esquizofrenia, la reducción de algunos como la epilepsia y la no utilización de algunos de estos en otras épocas como la enfermedad sexual u homosexualidad.

### **Categoría: Tratamiento**

En lo que respecta a la categoría de tratamientos, se encontró que la forma más común utilizada a través del tiempo es la medicación y la hospitalización. Sobre la medicación se halló que en la mayoría de los casos eran medicamentos antipsicóticos, anticonvulsivos, terapias electro convulsivas y antihistamínicos, entre otros. Con respecto a esta categoría se puede decir que el tratamiento dirigido hacia los pacientes psiquiátricos ha sido utilizado de forma indiscriminada para algunos de los trastornos presentados. En primer lugar, se hallan casos donde el tratamiento para ciertos diagnósticos se basa en suministrar gran cantidad de fármacos que posiblemente aminoran o calman los síntomas; en segundo lugar, no se halla un control que demuestre que el tratamiento era utilizado dependiendo de los síntomas, ya que, se observa que el mismo tipo de medicamento era utilizado para muy diversos diagnósticos. Finalmente, a pesar de que el uso o tratamiento farmacológico es el más utilizado a través de las décadas de las que se tiene registro, es decir de los años sesenta a los noventa, es necesario resaltar que

se tiene registro de la utilización en menor medida de otros tipos de tratamiento con base en terapias y control ambulatorio desde los años sesenta y un aumento gradual en los años noventa.

A continuación, se presentarán algunos casos que sustentan lo dicho anteriormente. El caso A, el cual es un paciente indigente que es traído por la policía, se le diagnostica trastorno compulsivo y en el transcurrir de los años se le van adjudicando nuevas categorías diagnósticas como epilepsia y psicosis asociada. Desde el hospital se le ofrece un tratamiento con base en antipsicóticos como Epamin, Largactil y Meleril; anticonvulsivos como Gardenal y un ansiolítico como lo es Diazepam. Lo que se resalta de este caso es que a este paciente se le aplica los mismos medicamentos en el transcurrir de los años desde 1964 hasta 1993, además, de que el tratamiento persiste con los mismos medicamentos a pesar de los cambios diagnósticos

Por otro lado, para los casos de esquizofrenia se puede evidenciar que se utilizan gran cantidad de medicamentos y técnicas, como la terapia electroconvulsiva. Entre los medicamentos se pueden hallar antipsicóticos para el tratamiento preciso de la esquizofrenia (Stelazine, Haloperidol) otro tipo de antipsicóticos clásicos (Stemetil, largactil, Sinogan), antihistamínicos (Fenergan), y fármacos para la regulación muscular, temblores y espasmos (Akineton). Algunos ejemplos de lo anterior se pueden hallar en el caso D donde estos fármacos se aplican en el transcurrir del tiempo de la enfermedad de una paciente, la cual presenta diferentes tipos de esquizofrenia al pasar las décadas desde 1969 a 1999. Así mismo en el caso E se aplican gran cantidad de medicamentos para el tratamiento de reacciones o diagnóstico esquizofrénico.

Con base en los diagnósticos de homosexualidad pasiva y enfermedad sexual junto con esquizofrenia se brindaba un tratamiento que en su mayor parte consistía en antipsicóticos clásicos, anticonvulsivos y terapia electroconvulsiva (B, C). Aquí se debe resaltar que se usan los mismos medicamentos del caso A a pesar de que la nosología diagnóstica era diferente. Se debe resaltar que esta misma situación se repite en gran cantidad de casos donde se utilizan los mismos medicamentos o fármacos a pesar de que las nosologías diagnósticas eran de orden o naturaleza diferente. Por ejemplo, se utiliza el medicamento Haloperidol para el tratamiento de trastorno afectivo bipolar en los casos V, T, P, psicosis aguda en Q, reacción paranoide aguda en H y propiamente en el tratamiento de casos de esquizofrenia E, D. Por otra parte, se utiliza la terapia electroconvulsiva (TEC) de manera progresiva con bastantes sesiones para el tratamiento de la esquizofrenia (D), comportamientos sociopáticos (I) y enfermedad sexual

asociada con esquizofrenia (B). De lo anterior surge la siguiente pregunta ¿para qué el uso de diagnósticos diferenciales si a todos se les brinda el mismo tratamiento?

Teniendo en cuenta la pregunta anterior, se puede decir que a pesar de que a muchos pacientes con el mismo diagnóstico o con diagnósticos diferenciales les den la misma medicación, esta nunca es suministrada en la misma cantidad. Por ejemplo, el medicamento Largactil, el cual es un antipsicótico clásico, fue suministrado para el tratamiento de un paciente con trastorno compulsivo con una dosis 50 mg (A), mientras que para el tratamiento de un paciente con esquizofrenia de tipo catatónico se le suministró 30 mg (D). Así mismo ocurre con el caso del medicamento Stelazine, el cual es un antipsicótico típico que se usa principalmente para tratar la esquizofrenia; este medicamento fue usado en un paciente con esquizofrenia con una dosis de 30 mg (D), mientras que fue suministrado 5mg para una paciente con psicosis paranoide (E). Finalmente, se debe resaltar que no se tiene suficiente información en las historias clínicas acerca de la cantidad de medicamento aplicado en todos los casos psiquiátricos; solo se cuenta con esta información en un reducido número de historias clínicas, la mayor parte de la ciudad de Cali, que especifican de manera puntual la cantidad de medicamento farmacológico utilizado según el diagnóstico del paciente. Además, se debe puntualizar que no se especifica qué medicamento fue utilizado para los casos donde hay muchos diagnósticos en un mismo paciente.

En cuanto a frecuencia se puede decir que los medicamentos más utilizados en la mayor parte de las historias clínicas son los antipsicóticos clásicos. Estos medicamentos se utilizan para gran variedad de diagnósticos, sean estos de naturaleza psicótica o no. Lo anterior se puede evidenciar en el uso reiterado del medicamento Sinogan, el cual es un fármaco antipsicótico, con propiedades sedantes. Este fármaco fue usado en el tratamiento de diagnósticos de pacientes como: esquizofrenia de tipo catatónico (D), psicosis y reacción paranoide (E, H), trastorno afectivo bipolar (P) y enfermedad maniaco depresiva, junto con otros diagnósticos como enajenación mental y retardo mental leve (N).

De igual manera está el fármaco Largactil que es un antipsicótico y neuroléptico que es reconocido por su capacidad sedante para estados de agitación, agresividad y angustia de los pacientes mentales. Algunas de las historias clínicas que presentan la utilización masificada de este psicofármaco son: el caso A para psicosis asociada a epilepsia convulsiva; el caso B para esquizofrenia hebefrénica; el caso C enfermedad sexual y para la esquizofrenia catatónica el caso D.

Otro medicamento que registra una prolongada utilización es el Akineton, el cual se usa para tratar la rigidez, los temblores, los espasmos, y el control de los músculos, debido a los altos componentes inducidos por los medicamentos antipsicóticos. En las historias clínicas se puede evidenciar el uso de este medicamento en el tratamiento de casos como: esquizofrenia (D), psicosis por droga (F), reacción paranoide aguda (H), y psicosis aguda (Q).

En resumen, se puede decir que el tratamiento farmacológico es el que más se evidencia y frecuente en las historias clínicas, siendo los antipsicóticos como el Haloperidol, el Sinogan o el Largactil los más utilizados en estas historias. Por otro lado, se pudo observar que hay una gran incidencia en lo que respecta a reingreso e internaciones prolongadas por parte de los pacientes psiquiátricos. Lo anterior tiene relación con el saber médico-psiquiátrico, el cual ha establecido este tipo de tratamiento de los trastornos mentales a través de la historia y el cual aún se sigue manteniendo predominantemente en la actualidad.

Finalmente, a parte de los tratamientos psicofarmacológicos y de internación, que fueron prevalentes en todas las décadas de las que se tiene registro, es decir de los años sesenta hasta finales de los noventa, están los tratamientos que incluían alguna ayuda psicoterapéutica y de acompañamiento por fuera de la institución. Entre los que aparecen en las historias clínicas están: la laborterapia, la terapia de pareja, psicoterapias grupales e individuales y el control ambulatorio. Algunos ejemplos de esta nueva modalidad de tratamiento son el caso L en el año de 1957, que fue la primera historia clínica que refleja la atención de control ambulatorio establecida en lo descrito por el hospital de día. Posterior a este caso, se dieron otros como el caso M en 1962 quien recibió terapia de apoyo y psicoterapia de grupo; en el caso Q, el tratamiento en una primera instancia fue internación, medicación y luego psicoterapia individual y conyugal; de igual manera está el caso R en 1996, que aparte de los primeros tratamientos recibió luego control ambulatorio y terapia ocupacional.

En síntesis, se observa que más o menos en la década de los 50's, se empieza a dar un cambio con respecto a la manera de intervenir con los pacientes psiquiátricos, puesto que se evidencia la integración de nuevos tratamientos como las terapias mencionadas anteriormente, pero sin dejar de lado la medicación farmacológica y en algunos casos la internación prolongada. Lo anterior se puede evidenciar en el caso (U), en el que se describe un difícil manejo ambulatorio por lo que, aparte de la terapia ocupacional y posiblemente medicación farmacológica, se recurre nuevamente a la internación haciendo de este un proceso prolongado.

## **Categoría: Reingresos**

Sobre esta última categoría, se halló que esta nos brinda información destacable sobre el curso de las enfermedades mentales, lo cual ayuda a establecer la eficacia de los métodos utilizados para “curar” y el propósito de los diagnósticos establecidos.

Con respecto a esta, se encontró a grandes rasgos que el nivel de reingresos es extremadamente alto; de las 24 historias clínicas estudiadas, sólo 3 en Cali y 3 en Bogotá no cuentan con reingresos, por lo cual es posible inferir en general que estos hospitales psiquiátricos (Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, Hospital Neuropsiquiátrico, el centro Femenino Especial José Joaquín Vargas y el Hospital San Rafael) tienen un índice de reingreso elevado, lo que permite de una u otra manera cuestionar los procedimientos que se han llevado a cabo para tratar la salud mental en estos hospitales, y además cuestionar el uso reiterativo y poco diferencial que se da de los diagnósticos mentales en los distintos reingresos.

Además, se halló que la forma de ingreso a la institución es conducida principalmente por familiares y personas cercanas (13 casos), o por representantes de la ley o policías (2 casos) y que las características por las que los pacientes eran ingresado a los hospitales eran agitación, agresión, desorientación y por estar en condiciones de mendicidad.

Otro dato general a destacar de los reingresos es que a pesar de que estos eran recurrentes, el tratamiento farmacológico siempre fue el que predominó en los procedimientos que se utilizaban para curar a estos pacientes. Se puede observar en las historias clínicas que algunos casos (A, B, C, D, E, J, K, N, O, S y X) muestran que a pesar del alto índice de reingresos nunca hubo un cambio en el tratamiento que se estaba brindando; al contrario, se siguió suministrando medicamentos farmacológicos. Por ende, surge las siguientes preguntas ¿qué tan eficiente y provechoso ha sido el tratamiento farmacológico para los pacientes, si la mayoría de los casos presenta un alto índice de reingreso a las instituciones de salud mental? ¿Qué otra variable podría influir en los altos reingresos por parte de los pacientes?

Por otro lado, de manera más detallada, se puede observar que en las historias clínicas se hallan distintas fechas que dan cuenta de los diferentes reingresos, los cuales presentan en la mayoría de los casos, distintos diagnósticos. Algunos ejemplos de esto son el caso A, esta paciente fue remitida en diferentes fechas y con distintos diagnósticos los cuales son: 1964 (trastorno compulsivo relacionado con SCO), 1971 (trastorno compulsivo relacionado con SCO y epilepsia), 1978 (SCO psicótico y epilepsia) y 1993 (psicosis asociada y síndrome

convulsivo); el caso D, en el que un paciente ingresa al hospital diagnosticado con esquizofrenia tipo catatónica en 1969, luego tuvo algunos reingresos que establecieron diagnósticos diferentes como lo fue en el año 1973 (esquizofrenia tipo catatónico), 1983 (etia re agudizado), en 1989 (esquizofrenia tipo catatónico) y finalmente en 1999 (esquizofrenia indiferenciada). Finalmente, el caso M, quien es una mujer que en el año 1962 fue diagnosticada con melancolía y epilepsia temporal, en sus posteriores reingresos tuvo, en 1965 neurosis obsesiva, en 1967 y 1977 esquizoparanoide, por último, en el año 1996 fue internada en un asilo. Estos casos como muchos de los obtenidos en las historias clínicas muestran como en diferentes fechas los pacientes remitidos se les han asignado diagnósticos distintos y posiblemente el mismo tipo de tratamiento farmacológico, por lo que es conveniente preguntarse ¿qué sentido tiene el uso de diagnósticos mentales?

En lo que concierne a la ciudad de Bogotá se halló que, sin importar el tratamiento que se haya brindado, sea este farmacológico, psicológico o algún tipo de terapia, los pacientes siguen siendo llevados a las instituciones de salud mental en diferentes años como lo muestra los casos L,M,P,Q,R,T,U y W, por lo cual, no se puede establecer una relación causal del funcionamiento de los tratamientos con los reingresos de los pacientes, dado que pueden existir la influencia de otros factores o variables, no obstante se puede observar por inferencia que hay un patrón de reingresos que se repiten de manera exacerbada y el continuo ofrecimiento de tratamiento farmacológico y terapéutico por parte de las instituciones mentales.

Por otro lado, con respecto a la ciudad de Cali se puede observar que se presenta la misma situación que se da en la ciudad de Bogotá, puesto que, a medida que pasan los años los pacientes regresan nuevamente al hospital, recibiendo diagnósticos distintos como lo muestra los casos A, B, C, D, E, H, J y K, que probablemente tiene incidencia en el tratamiento y recuperación del paciente en cuestión.

Por último, con respecto a los reingresos dados en las distintas épocas, se pudo establecer que desde los años sesenta hasta finales de los años noventa se presentaron varios casos significativos de reingreso por parte de los pacientes a las instituciones de salud mental. En relación a esto se encontró que hay más casos de reingreso en la última época que se tiene registro, es decir, en los años noventa, y menos casos en los años sesenta. Además, se pudo observar que algunos daban cuenta de las particularidades de los reingresos junto con los diagnósticos y tratamientos brindados a los pacientes.

En los años sesenta se presentaron cuatro casos de reingreso por parte de los pacientes, un caso en la ciudad de Cali A y tres en Bogotá L, M y N. En los años setenta se presentaron seis casos de reingreso, tres en Cali A, D y E y tres en Bogotá M, N y P. En los ochenta se tiene registro de cinco, dos en Cali D y E, y tres en Bogotá N, P y Q. Este último caso (Q) es uno de los ejemplos destacables en los que se muestra como en el transcurso de una década, se presentan varios casos de reingreso, diferentes diagnósticos y un tratamiento en su mayor parte farmacológico en un mismo paciente. Finalmente, en los años noventa se tiene registro de la mayor cantidad de reingresos por parte de los pacientes psiquiátricos, se presentan ocho casos cuatro en la ciudad de Cali A, D, E y H y cuatro en Bogotá M, R, U y X.

Finalmente, cabe destacar dos casos particulares que nos enseñan sobre el uso reiterativo de diagnósticos y el mismo tratamiento ofrecido. El caso P es importante resaltarlo, ya que los diagnósticos dados en los diferentes reingresos son bastante controversiales, en la medida de que se pasa de síntomas característicos de la estructura de personalidad psicótica a unos de la estructura neurótica: en 1972 (esquizoafectivo y debilidad mental), en 1982 (esquizofrenia) y por último en 1985 (neurosis depresivas). Por otra parte, está el caso R en el cual se muestra la comorbilidad de distintos trastornos, el paciente fue diagnosticado inicialmente con esquizofrenia crónica y posteriormente en 1998 esquizofrenia crónica indiferenciada más depresión mayor y en 1999 esquizofrenia indiferenciada más depresión no especificada con riesgo de autoagresión.

En síntesis, se pudo observar que hay un alto índice de reingresos que están, en su mayoría, acompañados de diferentes diagnósticos y con el mismo tratamiento, hecho que hace plantearnos algunas cuestiones sobre el verdadero propósito tanto de los métodos de curación como de las diferentes etiquetas que se le asignan a cada paciente, como ya fue mencionado.

## **CONCLUSIONES:**

Finalmente, esta investigación pudo reafirmar de forma general, con base en lo encontrado y analizado en las historias clínicas y el recuento histórico, que la idea hegemónica del saber psiquiátrico ha tenido y sigue teniendo fuerte influencia en el campo de la salud mental. Estos postulados, que se nutren de la corriente biologicista, se siguen usando para la descripción de los diagnósticos, la posterior formulación de los tratamientos y sobre el trato brindado a los pacientes que se encuentran internados en los hospitales psiquiátricos.

Para ahondar un poco más sobre los hallazgos de la investigación, es necesario recordar que el objetivo principal de este estudio es el de describir cómo han cambiado los diagnósticos

y los tratamientos en las diferentes décadas en la ciudad de Cali y Bogotá, puesto que este nos plantea un orden y un postulado de base para identificar si se cumplió o no el propósito de la investigación.

Para comenzar, con respecto a los diagnósticos se encontró, primero, que se ha presentado un cambio a través del tiempo, puesto que estos difieren dependiendo de la época en la que se dan, lo cual se observa en que algunos cambian de nombre como la esquizofrenia en sus múltiples facetas, y otros son eliminados, como la homosexualidad. Segundo, que los diagnósticos son utilizados de manera desproporcionada, evidenciado esto en las distintas etiquetas diagnósticas que un mismo paciente tiene. Tercero, que no existen diferencias significativas con respecto a las etiquetas usadas, los síntomas y los criterios de selección en las ciudades de Cali y Bogotá. Cuarto, y de manera más puntual, se encontró que el diagnóstico más común de las historias clínicas es el de la esquizofrenia y que éste, en la mayoría de los casos, presenta comorbilidad con otros trastornos. Quinto, el diagnóstico más común en la década de los 60's y 70's es la epilepsia. Y, por último, que los trastornos depresivos y afectivo bipolar son los más frecuentes a finales del siglo XX.

Por otro lado, con relación a los tratamientos, esta investigación halló: en primer lugar, que el tratamiento más utilizado a través del tiempo es la medicación (antipsicóticos, anticonvulsivos y antihistamínicos) y la hospitalización. En segundo lugar, que el tratamiento ha sido utilizado de manera indiscriminada, ya que son brindados los mismos medicamentos para distintos tipos de diagnósticos. En tercer lugar, la cantidad y frecuencia con la que son suministrados estos psicofármacos difieren dependiendo del tipo de trastorno. Y finalmente, que existe un cambio a través del tiempo, ya que, en principio, solo eran utilizados los métodos coercitivos como los medicamentos y la hospitalización, que poco a poco fueron dando paso a otros tratamientos que estaban relacionados al control ambulatorio, como lo son las psicoterapias individuales, laborterapia, terapias de pareja, grupales, entre otros; este cambio se dio de manera progresiva desde la década de los 50's.

Además, se encontró una posible relación entre los reingresos y la eficacia de los diagnósticos y de los tratamientos. Sobre este aspecto se observó que existe un alto índice de reingresos en ambas ciudades, que hacen plantearnos el verdadero propósito de las etiquetas diagnósticas y de los modos de brindar un tratamiento; que hay más casos de reingresos en los años 90's que en los 60's o 70's; que en cada reingreso, en la mayoría de los casos, los diagnósticos establecidos eran diferentes y los tratamientos los mismos; y por último, que la

forma de ingreso más común era la de conducida por terceros, es decir, por familiares, conocidos o por la ley.

Todos estos hallazgos nos hicieron plantearnos algunas cuestiones que se encuentran relacionadas con el propósito de las instituciones psiquiátricas, que están ligadas, de manera más específica, a la utilización de los diagnósticos y de los tratamientos, ya que se logró identificar el uso desproporcionado que se ha hecho de estos. La cuestión no es entonces, desmeritar el trabajo realizado por los científicos en la producción de los fármacos o en la utilización de diagnósticos, o de negar los efectos positivos que algunos de estos pueden tener en el cuerpo humano, o de criticar el uso de los mismos; el interés debe ser puesto en crear conciencia del uso de estos medicamentos y de la manera en la que son utilizadas las etiquetas diagnósticas por los profesionales de la salud mental (Chaparro, 2012).

En síntesis, se debe luchar en contra de la creencia de que los psicofármacos actúan como pastas mágicas que traerán la solución a los malestares del ser humano, sino que en lugar de ello se debe promover la creencia de que el ser humano necesita de otros factores para poder sentir bienestar, como lo son las buenas relaciones familiares, sociales, la estabilidad económica, entre otros. No se trata de satanizar el uso de los diagnósticos o psicofármacos, se trata de aprender a usarlos y hacer un uso eficiente de ellos al momento de dirigir un tratamiento a una persona que se encuentra padeciendo un malestar mental

Por lo anterior, se hace necesario la postulación de un trabajo que sea organizado, enfocado a lo humano y que, junto a la ayuda y recursos del Estado, permita ver la salud mental no sólo como un trabajo que realizan los psiquiatras y su saber médico, sino que se tenga en cuenta la misma como un campo interdisciplinario donde además se pueda incluir un enfoque comunitario en el que la prevención y el trabajo en comunidad ayuden a las personas que padecen un malestar psíquico, dado que se ha demostrado que el ser humano es un ser social que necesita de los otros para lograr su bienestar psíquico.

Desde este estudio se propone llevar “la transición del modelo centrado en la institucionalización y centralización de la atención psiquiátrica en el campo de la salud mental a uno cuyo eje sea las redes comunitarias y servicios de proximidad” (Castro, 2016 p. 123). Este modelo de salud mental comunitario llevará consigo cambios importantes sobre la concepción que se tiene de paciente, de enfermedad mental, de las intervenciones terapéuticas y de los enfoques disciplinares participantes en la salud mental. Además, se cuestionará la categorización en diagnósticos que encapsulan el padecimiento psíquico y así mismo desde

este enfoque se buscará incluir terapeutas de otros campos y de esta manera promover un abordaje pluridisciplinar e intersectorial (Castro, 2016).

Teniendo en cuenta los efectos de la internación sobre los pacientes, desde este enfoque se propone una amplia gama de dispositivos y prácticas asistenciales como centros de salud de proximidad, servicios eficientes de hospital general, hospital de día y acciones comunitarias enfocadas al bienestar del sujeto. Con base en lo anterior, es de esperarse que el modelo o forma de entender la relación terapéutica tenga ciertas transformaciones, las cuales se basarán principalmente en un cambio en el vínculo jerárquico, como ocurre en la psiquiatría, se pasaría de uno vertical a uno más horizontal donde el paciente es el principal partícipe y sujeto activo en su tratamiento (Castro, 2016).

La psiquiatría por sí sola no puede hacerse cargo de todas las necesidades de salud mental en un individuo y su comunidad, por ende, se hace necesario que se formen grupos interdisciplinarios, con profesionales motivados y sensibles al cambio, que formen equipos orientados a la atención en la salud mental comunitaria, la cual implemente nuevas prácticas, efectivas, actualizadas y accesibles las cuales tomen como referencia “modelos de atención y prevención en salud mental basados en el cuidado y el respeto por los sujetos y comunidades a los que se dirigen” (Bravo, 2016, p.6 ).

## Bibliografía

- Abril, O. L. C., & Arevalo, D. F. V. (2010). Introducción a la investigación cualitativa. Autor: Uwe Flick. *Góndola, enseñanza y aprendizaje de las ciencias*.
- Acristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, 16(45), 163-188.
- Álvarez, F., & Varela, J. (2009). Sociología de las instituciones Bases sociales y culturales De La conducta. Madrid: Ediciones Morata S.L.
- American Psychiatric Association & Ibor, J. J. L., (Eds.). (2001). *DSM-IV-TR: manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado*. Masson.
- Avendaño, J. G. (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), 14-21.
- Avendaño, J. G., & Monsalve, Y. A. M. (2012). Poder psiquiátrico, formas clínicas Clasificación de la locura como enfermedad social, en el caso del Manicomio Departamental de Antioquia 1920-1959. *Katharsis*, (14), 197-224.
- Becoña, E., & Lorenzo, M. D. C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno Bipolar. *Psicothema*, 13(3), 3-10.
- Benito, E. (2009). LAS PSICOTERAPIAS. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 1 (1), 1-9.
- Bravo, O (2017). Prácticas y discursos psiquiátricos en las ciudades de Cali y Bogotá historia Y Consecuencias institucionales. *Revista ALTAmira*, 16 (4) pp.28-38.
- Bravo, O (2016) Pensar la salud mental: aspectos clínicos, epistemológicos, culturales y políticos. Valle del cauca: Colección el sur es cielo roto.
- Bravo, O. A., Sudbrack, O., & Fátima, M. (2010). Instituciones, discursos y violencia: la Asociación entre locura y peligrosidad. *CS*, (5), 241-260.
- Campo-Arias, Adalberto; Cassiani Miranda, Carlos Arturo. (2008) "Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados". *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 37, núm. 4, 2008, pp. 598-613 Asociación Colombiana de Psiquiatría Bogotá, D.C., Colombia
- Casas, A. & Congote, J. (2015). *Actualizando discursos: trazos de historia de la psiquiatría y De la salud pública en el contexto iberoamericano*. Universidad de Antioquia.

- Castro X (2016) Salud mental y atención psicosocial. Reflexiones a partir de la experiencia de un dispositivo de escucha y su impacto en la rehabilitación de la cronicidad mental. En Bravo, O (Ed.), *Pensar la salud mental: aspectos clínicos, epistemológicos, culturales y políticos* (p.123). Cali, Valle del cauca: Colección el sur es cielo roto.
- Chaparro, N (2012). Incidencia de los psicofármacos en el tratamiento que se le da a las personas internadas en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, y su relación con los procesos de cura y reinserción social de los mismos. (Tesis de pregrado). Universidad ICESI, Valle del Cauca, Colombia.
- Dulanto, B; Reza G; Blasco A; & Fernández L. (2008). *Estándares de uso adecuado de Tecnologías Sanitarias. Eficacia y seguridad del tratamiento farmacológico del trastorno bipolar*. Madrid: Plan de calidad para el SNS del MSC.
- Expósito, R; Pilarte, J & Solórzano, M. (2012). “TERAPIAS APLICADAS A PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES”. Tomado de: [http://www.aniorte-nic.net/archivos/trabaj\\_terapias\\_trastornos\\_mentales.pdf](http://www.aniorte-nic.net/archivos/trabaj_terapias_trastornos_mentales.pdf)
- Golcman, A. (2015). El diagnóstico de la demencia precoz y la esquizofrenia en Argentina, 1920-1940. *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, (5).
- Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto Masis, D., Gil Laverde, J. F., Rondón Sepúlveda, M., & Díaz-Granados, N. (2004). “Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana”.
- González, J. (1998). Evolución histórica de la Psiquiatría. *Psiquis*, 19(5), 183-200.
- González, R (2010). “*FÁRMACOS PSIQUIÁTRICOS Y SUS EFECTOS COLATERALES*”. Chile.
- Huertas, R. (2001). Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: Posibles acercamientos metodológicos. *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, 1(2), 7-37.
- Ibor, J. J. L. (1994). *CIE 10: trastornos mentales y del comportamiento*. Meditor.
- Jaimes, C. (2012). Abordaje teórico y clínico de la psicosis maniaco depresivo desde una Perspectiva analítica freudiana y lacaniana. *Revista Borrromeo*, 6 (3), 991-1010.
- López, M. B. (2017). Actualizando discursos. Trazos de historia de la psiquiatría y de la salud pública en el contexto iberoamericano. *Historia y Sociedad*, (32), 357.
- Marietan, H. (2004). Historia de la psiquiatría. *Revista Alcmeon*.
- Martínez, P., Elena, M., Morillo Rodríguez, F. J., Salvadores Fuentes, P., & Nogales Espert, A. (2003). El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval. *Cultura de los cuidados*, Año VII, n. 13 (1. semestre 2003); pp. 29-35.
- Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social. “Estudio Nacional de Salud

- Mental Colombia 2003". (2013). Bogotá, Colombia.
- Moica, L. (2012). "ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN COLOMBIA". Bogotá, Colombia
- Muñiz, M. (2009). *Tratamiento farmacológico del trastorno bipolar*. Madrid: Unidades Docentes de Psiquiatría del Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés.
- Omaña, R. (2008). ESTUDIO SOBRE LA DEPRESIÓN SEGÚN LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD: 1995-2003. Madrid- España.
- Ospina Martínez, M. A. (2006). "Con notable daño del buen servicio": sobre la locura Femenina en la primera mitad del siglo XX en Bogotá. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, (2), 303-314
- Palomo, T., & Jiménez-Arriero, M. A. (2009). Manual de Psiquiatría. *Madrid: Gráficas Marte*.
- Pardo, H. G., & Álvarez, M. P. (2007). *La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza Editorial.
- Perdomo, R (1984) Psiquiatría y salud mental en Colombia en los últimos 20 años. *Colombia Médica, North America*, 15, aug. 2016.
- Pileño, M; Morillo, F; Salvadores, P & Nogales, A. (2003). "El enfermo mental. Historio y cuidados desde la época medieval". Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.
- Posada JA, Trevisi C. (2003). "Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Estudio Nacional de Salud Mental". Colombia, *Revista Colombiana de Psiquiatría*.
- Posada JA, Trevisi C. (2004) "Prevalencia, severidad y necesidades no satisfechas del tratamiento de los trastornos de ansiedad, relacionados con sustancias, del estado del ánimo y del control de los impulsos en adultos según el Estudio Nacional de Salud Mental". Colombia *Medunab*. 2004
- Posada-Villa, J., Buitrago-Bonilla, J., Medina-Barreto, Y., & Rodríguez-Ospina, M. (2006). "Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y n funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental". Colombia. *Nova*
- Poulisis, M., Perinot, L., & Gagliesi, P. (2015). Trastorno bipolar guía para pacientes Familiares y allegados. *Fundación foro*, 2-6.
- Raheb, C. (2008). Clasificación en paidopsiquiatría. Conceptos y enfoques. *Sistemas de Clasificación: DSM-IV, ICD-10. Col-legi Oficial de Psiólegs de Catalunya*, Modulo (1), 1-5.
- Rossi, L & Jardon, M. (2011). Historia de las Historias Clínicas del Borda. La Institución

y sus Pacientes en sus Documentos. En Revista de Historia de la Psicología en Argentina, Nro.4. Pp.4-111. *Psiquiátrico de Sibaté y discurso psiquiátrico de 1916 a 1966* (Bachelor's thesis, Facultad de Ciencias Sociales).

Ruiloba, J. V. (1999). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Masson.

Sánchez Salcedo, J. F. (2017). Diagnóstico y medicación: la práctica médica en el Hospital Psiquiátrico del Valle entre 1956-1970. *Universitas Humanística*, (83).

Simpson Beltrán, V. (2015). Psiquiatría, moralidad y locura: la construcción del Hospital Psiquiátrico de Sibaté y discurso psiquiátrico de 1916 a 1966 (Bachelor's thesis, Facultad de Ciencias Sociales).

Toro, G., Yepes, R. J., & Eduardo, L. (2010). *Fundamentos de medicina: Psiquiatría 5ta Edición*. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas.

Urrego Mendoza, Z. (2007). Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(2).

World Health Organization. (2004). *Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia Emergente, práctica*. Ginebra: Organización mundial de la salud.

Zaraza-Morales, D. R., & Hernández-Holguín, D. M. (2016). Hacia una atención comunitaria en salud mental para personas con esquizofrenia en Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 2607-2618.