



CS  
ISSN: 2011-0324  
Universidad Icesi

Castrillón-Valderrutén, María del Carmen; Sánchez-Salcedo, José Fernando  
Cambio institucional en la atención de la enfermedad  
mental en el Hospital Psiquiátrico San Isidro (1957-1970)\*  
CS, núm. 28, 2019, Mayo-Agosto, pp. 259-297  
Universidad Icesi

DOI: <https://doi.org/10.18046/recs.i28.2838>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476362227010>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

UNEM  redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc  
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso  
abierto

# Cambio institucional en la atención de la enfermedad mental en el Hospital Psiquiátrico San Isidro (1957-1970)\*

DOI: <https://doi.org/10.18046/recs.i28.2838>

*Institutional Change in the Attention of Mental Illness at San Isidro Psychiatric Hospital (1957-1970)*

*Mudança institucional no cuidado de doenças mentais no Hospital Psiquiátrico San Isidro (1957-1970)*

---

**María del Carmen Castrillón-Valderrutén\*\***  
**José Fernando Sánchez-Salcedo\*\*\***

Universidad del Valle (Cali, Colombia)

.....

\* Este artículo hace parte del proyecto de investigación “Del asilo al hospital. Procesos de institucionalización de la salud mental en Bogotá y Cali, 1940-1970” (septiembre 2015/septiembre 2017), financiado por la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad del Valle (Código CI. 6175). El proyecto está inscrito en la línea de investigación “Historia de la pobreza, la filantropía y las instituciones de atención social”, del grupo de investigación Sociedad, Historia y Cultura, de la Facultad de Ciencias Sociales y Económicas. Del proyecto se han generado otros documentos como el de Sánchez (2017), quien mapea cuantitativamente el corpus de 308 historias desde los diagnósticos y la medicación, y el de Montes (2016), quien filtra algunas variables que le sirven de complemento para la revisión de los archivos administrativos del hospital. Agradecemos a la Subdirección Científica del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle y a los técnicos encargados por permitirnos la consulta del Archivo de Historias Clínicas. En la transcripción de las historias clínicas se contó con el valioso apoyo de la estudiante de sociología, Diana Elisa Morales. Artículo de investigación recibido el 12-03-2018 y aprobado el 27-07-2018.

\*\* Profesora asociada del Departamento de Ciencias Sociales y Económicas, Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, Universidad del Valle (Cali, Colombia). Correo electrónico: [maria.castrillon@correounivalle.edu.co](mailto:maria.castrillon@correounivalle.edu.co) ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0314-2306>

\*\*\* Profesor asociado del Departamento de Ciencias Sociales y Económicas, Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, Universidad del Valle (Cali, Colombia). Correo electrónico: [jose.sanchez@correounivalle.edu.co](mailto:jose.sanchez@correounivalle.edu.co) ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8322-0268>

### **Cómo citar/How to cite**

Castrillón-Valderrutén, María del Carmen; Sánchez-Salcedo, José Fernando (2019). Cambio institucional en la atención de la enfermedad mental en el Hospital Psiquiátrico San Isidro (1957-1970). *Revista CS*, 28, 259-297. <https://doi.org/10.18046/recs.i28.2838>

**Resumen**  
*Abstract*  
*Resumo*

---

Las historias clínicas constituyen una importante fuente de información sobre los cambios institucionales, pues arrojan datos sobre el modo general en que operan las instituciones psiquiátricas. Este artículo busca indagar, a través de una revisión cualitativa de 24 historias clínicas del Hospital Psiquiátrico San Isidro de Cali, los modos de diagnosticar y los tratamientos que llevaron a cabo los psiquiatras adscritos al Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle, entre 1957 y 1970. Uno de los principales hallazgos de este trabajo es la configuración de un "cambio institucional", que se tradujo en la institucionalización de una práctica médica, que estandarizó procedimientos, diagnósticos y tratamientos, a través de un dispositivo institucional que legitimó y reprodujo dichas prácticas a nivel local.

**PALABRAS CLAVE:**

historias clínicas, cambio institucional, instituciones psiquiátricas, Hospital Psiquiátrico San Isidro-Colombia

.....

Clinical histories are an important source of information about institutional changes given that they provide data about the general way in which psychiatric institutions function. This article seeks to explore, through a qualitative revision of 24 clinical histories of the Hospital Psiquiátrico San Isidro in Cali (Colombia), the methods to diagnose and the treatments carried out by the psychiatrists affiliated to the Department of Psychiatry of the Universidad del Valle, between 1957 and 1970. One of the main findings of this study is the setting of an "institutional change", i.e., the institutionalization of a medical practice which standardized procedures, diagnoses, and treatments, through an institutional mechanism that legitimized and reproduced these practices at a local level.

**KEYWORDS:**

Clinical Histories, Institutional Change, Psychiatric Institutions, Hospital Psiquiátrico San Isidro-Colombia

Os registros médicos são uma fonte importante de informações sobre mudanças institucionais, pois fornecem dados sobre o modo geral como as instituições psiquiátricas operam. Este artigo procura investigar, através de uma revisão qualitativa de 24 histórias clínicas do Hospital Psiquiátrico San Isidro de Cali, as formas de diagnóstico e os tratamentos realizados pelos psiquiatras designados para o Departamento de Psiquiatria da Universidade del Valle, entre 1957 e 1970. Uma das principais descobertas deste trabalho é a configuração de uma “mudança institucional”, que resultou na institucionalização de uma prática médica, que padronizou procedimentos, diagnósticos e tratamentos, por meio de um dispositivo institucional que legitimou e reproduziu práticas a nível local.

**PALAVRAS-CHAVE:**

histórias clínicas, mudança institucional, instituições psiquiátricas,  
Hospital Psiquiátrico San Isidro-Colômbia

## Introducción

Cuando iniciaba la segunda mitad del siglo XX, en Colombia, se presentaron importantes esfuerzos médicos y administrativos para implementar una lógica de atención hospitalaria acorde a las agendas internacionales impulsadas, principalmente, por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estos promulgaban, entre otras cosas, la redefinición de la psiquiatría y de sus prácticas médicas, desde un horizonte preventivo que pudiera contrarrestar la lógica asilar-manicomial, tan predominante en los establecimientos de salud mental en el país. En este escenario, el presente artículo busca rastrear algunos de estos cambios, a partir de una lectura interna de un conjunto de historias clínicas disponibles en el Archivo de Estadística del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

Se trata, por lo tanto, de un abordaje cualitativo-retrospectivo, toda vez que se busca identificar características historiográficas, en la gestión institucional, relacionadas con la atención de los enfermos mentales del entonces Hospital Psiquiátrico San Isidro de la ciudad de Cali, en un período de transiciones significativas dentro de los enfoques médico-psiquiátricos y de la práctica terapéutica. Puede afirmarse que las historias clínicas cristalizan cambios y continuidades institucionales de los establecimientos psiquiátricos, pues, como afirma Huertas (2012), ellas “no sólo evidencian una ‘praxis clínica’ y unos paradigmas médico-psiquiátricos predominantes, sino que también permiten otro tipo de análisis de historia social, al facilitar información demográfica, epidemiológica y del funcionamiento institucional de los establecimientos destinados a esta población” (151).

Para el desarrollo del análisis, se seleccionaron 24 historias clínicas entre 1957 y 1970, dentro de un corpus de 308 historias, sistematizadas en el marco de una investigación con un espectro documental más amplio. Se aclara que las historias clínicas seleccionadas no pretenden ser representativas estadísticamente, y que su selección se orientó, básicamente, a identificar indicios cualitativos sobre algunos aspectos relacionados con la manera en que se diagnosticaban los enfermos mentales, el tipo de tratamiento que recibían y el acompañamiento en su evolución psiquiátrica, en un período de “cambios modernizadores” en el modelo asilar-manicomial. Si bien la selección fue aleatoria, se trató de garantizar cierta consistencia con la estructura básica de las historias clínicas, particularmente en el contenido, pues en la revisión se constató la escasa información general de los pacientes (nombre<sup>1</sup>, sexo, edad, domicilio, entidad o persona de quien dependía o remitía, etc.), así como de los

.....

1. La identidad de los pacientes quedó en completa reserva, acogiéndose a los requisitos de anonimato exigidos por la Subgerencia del Hospital Psiquiátrico, con el fin de preservar la información individual y familiar.

diagnósticos y tratamientos. De otro lado, es necesario mencionar que, según información del personal encargado del archivo, antes de 1957 el hospital no contaba con un acervo organizado o catalogado de historias clínicas del período y solo a partir de 1956, con la incorporación del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle, se inició un proceso de estandarización del registro de los pacientes.

El tratamiento de las historias clínicas seleccionadas es, por lo tanto, exploratorio, pero, al situarse en las descripciones de otros estudios que construyen datos agregados y estadísticos, es posible observar elementos historiográficos nacionales compartidos, alrededor de la práctica médica psiquiátrica como dimensión de cambio institucional. Pueden referirse, por ejemplo, los estudios de Sánchez Salcedo (2017) y Gutiérrez Avendaño (2016), sobre el Hospital Psiquiátrico San Isidro de Cali, para el período 1950-1970; el estudio de este último autor en coautoría con Marín Monsalve (Gutiérrez; Marín, 2012), sobre el Manicomio Departamental de Antioquia, para el período 1920-1959; el estudio de Castrillón Valderrutén (2018), sobre los establecimientos de la Beneficencia de Cundinamarca, durante el período 1950-1970; y el estudio de Escobar (2009), sobre el Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga, durante el período 1953-1967.

El enfoque teórico desde el cual se aborda este estudio se inscribe en el renovado interés que, desde finales del siglo XX, presentaron los estudios de las instituciones en las Ciencias Sociales (March; Olsen, 1984; 1997). Esta tendencia –que se ha reunido bajo el rótulo de neoinstitucionalismo– ayuda a estudiar las funciones organizacionales en contextos (March; Olsen, 1984) y a “establecer relaciones entre los factores culturales y sociales y las diversas formas de organización humana (...) que nos permite comprender los procesos de gestación y adopción de decisiones políticas, en su evolución y secuencia histórica” (Farfán, 2007: 88).

Aunque son diversas las perspectivas que abarca el neoinstitucionalismo –económica, política, histórica o sociológica–, sus autores coinciden en definir las instituciones “como las reglas de juego en una sociedad o, más formalmente, los constreñimientos u obligaciones creados por los seres humanos que le dan forma a la interacción humana” (North, 1990: 3). Estos patrones sociales tienden a reproducirse, porque tienen que ver con la manera en que los individuos hacen las cosas en su vida cotidiana, en la cual “los hombres actúan como si siguieran reglas; saben cómo hacer las cosas y ese saber incluye una experiencia práctica, una experiencia reflexiva y una orientación normativa” (Escalante, 1992: 30).

En este estudio, se abordará el concepto de campo organizacional que define la posibilidad de un cambio institucional. La importancia de dicho concepto radica en que busca privilegiar los vínculos entre las organizaciones, los cuales solo pueden establecerse a nivel empírico. Los campos organizacionales se encuentran enmar-

cados en sistemas de creencias, cuyas ideas influyen “en la forma como los actores perciben sus intereses y opciones en primera instancia, incluyendo las instituciones que preferirían continuar y mantener bajo circunstancias diversas” (Campbell, como se citó en Muñoz, 2014: 409). De esta manera, “los actores dentro de un campo organizacional crean y reproducen las lógicas de un campo” (Yepes, 2017: 22). Estas lógicas, expresadas en formas comunes de ver, y entender problemas y modos de solución, van a estar soportadas en reglas, normas y hábitos de comportamiento idénticos o parecidos a otras organizaciones (López, 2009), cuya homogeneidad va a contribuir a la difusión unificada de las nuevas creencias que los actores del campo quieren establecer.

El artículo se divide en seis acápites: en la primera y la segunda parte, se hace un breve recuento histórico del paso del asilo a hospital psiquiátrico, enfatizando en aspectos relacionados con la historia de la psiquiatría en el país, las condiciones históricas en la que se llevó a cabo dicho proceso y el cambio institucional que permitió su transición. La tercera parte comprende una descripción de las historias clínicas, considerando, particularmente, los ajustes que fueron incorporándose a sus formatos en función de ciertas dinámicas administrativas advenidas con nuevas perspectivas de atención psiquiátrica. La cuarta parte comprende la identificación de las técnicas y protocolos utilizados por el personal médico para consignar los síntomas y la conducta del paciente, dentro de un repertorio de enfermedades mentales reconocidas por la especialidad psiquiátrica, así como sus tratamientos. En la quinta parte se articula el dispositivo institucional a los diversos enlaces extrahospitalarios (como familias y otras instancias institucionales), teniendo en cuenta que, en la práctica médica, estos también contribuyen en el proceso de identificación de la enfermedad mental y en la contención psiquiátrica del paciente. Por otro lado, la presencia de dichos enlaces en los “reingresos” de los pacientes problematiza la eficacia del dispositivo de atención psiquiátrica y la capacidad de la sociedad para dar soporte a sus enfermos mentales. Finalmente, se proponen algunas conclusiones.

## **Asistencia, autoridades públicas y terapias psiquiátricas: los primeros asilos en Colombia**

La difícil situación económica que caracterizó a la sociedad colombiana desde finales del siglo XIX despertó la preocupación del Estado y de otras instituciones privadas por asistir a los desvalidos y más necesitados. Castro (2007) describe cómo los establecimientos de salud y de protección, al igual que las instituciones educativas, se convirtieron en entidades importantes para suplir la ayuda institucional, pues “fueron

impulsados por los gobiernos municipales y regionales, creados por sociedades laicas y promovidos por autoridades eclesíásticas o en algunos casos por religiosos” (14).

Así, desde 1870 el gobierno liberal introdujo “lo social” en su agenda, el tema no volvió a ser excluido y “por el contrario, fue paulatinamente recogido, incluso por los gobiernos conservadores, aunque los recursos asignados para este rubro hubieran sido mínimos en comparación con otros gastos estatales” (Castro, 2007: 9-10). La existencia, entonces, de una política social, cuando apenas se estaban configurando las instituciones estatales en Colombia, muestra el importante papel que tuvieron la asistencia, las problemáticas sociales, y las instituciones de atención y de beneficencia, tanto en la conformación de un Estado moderno como en la categorización e identificación de los sujetos a intervenir en la sociedad. Estas iniciativas se vieron continuamente interpeladas por discusiones y debates políticos, desde los liberales que proclamaban el desarrollo de un proyecto de beneficencia, hasta el lado conservador, que defendía los preceptos de la caridad cristiana para ayudar a los pobres. Aunque el asunto quedó dirimido a favor de la implementación de un sistema de atención a los pobres y desvalidos por parte del Estado, la administración de los establecimientos fundados para llevar a cabo el trabajo de asistencia quedó a cargo de las comunidades religiosas que, claramente, tenían la experiencia en este terreno, experticia con la que el Estado, para esa época, no contaba (Castro, 2007: 30).

Para el caso de la enfermedad mental en Colombia, e interpretando a Rosselli (2009), es posible rastrear los saberes y las prácticas institucionales usadas en el tratamiento de los pacientes desde una perspectiva histórica, abarcando cuatro grandes etapas: la precolombina, la colonial, la republicana y la de la primera mitad del siglo XX<sup>2</sup>. En cada una de ellas el autor muestra cómo se ponen en juego diversas alternativas para abordar el tratamiento de la locura, fruto primero del ingenio, y el conocimiento de curanderos y médicos, pero, posteriormente, del resultado de la observación científica, influenciada por importantes tradiciones psiquiátricas que empezaron a forjarse en Europa y, posteriormente, en Estados Unidos, a partir del siglo XIX<sup>3</sup>. Sin embargo, debido a la periodicidad de la investigación, se enfatizará en la última de estas etapas.

.....

2. Lantéri-Laura (2000) propone, por su parte, tres periodos, a partir de paradigmas: 1) Paradigma de la Alienación Mental (hipótesis de la afección mental única, lo que da unidad al período), que se desarrolla, aproximadamente, entre finales del siglo XVIII y mediados del XIX; 2) Paradigma de las Enfermedades Mentales (distintas E. M. irreductibles entre sí), que transcurre hasta los inicios del siglo XX; y 3) Paradigma de las Grandes Estructuras Psicopatológicas, que transcurre hasta finales de la década de los setenta.

3. Historiadores de la locura y de las instituciones psiquiátricas, como Roy Porter (2008) o Andrew Scull (2013), documentan cierta evolución en Occidente de las representaciones sobre la locura y sus portadores que, en general, coinciden con esta periodización propuesta por Rosselli. Asimismo, identifican las

Al finalizar el siglo XIX, un paso trascendental en el campo psiquiátrico colombiano “lo constituyó la fundación del Asilo de Bogotá, que tuvo lugar el 11 de julio de 1870, el primer manicomio que fue de varones (... y) la ‘Casa de locas’ que abrió el 1 de febrero de 1874” (Rosselli, 1968: 156-157). Estas primeras instituciones, y otras<sup>4</sup> que se fundaron después, fueron atendidas por personal religioso que provenía, fundamentalmente, de las Hermanas Hijas de la Caridad San Vicente de Paul, los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios y las Religiosas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, debido a que “buena parte de las nuevas fundaciones se debió a comunidades religiosas, (pero también) con la ayuda de personas filantrópicas” (Rosselli, 1968: 525).

Cuando inició el siglo XX, en el país empezaron a experimentarse los tratamientos biológicos en psiquiatría, con el propósito de crear un choque proteínico que calmara la agitación. Según Rosselli (1968), el Dr. Antonio Gómez Calvo, quien ejercía como Director del Asilo de Locas, “fue el introductor de la terapéutica por el absceso de fijación en los casos de psicosis” (252), procedimiento en el que se inyectaba una mezcla de trementina y éter que provocaba altas temperaturas, inflamación e inmovilización forzada del paciente por el dolor. Para 1925, siguiendo el mismo autor, el Dr. Maximiliano Rueda, profesor de la Universidad Nacional, introdujo otros métodos, como la extracción masiva del líquido encéfalo-raquídeo y la malarioterapia para la parálisis general, en los cuales “llegó a presentar una estadística de 300 casos, en 33 por ciento de los cuales obtuvo resultados satisfactorios” (Rosselli, 2009: 118), tratamientos que más tarde, con la llegada de la penicilina, cayeron en desuso.

Para la década de 1930, se probaron diferentes tratamientos en el Asilo de Sibaté de Bogotá<sup>5</sup>. En términos generales, estos fueron: la “fiebre eléctrica” o “piretoelectroterapia”, que consistía en subir la temperatura de los pacientes con baños o mantas eléctricas; la insulino terapia, introducida en 1937, en la que se inducía a los pacientes a comas diabéticos, usándose por cerca de 25 años en el país hasta su desaparición

---

prácticas de contención y tratamiento, mostrando un largo camino de secularización que se cristaliza en el siglo XX, conocido también como el “siglo psiquiátrico”.

4. Para ampliar los datos que se refieren al origen y fundación de las instituciones encargadas de la atención de los enfermos mentales en Colombia para la época, se puede consultar el texto de Rosselli (1968: 155-174).

5. Conocido también como Asilo de San Diego para varones, Manicomio de varones, Asilo de locos, Sanatorio frenopático de Sibaté. Estudios como los de Rosselli (1968), Rodríguez (2013), Simpson (2015), Gutiérrez Avendaño (2015) y Castrillón Valderrutén (2018) registran los diferentes tratamientos en este establecimiento que, en virtud de su administración por parte de la Beneficencia de Cundinamarca, garantizaban el acceso a ciertos conocimientos de la práctica psiquiátrica venidos del exterior, aunque compartiera con otros establecimientos del país (Bucaramanga, Nariño, Valle del Cauca) las dificultades financieras y edilicias, muy características de las dinámicas modernizadoras de las instituciones del país.

total; y el uso de la cardiazolterapia, desde 1938, en la que, a través de una inyección endovenosa, se aplicaba el cardiazol, estimulante del sistema nervioso central con el que se producían convulsiones, dicha inyección se usó para las agitaciones psicóticas de los esquizofrénicos.

En la década siguiente apareció la psicocirugía (lobotomía), procedimiento quirúrgico que extraía la corteza prefrontal a través de la cuenca de los ojos. En 1941, se introdujo la terapia electroconvulsiva, en la que se inducían convulsiones a través de los choques eléctricos y, finalmente, en el decenio de 1950, se introdujeron los psicofármacos, un “*coctel lítico*, con Largactil, Gardenal y Fenergán para producir la llamada ‘hibernoterapia’ que producía una sedación continua en la agitación psicótica” (Rosselli, 2009: 120).

### **La modernización de la salud mental: de la higiene a la salud pública**

El advenimiento de un nuevo modelo de atención, para abordar el problema de la salud mental, centrado en la construcción de hospitales modernos, estuvo enmarcado por un período de importantes cambios políticos, económicos y sociales<sup>6</sup>. Antes de 1940, la estructura de las instituciones hospitalarias era deficiente, ya que, como afirma Forero (2011), “su actividad se reducía a ser lugar de reclusión de enfermos crónicos atendidos por religiosas y enfermeras sin formación profesional en salud” (301). El mismo autor menciona que, finalizando esta década, el país ya contaba con algunos organismos de salud como los hospitales y las beneficencias; el Ministerio de Higiene, con sus instituciones; el Instituto Colombiano de Seguros Sociales; y los médicos y clínicas con servicios privados.

A partir de esta época, se logró separar la higiene y la asistencia pública, al proponerlas como actividades centrales para el desarrollo del sector salud en el país, según el Decreto 408 de febrero de 1947. Así, las acciones del Estado trascenderían hacia el “desarrollo de servicios de salubridad de cobertura nacional, yendo más allá de la campaña de erradicación, para presionar hacia formas de integración de los servicios preventivos y curativos de los Centros Mixtos de Salud” (Hernández, 2000: 19-20), y no solo limitarse a prestar ayuda a las personas que carecieran de medios de subsistencia o atender a las instituciones de utilidad común. En la mitad

.....

6. En esta época, se dio la retoma del gobierno por parte de los conservadores en las elecciones de 1946; el recrudecimiento de la violencia política que, entre 1946 y 1953, dejó 140 000 víctimas; el golpe de Estado que realizaron los militares en 1953, y la conformación de la coalición política a la que se le llamó Frente Nacional, acuerdo de alternación del poder entre liberales y conservadores, que ofreció una paz relativa a la violencia partidista, pero con un modelo político excluyente. Estos acontecimientos desplegaron un contexto de crecimiento económico y de desarrollo para la industrialización en el país.

del siglo XX, el país contaba con un Ministerio de Higiene (1946) y un Ministerio de Salud Pública (1953).

Dichos desarrollos fueron posibles, en parte, gracias al proceso de modernización que llevaron a cabo los gobiernos conservadores, y como resultado de las misiones de fomento económico y administrativo, enviadas al país “como requisito para la entrega de ayudas económicas por parte del Banco Mundial y del Banco Internacional para la reconstrucción y el desarrollo” (Henderson, 2006: 483). La Misión Currie fue una de ellas, buscando garantías para los mecanismos de salud en Colombia y así “permitir su conversión hacia una sociedad saludable y sana, es decir, productiva y no infecciosa de forma que el comercio fuese seguro” (Quevedo *et al.*, 2004: 332). Además, también destacó la organización del Plan Hospitalario, por parte del Ministerio de Higiene, expedido a través del Decreto 2554 de la Presidencia de la República, el 28 de julio de 1950, cuyo objeto era atender las necesidades del país a través de la contribución económica y técnica en la construcción de hospitales de diversa índole.

Otro aspecto que permitió diversos cambios para el sector salud, tuvo que ver con las visitas de dos misiones médicas norteamericanas que recorrieron el país, para evaluar las facultades de medicina y los hospitales. Según menciona Montes (2016), la Misión Humphreys se realizó entre el 12 de octubre y el 13 de noviembre de 1948, encabezada por nueve médicos estadounidenses, y una de sus principales recomendaciones fue fundar una nueva facultad de medicina en la ciudad de Cali; asimismo, la Misión Lapham, realizada entre julio y agosto de 1953, tuvo como objetivo evaluar siete escuelas de medicina. Si bien ambas misiones plantearon en sus informes recomendaciones importantes sobre la enseñanza y la práctica de la medicina en general, sin especificar en la psiquiatría, tales recomendaciones marcaron un camino a seguir para esta especialidad (Montes, 2016: 52). También las ayudas económicas y técnicas que tuvieron el Ministerio de Higiene y algunas facultades de salud, por parte de agencias internacionales o instituciones privadas, como la Fundación Rockefeller, habilitaron, en el caso de la psiquiatría, la superación de los asilos como instituciones de caridad y asistencia pública, y el advenimiento de una nueva infraestructura hospitalaria, soportada en los fundamentos de la ciencia médica para abordar la problemática de la enfermedad mental en el país (Arboleda, 2013: 79).

Por lo que respecta a la salud mental del período estudiado, puede afirmarse que hubo importantes transformaciones que modificaron las concepciones sobre la locura, su diagnóstico y tratamiento. Entre los aspectos más importantes que lo caracterizaron se destaca la nueva concepción sobre la enfermedad mental que promovió la OMS, tal como puede leerse, por ejemplo, en algunos informes del Comité de Expertos en Higiene Mental (Organización Mundial de la Salud (OMS), 1950; 1953), destacando el enfoque preventivo y la necesidad de integrar la psiquiatría a las demás

especialidades de la medicina. También es relevante el lanzamiento de un manual de diagnósticos psiquiátricos, DSM I y DSM II, de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (American Psychiatric Association (APA), 1952; 1968), que proponía una nueva clasificación de enfermedades estrechamente ligadas a la corriente biomédica de la psiquiatría norteamericana y que terminó imponiéndose a las viejas tradiciones clínica alemana y francesa. En este contexto, el principal aporte de la supremacía norteamericana fue la revolución farmacológica que generó, paradójicamente, un descubrimiento francés: la clorpromazina, para el tratamiento de la esquizofrenia y de otras enfermedades mentales. Como ya se señaló anteriormente, estos cambios fueron fundamentales, pues sentaron las bases para pasar del modelo asilar a un nuevo modelo de atención centrado en el hospital psiquiátrico moderno.

En lo que tiene que ver con Cali, la ciudad empezó, desde mediados de la década del treinta, un proceso de industrialización y, según datos de Vásquez (2001), en “1934 se fundaron 64 empresas, en 1942 se establecieron 57 y en 1944 el número se elevó a 101” (188). La demanda de trabajo, el mejoramiento de salarios relativos que generó la industrialización y la violencia que caracterizaba el período, incrementaron el proceso migratorio, convirtiendo a Cali en un punto de atracción demográfica, que se elevó entre 1944 y 1955, donde pasó de tener 157 813 habitantes a 393 365, como lo menciona el mismo autor. Este crecimiento poblacional se asentó en una débil infraestructura institucional de servicios públicos asistenciales.

## **De Asilo a Hospital Psiquiátrico “San Isidro”**

A diferencia de Bogotá, Medellín y Barranquilla, que contaban, respectivamente, con el Sanatorio frenopático de Sibaté, para hombres, y el Frenocomio de mujeres de Bogotá; el Manicomio Departamental, y el Manicomio de Varones (Rosselli, 1968), en Cali estos eran reclusos en la Casona San Isidro, la cual fungió, desde 1937, como correccional de menores, hasta que, en 1940, la Asamblea Departamental del Valle, mediante Ordenanza N.º 26, de junio de ese mismo año, destinó un presupuesto de \$36 000 para la construcción de un manicomio que permitiera la atención y mejoramiento de los dementes del departamento (Asamblea Departamental del Valle del Cauca, 1940).

Desde esa misma fecha, el Asilo Meléndez, nombre con el que también se reconocía al asilo, estuvo a cargo de las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul, quienes se ocupaban de la asistencia y sostenimiento de los enfermos y, en general, del funcionamiento del lugar. Como era usual en este tipo de instituciones, la demanda de pacientes superaba la oferta, y es que, en 1940, según los datos de

Orejuela (2014), el Asilo San Isidro “contaba con una capacidad útil para noventa pacientes como máximo, pero para aquella época era necesaria la hospitalización de casi quinientos enfermos en el departamento del Valle del Cauca” (60).

Los psiquiatras que visitaron el asilo constituyen una importante fuente de información de las características físicas y el modo, en general, como funcionaba la institución. Por ejemplo, el psiquiatra Ramón Jaramillo, docente de la Universidad del Cauca, hizo una descripción de sus propias experiencias:

En 1950 el Asilo San Isidro era la misma vieja casa de la correccional, con sus enormes salas de gruesas y altas paredes en las que se disponían hileras de camas de hierro más o menos destartadas para los “locos mansos” o “dementes inofensivos” como los llamaban los inspectores de policía y los curas párrocos en las cartas de remisión que enviaban con los familiares de los enfermos. Para los “locos furiosos” o simplemente poco colaboradores, había varias hileras de celdas en ladrillo, de más o menos 1,80 de largo por 2 m de altura y 1 m de ancho, con una angosta cama de cemento desnudo que ocupaba casi todo el espacio y una puerta de reja de gruesos barrotes que se cerraba por fuera con un candado. La comida se les pasaba por entre las rejas y en la celda hacían sus necesidades fisiológicas como animales enjaulados. En el exterior de las celdas podían verse argollas empotradas en el piso, a las que estaban fijas las cadenas y los grillos con los que se aseguraba a los “locos bravos” cuando no estaban encerrados en las celdas. En el resto del edificio había amplios patios, hermosos jardines, un huerto bien cuidado y un chiquero con varios cerdos obesos y saludables (Jaramillo, s.f.: 2).

El Doctor Carlos León, primer Jefe del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle, fue una persona decisiva en el paso institucional del asilo hacia el Hospital Psiquiátrico San Isidro. León (2001, como se citó en Arboleda, 2013), afirmó que el Asilo San Isidro, en 1955, era:

(...) repositorio de desechos humanos provenientes del rechazo o desamparo social; una mezcolanza indescriptible de psicóticos y epilépticos deteriorados, deficientes mentales, lisiados e inválidos de toda clase, mendigos, alcohólicos y seniles. Como el personal a cargo de la vigilancia a veces no acudía de inmediato a recibir a los nuevos pacientes, quienes los traían los arrojaban al recinto por encima de las tapias... los pacientes yacían tendidos en los patios, carentes de los cuidados médicos más elementales y en condiciones higiénicas y alimentarias deplorables (76).

Puede apreciarse, en este testimonio, el modo lamentable en que se distribuían los enfermos, a partir de una clasificación relacionada con sus conductas y no con un diagnóstico científico de la enfermedad. La falta de un registro adecuado de las

enfermedades de los pacientes y las restricciones terapéuticas parecen explicarse no solo por la falta de recursos para el funcionamiento del asilo, sino también porque este establecimiento estaba concebido como un sitio de paso, del cual se remitían, con cargo a la Secretaría de Hacienda del Valle del Cauca, los pacientes de diferentes municipios a los manicomios de Sibaté, en Bogotá, Medellín o Pasto (Gutiérrez, 2015: 116; 2016: 16). Algunos documentos de la sección fiduciaria de la Beneficencia de Cundinamarca muestran, por ejemplo, que, para el período 1939-1951, se registraron casi 3000 “pensionados oficiales”, procedentes de diversos lugares del Valle del Cauca.

La creación, en 1950, de una Junta Pro Construcción de un hospital psiquiátrico, por quien era el director del asilo desde 1948, el Dr. Alex Cobo; la inauguración durante ese mismo año de una Facultad de Medicina en la Universidad del Valle, y la conformación, en 1955, de un Departamento de Psiquiatría, introdujeron importantes cambios en la concepción misma del asilo, pues este dejó de ser pensado como una institución de caridad, para convertirse, paulatinamente, en una institución médica, cuya actividad terapéutica y científica fue desarrollada por los médicos, estudiantes y profesores adscritos a la Universidad (Montes, 2016: 34-36).

El Departamento de Psiquiatría se conformó con especialistas formados en el extranjero, principalmente en Estados Unidos. Carlos León, médico psiquiatra ecuatoriano que se incorporó con el Plan Tulane-Colombia<sup>7</sup>, fue el primer jefe del departamento. Gracias al apoyo de la Universidad de Tulane y de la Fundación Rockefeller, que tuvieron un importante papel en la modernización de la salud en el país, muchos médicos viajaron a especializarse a universidades norteamericanas<sup>8</sup>. Esto influyó profundamente el tipo de enfoque implementado, tanto a nivel clínico como en la formación de médicos y futuros especialistas que trabajarían en el hospital. Como lo plantea Arboleda (2013), para la década de 1960:

El Departamento de psiquiatría, por su parte, había incorporado profesores con formación en Harvard y Tulane. Con una actividad gremial importante, con participación en diferentes asociaciones científicas nacionales e internacionales: la Sociedad Colom-

7. Plan que consistía en la formación de profesores nacionales en Nueva Orleans (Universidad de Tulane), y en traer visitas de profesores de dicha universidad al país (Orozco, 1984: 120).

8. La psiquiatría norteamericana de mediados del siglo XX estuvo muy influenciada por el psicoanálisis, que impactó los programas terapéuticos desde finales de la segunda Guerra Mundial. El descubrimiento de fármacos y antidepresivos para el tratamiento de las psicosis, en la década de los sesenta, facilitó el surgimiento de una psiquiatría ecléctica que combinó la psiquiatría dinámica, el uso de drogas psicoactivas y diferentes tipos de terapias orientadas a la reinserción de los pacientes en la vida cotidiana. El libro de Robert Castel, Françoise Castel y Anne Lovell (1980) ilustra, claramente, estas interrelaciones históricas entre tecnologías biomédicas y tecnologías psicoterapéuticas en Estados Unidos.

biana de Psiquiatría, la World Psychiatric Association, la Academia de Psicoanálisis, la Asociación Americana de Psiquiatría, la Société Internationale de Psychopathologie de l'expression, la International Epidemiological Association y la American Association for the Advancement of Science, que da cuenta de un capital social importante que posibilitaba el acceso a los *grants*, pero que además demarcaba líneas teóricas que influenciaban las prácticas locales (74-75).

Puede afirmarse que se forjó un proceso de “cambio institucional”, el cual buscó, entre otras cosas, la reconfiguración de un sistema de creencias sobre la salud mental, la locura, su diagnóstico y tratamiento. Tal y como lo proponen Powell y DiMaggio (1999), este cambio sería el resultado de la emergencia de un campo organizacional, producto de:

(...) un aumento en el grado de interacción entre las organizaciones en el campo; el surgimiento de estructuras interorganizacionales de dominio y de patrones de coalición claramente definidos; un incremento en la carga de información de la que deben ocuparse las organizaciones que participan en un campo; y el desarrollo de la conciencia entre los participantes de un conjunto de organizaciones de que están en una empresa común (106).

El proceso de transformación del Asilo San Isidro en un hospital psiquiátrico moderno fue producto de las constantes denuncias de la prensa e instituciones del Estado –como la Beneficencia Pública y la Dirección de Higiene del Valle del Cauca– sobre la falta de organizaciones adecuadas para la atención de los locos en la ciudad y, principalmente, en lo relacionado con los costos que debía pagar el gobierno a nivel local por el traslado de dichos enfermos a los Hospitales de Sibaté, en Bogotá, y San Rafael, en Pasto. La identificación de este problema permitió generar una oportunidad de cambio que se tradujo en la conformación de un campo organizacional (Junta Pro Construcción del hospital), compuesto por una serie de actores que representaban instituciones públicas y privadas de la ciudad.

La acción de la junta que, inicialmente, se centró en mejorar las condiciones del asilo, buscó la financiación para la construcción del nuevo hospital mediante la realización de una serie de actividades, la mayoría de ellas centradas en actividades benéficas (Peralta, 2017), pero, sobre todo, difundió –con el respaldo de la prensa local–, una nueva forma de entender el problema de la salud mental en la ciudad, que fue generando cambios paulatinos en los procesos de atención y tratamiento de los enfermos en el asilo, hasta el desarrollo de un hospital con una nueva infraestructura física y tecnológica, nuevos procesos de atención y servicio, y funciones diferenciadas del personal médico y administrativo.

La difusión de información sobre el problema de la salud mental contribuyó, a la vez, a fortalecer la labor de la junta y legitimar su acción entre las autoridades locales, al punto que consiguió involucrar a un alcalde entre sus miembros y, sobre todo, generó una nueva conciencia sobre el problema de la enfermedad mental, que influyó en los propios miembros de la junta y en sus redes de relaciones, facilitando de esta forma el cambio a nivel institucional.

El campo organizacional que empezó a estructurarse entre la Junta Pro Construcción del hospital, los médicos del Departamento de Psiquiatría, e instituciones como el Concejo Municipal, la Beneficencia del Valle y el Ministerio de Salud Pública, dio un importante impulso a la construcción del hospital y al desarrollo de una nueva concepción sobre el tratamiento de la salud mental, que tendría impacto en la práctica médica local. De acuerdo a Peralta (2017: 133), esta junta configuró una serie de redes (cívicas y filantrópicas), en las que participaron diversos actores que gestionaron estrategias para financiar la construcción de un hospital alineado a la profesionalización de la psiquiatría y a la tecnificación de la atención y tratamiento de los enfermos mentales, buscando superar los lastres manicomiales. El papel de los actores del campo organizacional generó un proceso de isomorfismo institucional, pues creó las condiciones para que el nuevo hospital adoptara fórmulas institucionales aceptadas y reconocidas, sobre todo en el ámbito de las instituciones de salud mental norteamericanas.

Con las contribuciones realizadas por el gobierno nacional y departamental, y las donaciones particulares, se construyó, en 1956, la primera etapa del hospital. “Un edificio destinado a la administración, consulta externa, laboratorio, rayos X, botica, servicio social, electroencefalografía, salas de cirugía, enfermería y salas de hospitalización para enfermos quirúrgicos” (Orejuela, 2014: 70). En este mismo año, la junta, con el apoyo del Departamento de Psiquiatría, logró organizar “la sección de consulta externa, el departamento de servicio social, el laboratorio clínico, el archivo, entre otros espacios” (Orejuela, 2014: 123).

Como bien lo describen Arboleda (2013) y Montes (2016), el Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle, a partir de 1955, se incorporó al hospital como ente consejero en aspectos técnicos y científicos, acompañando el diseño y construcción del nuevo hospital, e institucionalizando, de paso, un conjunto de prácticas profesionales, entre ellas el seguimiento relativamente sistemático de los enfermos mentales mediante historias clínicas, el uso de los manuales diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales (APA, 1952; 1968), y la prescripción de tratamientos farmacológicos, a veces combinados con otras terapias, como los electrochoques y la psicoterapia. En el marco de estos cambios, a partir de 1960, se inició un proceso de implementación de un enfoque comunitario en la formación

y trabajo de los psiquiatras del Departamento de Psiquiatría; enfoque delineado, principalmente, por la OMS.

El asilo cambió su estatus jurídico, pasándose a llamar Hospital Psiquiátrico San Isidro, mediante el Acta N.º 116 del 14 de noviembre de 1960<sup>9</sup> y, a pesar de las dificultades económicas, la sede se inauguró en 1961. Como lo menciona Sánchez (2017), “en ese mismo año se lanzó una nueva campaña para recaudar fondos y terminar la edificación de pabellones para pacientes crónicos. Al igual que en otros momentos, se contó con el apoyo de la empresa privada de la región” (343). Dichos aportes permitieron dotar ocho pabellones para enfermos, habitaciones para médicos y empleados, y camas para pacientes, como lo menciona el mismo autor.

## Las historias clínicas

En los inicios del viejo asilo, los médicos solo hacían “una historia breve y sumaria del enfermo, la posible de obtener en el lapso de unos pocos minutos, con la que indicaban una terapéutica casi siempre convulsivante a base de cardiazol o eléctrica” (Rosselli, 1968: 557). Años más tarde, el proceso de ingreso se modificó y se implementó un registro permanente de los pacientes, a través de la elaboración de historias clínicas con formatos tendientes a ampliar la información.

Los formatos de las historias clínicas en los que se registraban los datos de los pacientes del Hospital Psiquiátrico San Isidro, en el período abordado, se modificaron en varios momentos. Antes de 1956, se pueden apreciar registros breves (a veces en hojas sin membretes) con información básica de identificación (nombre, edad, sexo, estado civil) y antecedentes familiares (Montes, 2016: 71). El Anexo 1 muestra algunos formatos entre 1956 y 1967 que dan cuenta de un proceso de ampliación de la información relativa a las variables patográficas, administrativas y sociofamiliares, buscando auscultar de forma integrada a los pacientes. Se intentaba develar aspectos de la trayectoria del enfermo mental, a través de la indagación del modo de admisión, de las admisiones previas y tratamientos anteriores, incluyéndose, en los formatos, un encabezado institucional: Universidad del Valle, Facultad de Medicina y Departamento de Psiquiatría. Se trataba de un proceso de formalización del registro de los diagnósticos, tratamientos y evolución de los pacientes, impulsado por la participación del Departamento de Psiquiatría en el hospital (León, 1970: 105).

En esta suerte de isomorfismo, se creó el archivo de historias clínicas del Hospital Psiquiátrico San Isidro. De esta manera, y con el apoyo del doctor Carlos León, se

.....

9. Disponible en el Archivo Administrativo del Hospital, Libro “Dirección-Junta Directiva, 1950/1972”.

generó un formato ampliado, teniendo en cuenta las variables previamente señaladas, aunque no siempre el personal médico la diligenció de forma rigurosa, apreciándose información incompleta. Aun así, conviene subrayar, siguiendo a Huertas (2012: 157), que la gran mayoría de las historias clínicas de una institución han sido redactadas por clínicos –no por grandes próceres de la psiquiatría–, quienes han plasmado en estos documentos información valiosa acerca de la realidad asistencial de los establecimientos, de la casuística de la locura, de la incorporación de teorías en torno a los diagnósticos y tratamientos y, también, de las dimensiones culturales y simbólicas expresadas por los grupos sociales –como la familia– para definir la locura.

Para la década de 1960, el formato de la historia clínica adquirió nuevos cambios, incluyendo la variable de “clasificación socioeconómica” en los datos de identificación, y la variable “psico” (terapia), en los tratamientos recibidos. Asimismo, se afinaron los datos de salida, agregándose el estado del paciente y los días de permanencia. Finalmente, alrededor de 1967, el formato se tecnificó en todas sus variables, las cuales fueron codificadas en una gama de posibles respuestas susceptibles de ser sistematizadas en datos agregados. Se destaca, en la información solicitada sobre los tratamientos recibidos, la clasificación terapéutica en la que confluyen categorías y subcategorías (ver Anexo 1).

Las historias clínicas se convirtieron en documentos fundamentales, no solo para ver, a través de sus contenidos, la manera en que funcionaba la institución asilar caleña, sino para entrever, en sus modificaciones, parte del proceso que convirtió al Asilo San Isidro en un moderno hospital psiquiátrico. Su implementación, como herramienta diagnóstica y de seguimiento de los pacientes, atendió a las demandas internacionales en materia de formación, prevención y tratamiento de la enfermedad mental, pero, al mismo tiempo, respondía a la importante demanda de pacientes que, mensualmente, eran remitidos a hospitales ubicados en otras ciudades del país.

Respecto a los datos registrados en las 24 historias clínicas consultadas, se afirma, en primer lugar, la correspondencia con los análisis derivados de un número más grande de historias del Hospital Psiquiátrico San Isidro. Se hace referencia, fundamentalmente, a los estudios ya citados de Gutiérrez Avendaño (2016), quien aborda una selección de 152 historias clínicas para la década de 1958-1968, y de Sánchez Salcedo (2017), quien trabaja con 308 historias para el período 1956-1970. En ambos casos, los autores establecen una caracterización sociodemográfica de los pacientes, con énfasis en algunos aspectos sociodemográficos, diagnósticos y terapéuticos, a la luz de dinámicas históricas relacionadas con las instituciones psiquiátricas del país.

La Tabla 1 muestra algunas características de los 24 pacientes seleccionados, quienes aportaron, como se observará más adelante, información cualitativa sobre algunos aspectos relacionados con la práctica diagnóstica del hospital y, en general,

con la atención en el hospital, como elementos particulares del cambio institucional. Esta descripción general deja ver que se trata de una población joven, con ocupaciones no calificadas y de diversas procedencias del departamento, aunque sea mayoritariamente de Cali: datos que se ratifican con los otros estudios ya referenciados para esta ciudad, evidenciando, entre otras cosas, el papel de cobertura que debía asumir el hospital frente a la ausencia de otros servicios similares para las poblaciones con recursos económicos bajos (Gutiérrez, 2016; Sánchez, 2017).

**TABLA 1** | Descripción general de los pacientes de las historias clínicas, 1957-1970

Sexo	Edad	Ocupación	Procedencia
F	35 años	Oficios domésticos	Palmira
F	30 años	Hogar	Cali
F	48 años	Hogar	Cartago
F	21 años	Estudiante	Cali
F	33 años	Hogar	Cali
F	15 años	Oficios domésticos	Sin información
F	27 años	Sin ocupación	Sin información
F	Sin información	Sin información	Sin información
F	25 años	Sin ocupación	Sin información
M	16 años	Estudiante	Cali
M	47 años	Agricultor	La Cumbre
M	37 años	Pescador	Sin información
M	20 años	Obrero	Cali
M	18 años	Sin información	Cali
M	40 años	Jornalero	Cali
M	29 años	Negociante	Palmira
M	31 años	Agricultor	Puerto Tejada
M	50 años	Agricultor	Puerto Tejada
M	42 años	Técnico	Palmira
M	75 años	Jubilado	Palmira
M	35 años	Negociante	Cali
M	37 años	Médico	Cali
M	18 años	Soldado	Cali
M	19 años	Agricultor	Zarzal

Fuente: elaboración propia con base en las historias transcritas

## La práctica diagnóstica

Las historias clínicas han sido una importante fuente para el conocimiento de la praxis médica, pues en ellas es posible distinguir los procedimientos que fueron utilizados para identificar la enfermedad mental. De hecho, la información que el médico recababa, a partir de la primera consulta, comprendía un protocolo que buscaba ser riguroso y en el que se combinó la observación del médico, los testimonios de los acompañantes del paciente –o de quienes remitían al paciente a consulta– y la entrevista directa al consultante.

Hubo también una importante función de instituciones como la familia, la policía y los juzgados en la identificación de los enfermos y en su posterior remisión a consulta psiquiátrica. Estas instituciones entraron a reforzar las nuevas prácticas médicas, pues se ajustaron a los parámetros desde los cuales se definía la enfermedad mental, legitimando así la actividad clínica desarrollada. A continuación, se hará alusión al procedimiento seguido por el médico para llevar a cabo un primer diagnóstico de la enfermedad y determinar los tratamientos derivados.

## La formulación del diagnóstico

Con base en la información que suministraba la persona o la institución remitente, se llevaba a cabo una primera clasificación de la enfermedad, que solía estar supe- ditada a la realización de exámenes complementarios y un seguimiento al paciente. Asimismo, se definía el tratamiento a seguir, que se iría ajustando de acuerdo a la manera en que la persona reaccionara o “evolucionara” frente a los medicamentos y las terapias recetadas.

El examen realizado en la primera consulta, si bien no suponía una caracterización diagnóstica definitiva, sí constituyó un evento central para decidir –o no– el ingreso (hospitalización) de la persona, lo que, en términos de Goffman (1972), podría definirse como el inicio de la “carrera moral del paciente mental”, pues una vez internado el enfermo perdía sus derechos individuales y quedaba insertado en el marco normativo de la institución mental. Muchas veces, este ingreso, como lo muestran las historias clínicas revisadas, era inmediato, por las condiciones en que llegaba el paciente a consulta (agresividad, desorientación, mutismo, convulsiones, etc.), lo que supone un aplazamiento en la elaboración de la historia clínica, hasta que el paciente estuviera más asequible.

En el período estudiado (1957-1970), las consultas posteriores (como las exter- nas), los exámenes<sup>10</sup> y las pruebas que se realizaban a los pacientes empezaron a

10. Por ejemplo, la serología parecía constituir un examen de rutina para todos los pacientes, pues permitía identificar si el paciente estaba contagiado de sífilis, enfermedad que ocasiona una parálisis general. A partir

constituir un importante complemento para el diagnóstico definitivo de la enfermedad. No obstante, donde mejor se evidencia la importancia del seguimiento y la observación de los pacientes en la descripción diagnóstica, es en las hojas de evolución y las notas de enfermería. La hoja de evolución era producto de la revista de servicio que realizaban los médicos con cada paciente. Este evento fue muy importante, pues constituyó una evaluación del estado del paciente, a partir de la cual se ratificaba o cambiaba el diagnóstico, se reducía o aumentaba la medicación o terapias y, en algunos casos, determinaba si el paciente podría ser remitido a otra sala o firmar su salida de la institución por mejoría. En dicha revista participaban otros profesionales como el médico tratante, estudiantes y enfermeras. Por su parte, las notas de enfermería constituyeron un registro pormenorizado de la conducta diaria de los pacientes en las salas a las que habían sido confinados, fuente importante de información para el médico tratante y un registro central que ayudaba a determinar la evolución del paciente durante su hospitalización.

Llama la atención al respecto el lenguaje que utilizaban las personas encargadas del paciente para dar cuenta de su estado. Dicho lenguaje recogía descripciones físicas (alusivas al cuidado personal: barbado, descalzo, sucio, maloliente, etc.), a problemas emocionales y cognitivos (referidos al principio de realidad: incoherente, logorreico, presenta alucinaciones visuales y/o auditivas, etc.), así como descripciones de la actitud del paciente frente al personal médico (tranquilo, colaborador). Los términos más utilizados –que pueden leerse en la Tabla 2– estandarizaban un modo de conducta que parecía inscribirse en un sistema de valores y de prácticas institucionalizadas consideradas “normales” o, en su defecto, “patológicas”. El lenguaje utilizado parecía responder, como propone Goffman (2001), a la visión que los actores institucionales tenían de los enfermos, a partir de una definición de su propia situación, teniendo como base los intercambios verbales que servidores –personal médico– y clientes –pacientes– establecían desde un componente técnico. Este componente “consiste en un intercambio de preguntas y respuestas con miras a brindar información pertinente sobre la reparación (o construcción)” (Goffman, 2001: 324). Sin embargo, salvo la referencia a alucinaciones, muchas de las conductas como, por ejemplo, la agresividad, no se inscribieron en un síntoma o cuadro de enfermedad específico, sino que daban cuenta, más bien, de reacciones que rompían con el parámetro de conducta esperada o con las “expectativas normativas”.

Es importante anotar que este lenguaje –que luego fue traducido en una semiótica médica cada vez más especializada– constituyó, también, el sustrato sobre el cual se generó la comunicación con el paciente y sus mismos familiares, lo que le permitió

---

de la década de los cincuenta, como lo propone Roselli (1968), otros exámenes, como la encefalografía, serían utilizados frecuentemente, sobre todo para pacientes epilépticos.

**TABLA 2** | Términos más utilizados en las historias clínicas para referir conductas normales o patológicas

Referentes de conductas normales	Referentes de conducta patológica o enfermedad
Colaboración	Necedad
Tranquilidad	Agresividad
Preocupación por la presentación personal	Descuido en la presentación personal (suciedad, peludo, maloliente, etc.)
Orientación espacial y temporal	Desorientación en tiempo y espacio
Ideas coherentes	Ideas y frases incoherentes

Fuente: elaboración propia con base en las historias transcritas

al médico acopiar las primeras informaciones para la formulación de un diagnóstico, que iba ratificando o transformando, fruto de las observaciones y de las reacciones de los pacientes frente al tratamiento. No obstante, lo que resulta sorprendente es cómo el diagnóstico médico terminó inserto, al menos inicialmente, en el sistema de valores familiares y, en general, de los grupos culturales que en una determinada sociedad definían los contornos de la enfermedad mental.

### Enfermedades identificadas

En las historias consultadas se identificaron, fundamentalmente, seis tipos de enfermedades: reacciones esquizofrénicas (indiferenciada crónica, REIC; indiferenciada aguda, REIA; hebefrenias; tipo paranoide); síndrome cerebral crónico (SCC); epilepsia tipo gran mal; reacciones angustiosas; demencia senil; deficiencia mental y conducta maniaco depresiva. La mayoría de estas enfermedades coinciden con las reseñadas en el DSM-I (APA, 1952) y DSM-II (APA, 1968). Estos manuales constituyen un importante esfuerzo de estandarización de las enfermedades mentales a nivel internacional, pues, aunque se habían llevado a cabo iniciativas similares, fue imposible contar con una propuesta que integrara las diferentes clasificaciones sugeridas para la enfermedad mental.

Así, las enfermedades registradas en las historias clínicas revisadas (Tabla No. 3), se inscriben en tres de las cinco tipologías de trastorno mental propuestas en el DSM-I:

- i. Trastornos causados o asociados al deterioro de la función del tejido cerebral.
- ii. Trastornos cerebrales crónicos.
  - Trastornos asociados con problemas de circulación - Síndrome cerebral crónico, SCC, asociado con arterioesclerosis.
  - Trastornos asociados con perturbación de inervación de control físico - Síndrome cerebral crónico, SCC, convulsiones tipo gran mal.
  - Síndrome cerebral crónico, SCC, asociado con enfermedad cerebral senil.
- iii. Deficiencia mental.
- iv. Trastornos de origen psicogénico sin causa física aparente debido a cambios estructurales en el cerebro.
  - Trastornos psicóticos - Reacción maniaco depresiva tipo maniaca.
  - Reacción esquizofrénica - Reacción esquizofrénica indiferenciada crónica; reacción esquizofrénica indiferenciada aguda; reacción esquizofrénica tipo hebefrénico; reacción esquizofrénica tipo catatónica; reacción esquizofrénica tipo paranoide<sup>11</sup>.
- v. Trastornos sin diagnóstico.

El término “reacción”, que definió de modo general el tipo de trastorno mental identificado, permitió evidenciar la influencia de la visión psicobiológica que caracterizó el primer manual de enfermedades mentales DSM-I (APA, 1952). Según esta visión, los trastornos mentales reflejaban reacciones de la personalidad a factores psicológicos, sociales y biológicos. Ocupando el relato de Arboleda (2013), el enfoque psicodinámico proveniente de la psiquiatría norteamericana marcó el enfoque formativo y terapéutico del recién creado Departamento de Psiquiatría, con un especial énfasis en la perspectiva desarrollada en la Universidad de Tulane. Asimismo, la psiquiatría psicoanalítica<sup>12</sup>, de igual procedencia, efectuó un desplazamiento de viejas terapias, como la insulino-terapia y la malarioterapia, tan en boga en la década de los treinta y cuarenta. No obstante, estas terapias psicoterapéuticas convivieron con el uso de fármacos y de terapias de choque.

.....

11. Es importante señalar que, aunque en el DSM-II (APA, 1968) se elimina el término reacción y hubo una ampliación de las categorías diagnósticas, ambos manuales son muy similares y reflejan el predominio de la psiquiatría psicodinámica. Sin embargo, el DSM-I (APA, 1952) fue el más utilizado durante el período estudiado, por esta razón se tomó como referencia en este trabajo, para revisión de las enfermedades mentales identificadas en las historias clínicas.

12. El estudio de Gutiérrez Avendaño (2016), con 152 historias, identifica a 72 pacientes diagnosticados con esquizofrenias, y el de Sánchez Salcedo (2017), con 308 historias, 118 pacientes. Dato que no es similar en otras instituciones psiquiátricas en el país. En el Instituto Psiquiátrico San Camilo, por ejemplo, las enfermedades más recurrentes fueron la epilepsia, que representaba un 22,43% de las historias consultadas; las esquizofrenias, 13,12%; y las oligofrénicas, 12,65% (Escobar, 2009: 69).

## Los tratamientos

Durante la década de 1950, con la síntesis de la clorpromazina, se llevó a cabo el que puede denominarse el principal descubrimiento para el tratamiento de las enfermedades mentales en la psiquiatría contemporánea: la psicofarmacología. Sin embargo, la historia no inició aquí. En el siglo XIX, Heinrich Caro sintetizó el azul de metileno; y August Bernthsen, estudiando su estructura química, identificó el núcleo fenotiazínico, que constituye el ancestro directo de la clorpromazina (Toledo; Almada; Villalba, 2018: 268). La mayoría de los fármacos introducidos a partir de esta década tuvieron gran impacto, debido a sus virtudes antipsicóticas y neurolépticas, que se descubrieron conforme se utilizaban. La clorpromazina, cuyo nombre comercial era Largactil, en tanto produjo lo que muchos autores llaman una auténtica “revolución farmacológica”, no solo “introdujo un abordaje selectivo y eficaz para los pacientes esquizofrénicos, sino que abrió las puertas a la síntesis de numerosos fármacos destinados al tratamiento de los trastornos mentales, y, por ende, al inicio de la era psicofarmacológica” (López; Álamo; Cuenca, 2002: 80).

En las 24 historias clínicas analizadas, se encontró que el principal tratamiento para enfrentar la enfermedad mental fueron las drogas psiquiátricas, excepto en dos de los casos revisados, como puede observarse en la Tabla 3. Se recetaron, de manera generalizada, antipsicóticos o neurolépticos<sup>13</sup> y antiepilépticos, como Largactil (clorpromazina), Sinogan (Levomepromazina), Fenegan (Prometazina), Stelazine (Trifluoperazine), Gardenal (Fenobarbital), entre otras. Es importante aclarar que muchos de los medicamentos aquí inventariados fueron utilizados para diferentes diagnósticos, excepto, tal vez, el Epamin que se usaba para casos de epilepsia, optándose presentar en la Tabla 3, los más recurrentes en la respectiva historia clínica.

Al igual que el diagnóstico, el tratamiento seguía un protocolo casi siempre riguroso en el que, en la mayoría de los casos, independientemente de la enfermedad identificada, había un procedimiento terapéutico donde se combinaban sedantes y antipsicóticos neurolépticos. La importancia de este proceso de estandarización, al menos para el caso estudiado, radica en que logró constituir una novedad para el tratamiento de la salud mental en la ciudad, pues cuando existía el asilo –como se señaló anteriormente–, el diagnóstico y el tratamiento se centraban en una clasificación que solo reconocía dos tipos de enfermos: los locos agitados y mansos.

.....

13. Pierre Deniker y Jean Delay, en 1952, fueron los primeros en descubrir los efectos psicotrópicos. En Basilea, Steck y Staehelik identificaron sus efectos antidelirantes y antialucinatorios. Sin embargo, sería solo hasta el II Congreso de Psiquiatría, en Zurich, donde se acordó llamar a estas sustancias neurolépticos. En Estados Unidos, estas mismas sustancias fueron reconocidas, primero, como tranquilizantes y, después, como antipsicóticos (Healy, 2000 como se citó en Toledo; Almada; Villalba, 2018: 269).

**TABLA 3** | Medicación y tratamiento terapéutico

Sexo	Diagnóstico (tal como se registra en la historia clínica)	Tratamiento eléctrico y medicado	Tratamiento no medicado y tratamiento eléctrico
F	REIC (Reacción esquizofrénica indiferenciada crónica)	Trifluoperazina - Stelazine, Prometazina - Fenergan, Levomepromazina - Sinogan, Clorpromazina - Largactil	Terapia ocupacional TEC (terapias electroconvulsivas)
F	Reacción esquizofrénica Pseudoneurótica	Levomepromazina - Sinogan, Trifluoperazina - Stelazine, Prometazina - Fenergan	TEC
F	Reacción esquizofrénica hebefrénica con rasgos paranoides	Levomepromazina - Sinogan, Trifluoperazina - Stelazine	Terapia ocupacional TEC
F	Reacción angustiosa	—	Psicoterapia de soporte
F	Reacción angustiosa	—	TEC
F	SCC (Síndrome cerebral crónico) - tipo gran mal	Fenitoina - Epamin, Fenobarbital - Gardenal, Proclorperazina - Stemetil, Prometazina - Fenergan	
F	SCC tipo gran mal	Proclorperazina - Stemetil, Prometazina - Fenergan, Levomepromazina - Sinogan	TEC
F	REIC con rasgos hebefrénicos	Tioridazina - Meleril (Malleril), Prometazina - Fenergan	
F	Neurosis depresiva con componente angustioso	Clorpromazina - Largactil, Prometazina - Fenergan, Valium	Terapia ocupacional TEC
M	Psicosis con epilepsia tipo gran mal	Fenitoina - Epamin, Fenobarbital - Gardenal, Trifluoperazina - Stelazine, Clorpromazina - Largactil	Terapia ocupacional TEC
M	Reacción esquizofrénica tipo paranoide	Clorpromazina - Largactil	TEC
M	SCC - epilepsia gran mal	Bromidon pediátrico, Fenitoina - Epamin, Fenobarbital - Gardenal	
M	Reacción maniaco depresiva	Carbonato de litio, Haloperidol, Trihexifenidilo - Artane, Levomepromazina - Sinogan, Clorpromazina - Largactil	TEC
M	ETIC - Reacción angustiosa	Trifluoperazina - Stelazine, Trihexifenidilo - Artane, Clorpromazina - Largactil	Terapia ocupacional TEC
M	Deficiencia mental	Clorpromazina - Largactil, Prometazina - Fenergan	

M	REIC Agudizada	Thiopropazina - Mayeptil, Levomepromazina - Sinogan, Trifluoperazina - Stelazine	Ergoterapia TEC
M	Demencia senil	Clorpromazina - Largactil, Thiopropazina - Mayeptil, Fenobarbital - Gardenal, Trifluoperazina - Siquil	Terapia ocupacional
M	SCC gran mal	Clorpromazina - Largactil, Fenobarbital - Gardenal	
M	REIC con rasgos catatónicos	Trifluoperazina - Stelazine, Prometazina - Fenergan	Ergoterapia TEC
M	REIC	Thiopropazina - Mayeptil, Prometazina - Fenergan, Levomepromazina - Sinogan	TEC
M	Neurosis depresiva	Levomepromazina - Sinogan, Clomipramina - Anafranil, Prometazina - Fenergan, Valium	
M	Epilepsia tipo gran mal	Clorpromazina - Largactil, Fenitoína - Epamin, Levomepromazina - Sinogan	Terapia ocupacional
M	Trastorno de personalidad - personalidad antisocial	Periciazina - Neoleptil, Thiopropazina - Mayeptil, Levomepromazina - Sinogan	TEC
M	ETIC - Reacción angustiosa	Thiopropazina - Mayeptil, Trifluoperazina - Stelazine, Prometazina - Fenergan, Trihexifenidilo - Artane, Levomepromazina - Sinogan	Terapia ocupacional TEC

Fuente: elaboración propia con base en las historias clínicas transcritas

En los 24 casos estudiados hubo, además de la prescripción de fármacos, terapia anticonvulsiva y, en diez casos, remisión a terapia ocupacional o ergoterapia (las historias consignan ambos términos). Como se pudo observar en las hojas de evolución de los pacientes, la utilización de un determinado fármaco y su dosificación dependían del efecto que generara en los pacientes. Lo mismo sucedió con la terapia anticonvulsiva, puesto que era suspendida o retomada de acuerdo a la reacción de cada paciente. Se destacan también los pocos casos con tratamiento de psicoterapia, toda vez que el enfoque asumido durante el período estudiado –psicodinámico– buscaba combinar la terapia psicológica y el suministro de antipsicóticos<sup>14</sup>. El uso extensivo

14. El estudio de Sánchez (2017), llevado a cabo en la misma institución, muestra que, de los 308 casos estudiados correspondientes al período 1956-1970, se registraron diez con tratamiento psicoterapéutico en el primer ingreso y doce en las readmisiones (353), datos muy similares a los de Gutiérrez Avendaño

de los fármacos muestra el importante predominio que empezaban a tener en el tratamiento de la enfermedad mental, por lo menos durante el período estudiado.

## **Enlaces sociofamiliares e institucionales en la identificación y contención de la enfermedad mental**

El ingreso de una persona al hospital, y su posible permanencia, eran el resultado de las interrelaciones que generaban familias, pacientes e instancias públicas y privadas, alrededor del enfermo y su enfermedad. Tomando la perspectiva neoinstitucionalista descrita en páginas anteriores, puede decirse que, si bien cada uno de estos actores e instancias confluyen en el espacio de la institución psiquiátrica con lógicas diferentes y jerarquizadas, para entender la relación enfermo mental-hospital, al configurarse como un campo organizacional, esta institución reduce el grado de diversidad, buscando normalizar un circuito de atención clínica y administrativa para los pacientes. En otras palabras, se propende tanto por la “conexión” como por la “equivalencia estructural” (Powell; DiMaggio, 1999: 106), pues los actores implicados en este circuito de interrelaciones –proveedores principales, consumidores de recursos y productos, agencias reguladoras, etc.– van articulando su información, sus acciones y decisiones a un sistema de creencias sobre la enfermedad mental, su diagnóstico y tratamiento. Aunque este proceso de normalización constituye un mecanismo de control, no se agota en el proceso de instauración de un poder abarcador sobre las prácticas y los sujetos (tal como es analizado por autores como Michel Foucault o Robert Castel, por ejemplo) sino que es, sobre todo, el efecto mismo del peso de las interacciones –componente sustantivo del campo organizacional– en el marco del nuevo sistema de creencias que las constriñen, con reglas de juego institucionales particulares (North, 1990).

En esa dinámica de normalización, la familia, los juzgados, la inspección de policía y otras instancias médicas desempeñaron una importante función de identificación/clasificación inicial de los rasgos de una posible enfermedad mental, así como de permanencia o cambio del diagnóstico y sus tratamientos. Al respecto, la Tabla 4 muestra algunos enlaces sociofamiliares e institucionales, dando indicios, por otro lado, de ciertos rasgos sobre la trayectoria de estos pacientes, la cual puede verse atravesada por procesos de “cronificación y custodialismo” (Huertas, 2012: 151).

---

(2016: 19). Para el caso de los asilos de locos y locas de la Beneficencia de Cundinamarca, entre 1950-1970, como lo muestra Castrillón (2018: 21), entre los tratamientos alternativos a los psicofármacos prevalecía la TEC, en 44 casos, y, en un segundo lugar, la psicoterapia, con 22.

**TABLA 4** | Enlaces sociofamiliares e institucionales

Sexo	Diagnóstico	Algunos enlaces en ingresos, reingresos, consultas, derivaciones
F	Reacción esquizofrénica indiferenciada crónica	Casi siempre es acompañada por familiares (suegros, prima, principalmente), algunas veces aparece el esposo y vecinos. Solicitud del Hospital Psiquiátrico a otra institución para “ligadura de trompas”; no se registra realización. Comunicación escrita del esposo a funcionario del Hospital, informando proceso de pedido de guarda del hijo al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
F	Reacción esquizofrénica pseudoneurótica	En el primer ingreso fue acompañada por voluntarios de un hospital de Palmira (Valle). Vive “asilada” en la “Casa de la viuda” de Palmira. No se registran otros acompañantes. Acude sola a las siguientes citas. Es remitida varias veces al Hospital Universitario del Valle para realización de exámenes y radiografías.
F	Reacción esquizofrénica hebefrénica con rasgos paranoides	Se registra, por única vez, como acompañante, una sobrina del esposo. Había estado en otras instituciones psiquiátricas en Medellín y Bogotá.
F	SCC tipo gran mal	Es acompañada por familiares (tía, esposo) y luego por la policía, aunque también acude sola a las citas médicas.
F	SCC tipo gran mal	Es acompañada por vecinos o miembros de la Junta de Acción Comunal del barrio. Vive en la calle. Hay remisión escrita de la policía que, en nombre de vecinos y de la junta, pide el apoyo al hospital para atender a la paciente, pues su comportamiento en la calle constituye una “amenaza y peligro”.
F	Neurosis depresiva con componente angustioso	Siempre es acompañada por familiares (esposo y primas).
M	Reacción esquizofrénica tipo paranoide	Casi siempre es acompañado por la policía y una vez por las hermanas. Hay remisiones escritas de la inspección de Bitaco-La Cumbre (Valle), para la atención y tratamiento del paciente, quien, con su “agresividad”, intimida y lastima a familia y vecinos.
M	SCC - epilepsia gran mal	Casi siempre es acompañado por la familia (padres, abuela). Se registra un reingreso con la policía, por petición familiar, tras un ataque de rabia.
M	Reacción maniaco depresiva	Tuvo un ingreso previo en la Clínica Psiquiátrica San José. La primera vez es acompañado por el dueño del taller donde trabaja, junto con la policía, con remisión escrita de un juzgado, en la que consta que el paciente “ofrece peligro para quienes conviven con él”. Otras veces es acompañado por el padre y la esposa. Hay remisiones para ingreso del entonces Instituto Colombiano de Seguro Social (ICSS) de Palmira. Hay remisión escrita de traslado al Hospital Universitario del Valle para identificar dolores continuos en diversas partes de cuerpo.
M	Reacción angustiosa	Tuvo un ingreso previo en la Sociedad San Vicente de Paul. Casi siempre es acompañado por la abuela y tiene varias remisiones para ingreso del entonces ICSS. Se registra un ingreso con un “conocido que lo encontró en la calle llorando”.
M	REIC	Casi siempre ingresó solo, aunque una vez lo acompañó una hermana. Hay una remisión de la historia clínica por solicitud de un juzgado de Cali, que adelantaba un proceso penal contra el paciente por agresiones personales.

M	Neurosis depresiva	Ingresó solo, aunque lo visita la esposa posteriormente y también es acompañado por un amigo-colega de trabajo. En otras ocasiones ha estado hospitalizado por “alcoholismo”.
M	Epilepsia tipo gran mal	Ingresó con la policía y una remisión de un juzgado solicitando atención al paciente, quien “sufría de trastornos mentales”. En sus pertenencias se encuentran “boletas de cita y de hospitalización del Hospital Mental de Antioquia”.
M	Trastorno de personalidad - personalidad antisocial	Casi siempre es acompañado por el padre, aunque en un ingreso tuvo apoyo de la policía, pues “se tornó agresivo” con familiares. Hay remisión del batallón donde presta servicio militar para que sea examinado por su “incapacidad para hacer ejercicio físico, (...) deseo de golpear a los compañeros”. Antes de ingresar al cuartel estuvo internado en el hospital. Hay una solicitud de la historia clínica por parte de un juzgado penal militar que investiga al paciente por el “delito militar de desertión”.

Fuente: elaboración propia con base en las historias clínicas transcritas

Como puede observarse en la tabla anterior, las familias fueron decisivas en el proceso de normalización institucional de los pacientes: padre, esposo(a), abuela, hijos, hermanos, etc. La importancia de este enlace se vio reflejada, también, en el proceso de diagnóstico, a través de la reconstrucción, por parte del médico tratante, de la estructura familiar y de los antecedentes familiares de la enfermedad. A propósito de estas convergencias, Sacristán (2009), para el caso del Hospital La Castañeda, en México, constata que “(...) en muchos casos el diagnóstico médico no hacía sino corroborar el que ya se había dado en el seno familiar conforme a sus propios valores” (179). Menciona la autora que las familias establecían conexiones con otros enlaces institucionales (como la policía o diversos servicios médicos y sociales), reforzando la permanencia del paciente en el hospital psiquiátrico. Estas relaciones dan pistas, como lo señala Sacristán (2009), para entender la gran influencia de las familias en el internamiento y, si bien “los psiquiatras percibían las peticiones por orden de la familia como menos coercitivas que las ordenadas por la policía, (...) en los hechos, la familia favorecía el internamiento por razones extra médicas, fundamentalmente porque algún miembro de la familia tenía un comportamiento considerado socialmente indigno, escandaloso o infame” (180).

Los enlaces sociofamiliares dinamizaban este circuito institucional, liderando, directamente, el ingreso/permanencia a las instituciones psiquiátricas o solicitándolo, a través de otros enlaces, tal como puede apreciarse en la tabla y leerse en otros estudios similares. Para el mismo caso mexicano, Ríos *et al.* (2016: 7-8) señalan que fueron instituciones como la Beneficencia Pública, y la Secretaría de Salubridad y Asistencia, las que más pacientes remitieron a La Castañeda, seguido de otras instan-

cias de seguridad –juzgados para menores infractores, policía, etc.–. De todas formas, el predominio de estas instancias se sustentaba en la reglamentación estipulada por el hospital, que exigía un certificado médico justificando el ingreso de los enfermos mentales. Si las familias carecían de recursos económicos para pagar un médico particular, solicitaban este certificado a dichas instancias para conseguirlo gratuitamente. Para el caso del Hospital Psiquiátrico San Isidro, Sánchez Salcedo (2016: 346) y Gutiérrez Avendaño (2016: 17) identifican el alto número de pacientes remitidos por familiares y amigos, diferenciándose de períodos anteriores cuando las autoridades públicas eran decisivas en la remisión de los enfermos mentales a los asilos.

En el caso particular de otros enlaces, como los juzgados y las inspecciones, el motivo de la remisión era producto de un acto de alteración del orden público (conducta agresiva o inmoral) o por la solicitud expresa de familiares y vecinos a un juez o un inspector para que, con la ayuda de la policía, se detuviera a la persona considerada enferma mental y fuera remitida al hospital. La siguiente carta es expresión de este procedimiento:

República de Colombia  
Departamento del Valle del Cauca  
Municipio de Santiago de Cali  
Dirección GOBIERNO

Cali, agosto 26 de 1967

Señor  
Médico Jefe del Hospital Psiquiátrico San Isidro  
E. S. D.

Con el presente me permito enviar a esa casa de salud, para que UD, ordene su internamiento a la demente XXXXX, quién desde hace algún tiempo se ha posesionado en la vía pública del Barrio Santa Elena, y según quejas del vecindario de dicho barrio y la Junta Comunal, debido a su enfermedad, comete desmanes tanto en las personas como en las residencias, ya que se desnuda públicamente, ataca a piedra a ciudadanos y a niños ocasionando daños a enseres, y últimamente ha optado por arrojar a los vehículos, ofreciendo así una seria amenaza y peligro para todo el conglomerado. Es por ello que comedidamente le pido este servicio para el tratamiento debido de la citada mujer y terminar con los atropellos de esta en el sector antes dicho. Las personas que la conducen podrán dar mayores datos sobre el particular y los que Ud., estime conveniente. Agradeciendo su Atención, me suscribo como su Atto. Sa.

(Firma)

XXXXXXXXXX

Inspector Once de Policía Municipal

Es posible ver, en la carta, que la remisión de un inspector o de un juez representaba, para el hospital, una clara demanda de internamiento y una primera forma de categorización de la enfermedad, pues bajo la calificación de “demente” o “alienado”, la terminología jurídica y policial clasificaba a una persona con base en conductas que afectaban la convivencia pública.

El hospital, a su vez, tenía la función, para efectos legales, de ratificar y clarificar las características de la enfermedad, por eso hubo también una solicitud permanente de dictámenes y certificaciones de gran utilidad para discernir alegatos, principalmente de carácter penal o laboral. El dispositivo legal establecía la clasificación de la existencia o no de la enfermedad mental, a través de un diagnóstico soportado en una argumentación científica, tal como puede apreciarse en el siguiente certificado:

Cali, octubre 29 de 1973

EL SUSCRITO MEDICO PSIQUIATRA  
CERTIFICA:

Que la señora XXXXXX, con Historia Clínica No XXXX, ha estado hospitalizada en esta institución en varias ocasiones y que actualmente se encuentra recluida recibiendo tratamiento siquiátrico.

A solicitud del interesado y para constancia, se firma en Cali, a los siete (7) días del mes de noviembre de mil novecientos setenta y tres (1973).

Atentamente,

Dr. XXXXXXXXXX

Médico Jefe Consulta Ext.

Estos procedimientos reforzaron la práctica psiquiátrica en el hospital, legitimando su particular concepción de la enfermedad mental y tratamiento, pues apropiaron los nuevos saberes médicos que empezaban a implementarse. Es posible, incluso, que las instituciones estuvieran partiendo de lecturas muy distintas de la enfermedad, pero estas versiones quedaban subsumidas al dictamen clínico y científico del diagnóstico médico, generando una cierta idea de coherencia a nivel institucional.

### **Las fallas en el programa institucional: los reingresos**

Como se señaló anteriormente, uno de los aspectos que mejor caracterizó la nueva psiquiatría norteamericana, y la concepción que sobre la enfermedad mental implementó la OMS, fue la reducción de la permanencia de los enfermos mentales en la institución. Para ello, se crearon, fundamentalmente, dos estrategias: el hospital

día y la consulta externa<sup>15</sup>. Ambas estrategias requerían, por ejemplo, la reducción del número de camas hospitalarias para incentivar otros servicios no asilares, y la asignación de tiempo laboral para actividades comunitarias –clínicas e investigativas– realizadas por los psiquiatras. Ambas iniciativas –que se mantienen hoy en día– tuvieron como principal soporte la revolución farmacológica (López *et al.*, 2002), convirtiéndose en el principal tratamiento utilizado. Se buscaba entonces la desmanicomialización de los pacientes y la incorporación al entorno familiar, donde podrían ser cuidados por sus acudientes.

Las historias clínicas revisadas dan cuenta de dichas iniciativas en el Hospital Psiquiátrico San Isidro, pues en todas ellas, se pueden identificar atención médica por consulta externa y citas de control, aunque también muchos reingresos. Estos reingresos evidencian la dificultad que tuvieron estas medidas extrahospitalarias en el entorno familiar, pues la mayoría de las veces estaban asociados a situaciones de crisis, ligadas a la falta de consumo de los medicamentos y, en otros casos, por el desinterés de los allegados para hacerse cargo de sus familiares enfermos. El internamiento del enfermo seguía siendo la mejor alternativa para enfrentar una enfermedad que, en la mayoría de los casos, no lograban comprender. Una dificultad que también es señalada por Gutiérrez Avendaño (2016: 17), quien identifica que, si bien la mayoría de los pacientes salían por “mejoría”, la cantidad de reingresos era indicador de su no recuperación.

## Conclusiones

La revisión de las historias clínicas del Hospital Psiquiátrico San Isidro, durante el período 1957-1970, muestra la institucionalización de una práctica médica que difiere, claramente, con el modo en que se abordaba la enfermedad mental en la institución asilar, donde a los enfermos rara vez se les diagnosticaba y se les seguía mediante una historia clínica. Los nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos se enmarcan muy bien con los principios y recomendaciones de la OMS para la enfermedad mental, del manual de diagnósticos DSM-I (APA, 1952) y de la ase-

.....  
15. En el Informe Técnico de 1957 de la Organización Mundial de la Salud, el comité de expertos de la salud mental propuso la conformación de centros de atención relativamente pequeños, que dentro de sus instalaciones contaría con el servicio de consulta externa y de grupos móviles que podrían llevar a cabo las funciones de triaje. Esta unidad podría ser autónoma y disponer de un hospital de día y de noche. También podría ser parte de un Hospital general y articulada a una unidad de cuidados para los pacientes crónicos (OMS, 1962: 8).

oría directa de universidades norteamericanas como Tulane, que se encargó de la formación de los nuevos especialistas<sup>16</sup> de Psiquiatría de la Universidad del Valle.

Dicha práctica estuvo soportada en la utilización de fármacos y otro tipo de terapias, como la electroconvulsiva y la terapia ocupacional. No obstante, se echa de menos en las historias referencias más detalladas a la psicoterapia o al análisis psicoanalítico, perspectivas sobre las cuales se estructura el enfoque psicodinámico que caracterizaría la práctica psiquiátrica en el hospital durante la década de los sesenta y setenta del siglo XX.

La reorientación de los asilos hacia la figura de “hospital”, implicó, también, un cambio en la valoración y, por lo tanto, en las prácticas médicas alrededor de la mente enferma. Se configuraron otras sensibilidades institucionales que ya no atendían a la simple contención caritativa y filantrópica de los pobres y desposeídos de la “razón”, pues el conocimiento científico derivado de la psiquiatría daba lugar a otras clasificaciones diagnósticas y terapéuticas, sustentadas sobre una racionalidad administrativa que pudiera acompañar estos saberes médicos. Esto no quiere decir que todos los actores insertos en el microcosmos que conformaron la institución psiquiátrica del período compartieran las mismas concepciones, saberes e intereses sobre la enfermedad mental ni que, a la postre, afectara su funcionalidad.

En este nuevo contexto, se desplegó un importante mecanismo institucional que reforzó la función desarrollada por el Hospital Psiquiátrico San Isidro en dos vías: los enlaces que remitían a los pacientes a la institución hospitalaria, y el proceso de clasificación diagnóstica de la enfermedad. En lo que respecta a la remisión de pacientes, como ya se ha mencionado en otros estudios, las principales fuentes de suministro de pacientes eran la familia y los vecinos, aunque también algunas instancias públicas, principalmente judiciales. En lo que respecta a los diagnósticos –por lo menos en un nivel inicial–, estos empezaron a construirse a partir de los indicios y referencias que la familia, los vecinos, y las instituciones legales y judiciales le atribuían a la conducta de las personas socialmente reconocidas como enfermas. Este diagnóstico espontáneo era confrontado a través del análisis clínico que llevaba a cabo el médico tratante, quien, desde su autoridad científica-médica, se encargaba de proponer un diagnóstico definitivo. Claro está que este proceso de etiquetamiento de las enfermedades podía variar en el tiempo, dependiendo del modo en que evolucionara el paciente con el tratamiento de la enfermedad y, en

.....

16. Este último aspecto fue muy importante, porque contribuyó a la profesionalización de la psiquiatría en la región, a la vez que ayudó a afianzar el nuevo sistema de creencias. Los nuevos especialistas, a través de su actividad clínica y formativa, reprodujeron y legitimaron los nuevos saberes y concepciones para abordar la enfermedad mental.

otros casos, siendo resultado de otros enfoques psiquiátricos que generaban nuevas clasificaciones de las enfermedades.

No obstante, el aspecto más importante para resaltar de este entramado institucional, es cómo la enfermedad mental es mucho más que un conjunto de prácticas y saberes médicos estandarizados, pues se inscribe en un sistema de creencias y valores sobre la enfermedad, propios de una cultura y una sociedad, que muchas veces se ven reflejados en el diagnóstico médico. A través de las historias clínicas es posible acercarse a una “dimensión cultural de la locura” (Huertas, 2012: 152), ya que, por ejemplo, estos documentos psiquiátricos están forjados por diversos actores (como la familia o las instancias judiciales), pero también por modos –no siempre coincidentes– de comprender la salud y la enfermedad mental; formas que se alimentan tanto de saberes científicos expertos como de otros, derivados de la convivencia cotidiana con los “locos”. Aun con las diferencias, se puede observar una tendencia hacia una normalización de la práctica psiquiátrica. Dichas creencias se ven reflejadas en los cambios en los formatos y contenidos de las historias clínicas.

Una de las principales consecuencias del sistema de creencias está relacionada con la trayectoria que define la carrera del paciente mental (Goffman, 1972). Esta trayectoria inicia desde la identificación de los posibles rasgos de la enfermedad y termina con la posterior remisión de la persona al sistema institucional, mediante la consulta externa o la hospitalización. Todos los enfermos van a ser expuestos, independientemente del diagnóstico, a un tratamiento fundamentado en la prescripción de fármacos y terapias complementarias, que buscan controlar la enfermedad y evitar momentos de crisis. La clasificación como enfermo mental va a acompañar al paciente durante toda su vida, insertándolo en una trama institucional en la que queda completamente subordinado. Gran parte de esta trama está escrita en su historia clínica.

## Referencias

- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders-DSM I*, Washington, D. C.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders-DSM II*, Washington, D. C.
- Arboleda, María (2013). *Relaciones de poder entre agentes en la configuración del campo de la salud mental. Estudio de caso: El programa de psiquiatría comunitaria de la Universidad del Valle, en Cali, Colombia* (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Lanús, Salud Mental Comunitaria, Buenos Aires.

- Asamblea Departamental del Valle del Cauca (1940). *Ordenanza No. 26*. Cali: Gobernación del Valle del Cauca.
- Castel, Robert; Castel, Françoise; Lovell, Anne (1980). *La Sociedad psiquiátrica avanzada: el modelo norteamericano*. Barcelona: Anagrama.
- Castrillón, María (2018). La atención de la locura en la Beneficencia de Cundinamarca, durante el periodo 1950-1970. Una lectura desde las historias clínicas. *Documentos de Trabajo-CIDSE 016340*, Universidad del Valle/CIDSE.
- Castro, Beatriz (2007). Los inicios de la asistencia social en Colombia. *Revista CS*, 1, 157-188. <https://doi.org/10.18046/recs.i1.405>
- Escalante, Fernando (1992). *Ciudadanos imaginarios*. México: El Colegio de México.
- Escobar, Eide (2009). *La enfermedad mental en el nororiente de Colombia. Evolución terapéutica en la relación médico-paciente en el Instituto psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga 1953-1967* (Monografía). Universidad Industrial de Santander, Departamento de Historia, Bucaramanga.
- Farfán, Guillermo (2007). El nuevo institucionalismo histórico y las políticas sociales. *Revista POLIS*, 3(1), 87-124.
- Forero, Hernando (2011). Especialidades clínicas, medicina interna, salud pública y social. En *Momentos históricos de la medicina colombiana* (pp. 466-551). Bogotá: Prismagraf. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/638/>
- Goffman, Erving (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gutiérrez, Jairo (2015). Del régimen asistencialista a la psiquiatría dinámica en las primeras instituciones de salud mental en Cundinamarca, Antioquia y Valle del Cauca, 1900-1968. En *Actualizando discursos. Trazos de historia de la psiquiatría y de la salud pública en el contexto iberoamericano* (pp. 103-138), coordinado por Álvaro Casas; Jana Congote. Medellín: Grupo Historia de la Salud/Universidad de Antioquia.
- Gutiérrez, Jairo (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.
- Gutiérrez, Jairo; Marín, Yamid (2012). Poder psiquiátrico, formas clínicas y clasificación de la locura como enfermedad social, en el caso del Manicomio Departamental de Antioquia, 1920-1959. *Revista Katharsis*, 14, 197-224.
- Henderson, James (2006). *La modernización en Colombia: los años de Laureano Gómez 1889-1965*. Medellín: Universidad de Antioquia.

- Hernández, Mario (2000). La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia 1910-1946. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, 27, 7-26.
- Huertas, Rafael (2012). *Historia cultural de la psiquiatría. (Re) pensar la locura*. Madrid: Catarata.
- Jaramillo, Ramón (s.f.). *Memorias sobre el desarrollo de la enseñanza de la psiquiatría en Cali, dedicado a Carlos León MD*. Cali: Departamento de Psiquiatría/Universidad del Valle.
- Lantéri-Laura, Georges (2000). *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Madrid: Triacastela.
- León, Carlos (1970). El Diablo y el almanaque. *Revista Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 16, 105-116.
- López, Francisco; Álamo, Cecilio; Cuenca, Eduardo (2002). Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina: medio siglo de psicofarmacología. *Revista Frenia*, 2(1), 77-107.
- López, Laura (2009). Instituciones e Isomorfismo, implicaciones en la incertidumbre organizacional. *Revista mundo económico y empresarial*, 7, 1-7. Recuperado de <http://revistas.ut.edu.co/index.php/rmee/issue/view/79/showToc>
- March, James; Olsen, Johan (1984). The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life. *The American Political Science Review*, 78(3), 734-749.
- March, James; Olsen, Johan (1997). *El redescubrimiento de las instituciones: la base organizativa de la política*. México: Universidad Autónoma de Sinaloa/FCE.
- Montes, Mateo (2016). *La participación de la Universidad del Valle en la constitución del Asilo San Isidro como Hospital Psiquiátrico, 1955-1970* (Monografía). Universidad del Valle, Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, Programa de Sociología, Cali.
- Muñoz, Roxana (2014). Un enfoque integrador del cambio institucional en los hospitales públicos. En *Departamento de Producción y Desarrollo (E) Instituciones y Desarrollo* (pp. 405-429). México: UAM-X/CSH.
- North, Douglass (1990). *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Orejuela, Diana (2014). *La locura en Cali: de una mirada asistencial a una mirada clínica, el caso del Asilo San Isidro 1940-1970* (Monografía). Universidad del Valle, Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, Departamento de Historia, Cali.
- Organización Mundial de la Salud (septiembre, 1950). *Comité de Expertos en Higiene Mental*. Informe de la Segunda Sesión, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (agosto-septiembre, 1953). *Comité de Expertos en Higiene Mental*. Informe de la Primera Reunión, Ginebra.

- Organización Mundial de la Salud (1962). *L'OMS et la Santé Mentale, 1949-1961*. Ginebra: OMS.
- Orozco, Guillermo (1984). *De la Facultad de Medicina y su Universidad*. Cali: Universidad del Valle.
- Peralta, María (2017). *Élite cívica y filantrópica: La Junta pro-construcción hospital psiquiátrico San Isidro, Cali, 1950-1961* (Tesis de maestría). Universidad del Valle, Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, Maestría en Sociología, Cali
- Porter, Roy (2008). *Breve historia de la locura*. México: FCE.
- Powell, Walter; DiMaggio, Paul (eds.) (1999). *El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional*. México: FCE.
- Quevedo, Emilio; Borda, Catalina; Eslava, Juan; García, Claudia; Guzmán, María; Mejía, Paola; Noguera, Carlos (2004). *Café y gusanos: mosquitos y petróleo. El tránsito de la higiene hacia la salud pública en Colombia, 1873-1953*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia/Instituto de Salud Pública/Centro de Historia de la Medicina Andrés Soriano Lleras.
- Ríos Molina, Andrés; Sacristán, Cristina; Ordorika Sacristán, Teresa; López Carrillo, Ximena (2016). Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una propuesta desde la historia cuantitativa (México, 1910-1968). *Asclepio*, 68(1), 136. <http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2016.15>
- Rodríguez Ledesma, Diana Lorena (2013). *Los locos de Bogotá: Del tratamiento y las representaciones de la locura en Bogotá, 1850-1930* (Monografía). Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Sociales, Programa de Historia, Bogotá.
- Rosselli, Humberto (1968). *Historia de la Psiquiatría en Colombia*. Bogotá: Horizontes.
- Rosselli, Humberto (2009) In memoriam: Terapias psiquiátricas en Colombia antes de la era psicofarmacológica. *Psimonart*, 2(1), 111-121. Recuperado de [http://www.clinicamontserrat.com.co/web/documents/Psimonart/volumen2-1/10\\_Psimonart\\_03\\_in\\_memoriam.pdf](http://www.clinicamontserrat.com.co/web/documents/Psimonart/volumen2-1/10_Psimonart_03_in_memoriam.pdf)
- Sacristán, Cristina (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Revista Cuicuilco*, 45, 163-189.
- Sánchez, José (2017). Diagnóstico y medicación: la práctica médica en el Hospital Psiquiátrico del Valle entre 1956-1970. *Universitas Humanística*, 83, 331-359. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.uh83.dmpm>
- Scull, Andrew (2013). *La locura: Una breve introducción*. Madrid: Alianza Editorial.
- Simpson Beltrán, Valentina (2015). *Psiquiatría, moralidad y locura, la construcción del hospital psiquiátrico de Sibaté y discurso psiquiátrico 1916-1966*. (Monografía). Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Sociales, Programa de Historia, Bogotá.

Toledo, Mauricio; Almada, Ramiro; Villalba, Luis (2018). Paradigmas psiquiátricos y psicofarmacología. ¿Relevancia del órgano-dinamismo de Henry Ey? *Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(2), 258-281. <http://dx.doi.org/10.26864/PCS.v8.n2.12>

Vásquez, Edgar (2001). Historia de Cali en el siglo XX: sociedad, economía, cultura y espacio. Cali: Artes Gráficas del Valle.

Yepes, Cristian (2017). Aportes teórico-conceptuales acerca del cambio organizacional de la industria cafetera colombiana. *Suma de Negocios*, 8, 19-30.

**ANEXO 1 | Historias clínicas**

**Historia clínica 1956**

*Hospital Psiquiátrico "San Isidro"*  
-Cali-

FECHA \_\_\_\_\_ ENCUESTA SOCIAL No. \_\_\_\_\_  
HISTORIA CLÍNICA No. \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_ ESTADO CIVIL: \_\_ PROFESIÓN u OFICIO: \_\_\_\_\_

MÉDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_ SALA No. \_\_\_\_\_

DOMICILIO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

ENTIDADES O PERSONAS DE QUIEN DEPENDE: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE PARIENTES O AMIGOS: \_\_\_\_\_

INFORMANTES: \_\_\_\_\_

FECHA DE SALIDA: \_\_\_\_\_  
CAUSA: \_\_\_\_\_

---

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

**Historia clínica 1959**

UNIVERSIDAD DEL VALLE-FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "SAN ISIDRO"

FECHA \_\_\_\_\_ HISTORIA CLÍNICA No. \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_ SEXO: \_\_ ESTADO CIVIL: \_\_ OCUPACIÓN: \_\_

RELIGIÓN: \_\_ RAZA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL CÓNYUGE: \_\_\_\_\_  
NOMBRE Y DIRECCIÓN DE PARIENTES: \_\_\_\_\_  
INFORMANTES: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
PROCEDENCIA: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
MODO DE ADMISIÓN (TRAÍDO POR LA FAMILIA, POLICÍA, ETC): \_\_\_\_\_

MÉDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_ SALA No. \_\_\_\_\_  
ADMISIONES PREVIAS: (RECORD.) \_\_\_\_\_  
TRATAMIENTOS ANTERIORES: (POR CONSULTA EXTERNA U HOSPITALIZACIÓN) \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PROVISIONAL: \_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: \_\_\_\_\_  
TRATAMIENTO INDICADO: \_\_\_\_\_  
ENF. INTERCURRENTES: \_\_\_\_\_  
TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

FECHA DE SALIDA: \_\_\_\_\_

### Historia clínica 1960

UNIVERSIDAD DEL VALLE – FACULTAD DE MEDICINA DEPARTAMENTO DE SIQUIATRÍA HOSPITAL SIQUIÁTRICO "SAN ISIDRO"					
DATOS DE IDENTIFICACIÓN					
No. Historia	Nombres y apellidos			Sexo	Edad
Estado civil	Raza	Religión	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Ocupación
Dirección		Nombre del padre		Nombre de la madre	
Nombre del cónyuge		C. Externa	Hospitalización	Clasificación económica-social	
DATOS ADMISIÓN					
Repetida	Fecha	Procedencia	Zona	Clase de admisión	
ADMISIONES PREVIAS N° ( )					
Institución	Tratamiento	Fecha de ingreso		Fecha de salida	
ENFERMEDAD SIQUIÁTRICA					
Fecha	Diagnóstico			Códigos	
ENFERMEDAD INTERCORRENTE					
Tratamiento recibido Droga ( ) TEC ( ) Psico ( ) Otros ( )					
DATOS DE SALIDA					
Fecha	Estado		Causa	Días permanencia	

### Historia clínica 1967

UNIVERSIDAD DEL VALLE – FACULTAD DE MEDICINA DEPARTAMENTO DE SIQUIATRÍA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "SAN ISIDRO"															
FICHA DE REGISTRO															
No. DE HISTORIA		NOMBRES:		SEXO		E D A D		ESTADO CIVIL			RAZA				
		APELLIDOS:		H M		1 2		SOLTERO CASADO VIUDO SEPARADO UNIÓN MENOR			SIN DATO BLANCA NEGRA MESTIZA INDIA OTRAS				
RELIGIÓN		FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO		OCUPACIÓN			DIRECCIÓN						
SINDATO CÓDIGO PROTESTANTE JUDO OTROS		DIA MES AÑO		CALI VALLE		NINGUNA									
0 1 2 3 4 5				00 17											
NOMBRE DEL PADRE		NOMBRE DE LA MADRE		NOMBRE DEL CONYUGE		ATENCIÓN			EST. SOC. ECON.						
						C. EXT. HOSPIT.			A B C PE D S.5						
						1 2			1 2 3 4 5 6						
CLASE DE PACIENTE		FECHA DE INGRESO		PROCEDENCIA		CLASE DE ADMISIÓN					5				
NUEVO CONTROL		D IA MES AÑO		CALI VALLE		VOLUNTARIA			REMITIDO OTRO HOSPITAL – CLÍNICA – MÉDICO			5			
1 2				00 17		FAMILIARES – AMIGOS			OTRAS FORMAS DE ADMISIÓN			6			
						POLICIA – EXTRAÑOS									
						ORDEN JUDICIAL									
INSTITUCIÓN		No.		TRATAMIENTOS PREVIOS		No. DE ADMISIONES					1 0				
H. PSIQUIÁTRICO "SAN ISIDRO"		1		PSICOTERAPIA		1									
OTROS EN EL VALLE		2		T.E.C		2									
OTROS FUERA DEL VALLE		3		DROGAS		3									
OTROS		4		OTROS		4									
ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA – Dx									1	CÓDIGO					
Trastorno de la personalidad – Personalidad antisocial										Calderón					
ENFERMEDAD INTERCORRENTE - Dx									2	CÓDIGO					
PSICOTERAPIA		T.E.C		OTROS TRATAMIENTOS											
INTERPRETAC DE SOPORTE HIPNOSIS MARCOANALIS. DE GRUPO SIN DATO 0-5 E-30 11-30 21-50 51-100 101 Y MAS SIN DATOS SUFRO PROLONGADO DROGA PSIQUIATRICA DROGA NO PSIQUIATRICA TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA OTROS TRATAMIENTOS OTROS DROGAS NO ESPECIFICADAS		1 2 3 4 5 6 7		1 2 3 4 5 6											

Fuente: elaboración propia con base en las historias clínicas transcritas