



Artículo original

Caracterización sociodemográfica, psicopatológica y terapéutica en la primera década de servicio (1958-1968) del Hospital Psiquiátrico San Isidro del Valle del Cauca



Jairo Gutiérrez Avendaño

Grupo Estudios de Fenómenos Psicosociales, Fundación Universitaria Luis Amigó, Medellín, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de febrero de 2015

Aceptado el 17 de junio de 2015

On-line el 15 de agosto de 2015

Palabras clave:

Hospital Psiquiátrico San Isidro del Valle del Cauca

Psiquiatría dinámica

Esquizofrenia

Historia de la psicopatología

R E S U M E N

Objetivo: Analizar las características sociodemográficas, la psicopatología y la terapéutica en la primera década de servicio (1958-1968) del Hospital Psiquiátrico San Isidro del Valle del Cauca.

Métodos: Inscrito en la «perspectiva interna» de «historia de la psiquiatría», estudio descriptivo retrospectivo de la serie de 152 historias clínicas del periodo estudiado mediante análisis estadístico y cruzado con fuentes historiográficas.

Resultados: Se analizaron las variables sociodemográficas y se observó que, si bien la población de pacientes aumentó, la hospitalización se redujo debido a la implementación del Hospital de Día y al servicio de consulta externa; la mayoría de los pacientes eran adultos jóvenes, mujeres ocupadas en oficios domésticos y varios, de ingresos medios-bajos, remitidos principalmente por sus familiares, con tiempo de permanencia corto, alta frecuencia de reingresos, con mejoría como principal motivo del alta y predominio del diagnóstico y los síntomas de esquizofrenia y el tratamiento con antipsicóticos neurolepticos.

Conclusiones: La correlación del poco tiempo de hospitalización, la mayor cantidad de consulta externa, el mayor número de reingresos y la mejoría como principal motivo del alta coinciden con los resultados del Estudio Piloto Internacional sobre Esquizofrenia de 1968, que contó con una muestra de 100 pacientes del Hospital Psiquiátrico San Isidro del Valle del Cauca, en el cual se concluyó que este trastorno no ocasionaba un deterioro progresivo en los pacientes y que, por el contrario, un porcentaje significativo presentaba recuperación.

© 2015 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Correo electrónico: Jairo.gutierrezav@amigo.edu.co

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.06.003>

0034-7450/© 2015 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

A B S T R A C T

Keywords:

Hospital Psiquiátrico San Isidro del Valle del Cauca

Dynamic psychiatry

Schizophrenia

History of psychopathology

Objective: To analyse sociodemographic characteristics, descriptive psychopathology and therapy in the first decade of service of the Hospital Psiquiátrico San Isidro del Valle del Cauca, 1958-1968.

Methodology: Retrospective descriptive study of a series of case histories of the studied period, and by qualitative analysis and conceptual networks.

Results: Sociodemographic variables were analysed, and it was observed that, although the patient population increased, hospitalisation was reduced due to the implementation of a "Day Hospital" and outpatient services. The majority of patients were young adults, women engaged in housework, and several lower-middle income patients, primarily referred by their families. Hospital stay was short, with a high frequency of readmissions. The main reason for discharge was improvement, and the predominant diagnosis and symptomatology was schizophrenia, with the treatment being antipsychotic neuroleptics.

Conclusions: The correlation of the short time of hospitalisation, more outpatient clinics, the large number of readmissions, and improvement as the reason for discharge, is consistent with the results of the International Pilot Study of Schizophrenia 1968, which included a sample of 100 patients from Hospital psychiatric San Isidro del Valle del Cauca, in which it was concluded that the disorder did not cause a progressive deterioration in patients and that, on the contrary, showed a significant percentage recovery.

© 2015 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El presente es un estudio histórico de las características socio-demográficas, la psicopatología y la terapéutica en la primera década (1958-1968) de servicio del Hospital Psiquiátrico San Isidro del Valle del Cauca.

La historia terapéutica de la psiquiatría en Colombia comprende tres periodos¹: el primero se conoce como «era del alienismo» o «etapa de tratamientos» (1870-1926), cuando se fundaron los primeros asilos psiquiátricos; se caracterizó por el aislamiento y la contención (jaulas, grillos, esposas, sacos de fuerza), la aplicación del absceso de fijación para las psicosis agitadas, provocado por la inyección subcutánea de una mezcla de trementina y éter en la región glútea que provocaba un absceso aséptico con gran inflamación, altas temperaturas y la inmovilización forzada del paciente por el dolor y el estado febril; se usó arsénico, bismuto y mercurio; asimismo, hipnóticos y sedantes, y se practicaba la malarioterapia y la piretoterapia o «fiebre eléctrica» para la parálisis general ocasionada por la sífilis.

El siguiente periodo es la «época de la convulsoterapia» (1938-1949); se introdujo la terapia con cardiazol intravenosa en 1938 y los electrochoques en 1944; predominaba el uso de los tratamientos del periodo anterior y no había suficiente personal científico y auxiliar.

Posteriormente, entre 1950 y 1955, se introdujeron nuevos métodos, como insulino-terapia, narcosis prolongada, psicocirugía, inmunoterapia, laborterapia y psicoterapia. Igualmente, técnicas modernas de diagnóstico: electroencefalograma, radiología, narcoanálisis y psicodiagnóstico de Rorschach.

Si bien la era del alienismo se terminó en Europa en la segunda mitad del siglo XIX, en Colombia esta fue tardía hasta las primeras décadas del siglo XX, época en que

continuó la concepción de la locura como una afección heredo-degenerativa, que se curaba con tratamiento moral, rutinas de ejercicio físico, laborterapia y otras actividades libres.

En la Casona de San Isidro, desde su apertura en 1944, la situación de los internos era rudimentaria, sin una adecuada intervención terapéutica, «correspondían con bastante exactitud a las de la época anterior a Pinel, hacia mediados del siglo XVIII en Francia²». Como son conocidos los testimonios de sus primeros directores, el Dr. Carlos A. León Salto, Jefe del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle, en 1955 aseveró que «el asilo no era sino un repositorio de desechos humanos provenientes del rechazo o desamparo social». El primer acto del Dr. León, como el de Pinel en Francia, fue llevar a un herrero para cortar los grilletes y las cadenas a los internos que estaban atados³. La Junta directiva del Asilo el mismo año manifestó que, por falta de elementos técnicos y adecuados, «era necesario mantener enfermos en calabozos, hacinados vergonzosamente por falta de drogas, de enfermeros y enfermeras y sin tratamiento. Habría que volver a las épocas medievales, a la infame *Bedlam*, para encontrar escenas similares a las que se presencian a diario en San Isidro⁴. Esta alusión al *Bethlem Royal Hospital* («*Bedlam*») que funcionó en Londres en el siglo XIV, por antonomasia fue apropiada para significar caos, locura, alboroto, etc., por ser considerado uno de los mayores espectáculos que abría sus puertas para entretenimiento de los que pagaban por ver las «excentricidades» de los internos, incluso por molestarlos para gozar con sus reacciones.

La Casona de San Isidro no se libró del exhibicionismo que, según el Dr. Rómulo Mejía, primer director para 1959, «ni siquiera ha faltado aquella [época] en que los enfermos eran mostrados a trueque de unos pequeños honorarios destinados al sostenimiento de los mismos⁵. Es así como

se deja atrás la alusión a dicha era tardía del alienismo, que hace parte del imaginario social y de la memoria histórica, el cual marcó el tránsito del régimen de la Casona del Asilo de Locos (1940) hacia la psiquiatría moderna de la primera década del moderno Hospital Psiquiátrico San Isidro, puesto en funcionamiento en 1961, veinte años después de ordenada su construcción, tiempo que permaneció el modelo asistencialista, de control socioeconómico y político sobre la población de enfermos mentales del Valle del Cauca.

Material y métodos

La presente es una investigación inscrita en la «perspectiva interna» de la historia de la psiquiatría, la cual más allá de acudir a los métodos historiográficos básicos (heurística, crítica y hermenéutica)⁶, realizó un estudio descriptivo retrospectivo de la serie de 152 historias clínicas correspondientes a pacientes de los primeros diez años del Hospital Psiquiátrico San Isidro del Valle del Cauca, entre 1958 y 1968, las cuales se ubican en el Archivo de Estadística del actual Hospital. Se creó una base de datos en Excel para el análisis cuantitativo de las variables: ingresos por año, sexo, tipo de ingreso, lugar de procedencia, edad, estado civil, ocupación, situación económica, responsable de la remisión, tiempo de permanencia, cantidad de ingresos y reintegros, motivos de salida, diagnósticos y síntomas recurrentes, tratamientos. No se realizó investigación directa con personas, por lo cual no se requirió consentimiento informado, y se reservó la identidad de los pacientes consignada en las historias clínicas, tratadas como archivo de patrimonio documental.

Resultados

Situación sociodemográfica

La población de enfermos mentales de la antigua Casona del Asilo de Locos San Isidro era fluctuante debido a que las condiciones precarias del establecimiento, incluido el hacinamiento, obligaron al traslado de centenares de «dementes» y «atacados de perturbación mental» a los asilos de Bogotá, según consta en las remisiones recibidas por la Beneficencia de Cundinamarca⁷ y como lo confirma un informe presentado por las Hermanitas de la Caridad, en el que reportaron 246 pacientes enviados a dicho departamento en 1937⁸.

Desde 1907 aparece registro de 4 pacientes del Valle del Cauca en los libros de entradas y salidas del Asilo de Indigentes y Locos de San Diego, así como 5 pacientes en el Asilo de Locos de Bogotá, desde 1918⁹. La Beneficencia estableció convenios con trece departamentos para la atención de enfermos mentales: Antioquia, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Caldas, Cauca, Huila, Magdalena, Nariño, Risaralda, Santander, Tolima y Valle del Cauca. Asimismo, eran trasladados al Hospital Mental San Rafael de Pasto (hombres), desde 1932, y al Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro (mujeres) en la misma ciudad, desde 1949. Las remisiones a dichas regiones generaron contratiempos, no solo a los pacientes y a sus familias,

sino también a las instituciones, debido a que dificultó el acompañamiento y sostenimiento por parte de sus acudientes, así como retrasó el retorno de los que vivían en lugares remotos.

Enfermos de todas partes del país viajaron extensos trayectos atestados en buses, trenes, embarcaciones y otros medios sin ninguna atención, solo la vigilancia de guardianes que los condujeron hasta las puertas de los asilos, muchas veces sujetos de cuerdas, cadenas o esposas, situación que constituyó una suerte de «naufragio de los locos» en Colombia, el cual se propone mostrar en una cartografía dentro de un estudio posterior.

El Servicio Seccional de Salud Pública del Valle del Cauca, en 1940, informó que el Asilo contaba con capacidad para 90 pacientes, pero para la época era necesaria la hospitalización de casi 500 enfermos en el Valle del Cauca⁸. Entre 1940 y 1950, la población aumentó de 20 a 90 pacientes por año; así, pasó de tener 468 a 632 en diez años.

Todavía, quince años más tarde, en 1955, el Asilo de San Isidro reportó 200 enfermos en una penosa situación, cerca del doble de la población que podía atender¹⁰. Una vez construido el nuevo Hospital Psiquiátrico en 1961, tenía capacidad para 900 personas, puesto que la población en el Valle del Cauca seguía requiriendo la hospitalización de 400-500 enfermos mentales, como dos décadas antes.

Para el periodo estudiado de los primeros diez años del nuevo Hospital, en el archivo de historias clínicas se encontró una serie de 152 casos entre 1958 y 1968 (82 mujeres y 70 hombres); aunque el establecimiento empezó a funcionar en 1961, de este primer año se registraron 13 pacientes y en adelante se incrementó de 3 a 8 pacientes por año. Esta poca cantidad pudo deberse a dichos traslados y a la implementación del modelo de «Hospital de día» o «sin camas» basado en la atención ambulatoria, que reducía el impacto social y económico de la hospitalización. Debido a este nuevo servicio de consulta externa, según se reportó en 1967, San Isidro fue el hospital psiquiátrico que más pacientes atendió en Colombia, con un total 2.029 pacientes, seguido por el Hospital Mental de Antioquia, que tuvo 866, situación demográfica que se verá relacionada con el tipo de ingreso, la permanencia y el motivo de salida¹¹.

Edades de ingreso

La mayoría de los pacientes del periodo estudiado eran adultos jóvenes. Se destaca la presencia de 16 niños, hasta los 14 años, ingresados con el término de «menores», pero no figura en los registros que hayan sido hospitalizados, fueron atendidos por consulta externa y control. A diferencia de la época anterior, cuando la Casona era una correccional y, según lo denunciaba la prensa, «se encuentran en el manicomio de esta ciudad, una gran cantidad de niños, menores todos de doce años... lo que no nos parece correcto es que dichos niños estén en contacto con los demás presos, porque será para ellos una escuela de aprendizaje criminal...»¹². Igual ocurría en Cundinamarca¹³ y Antioquia¹⁴ en la misma época, donde eran frecuentes las quejas de los médicos y directores sobre la presencia de niños y niñas internos expuestos al contacto con «dementes» adultos en los manicomios.

Responsables de la remisión

El 70% de los pacientes (106) fueron remitidos por la familia, es el agente que más decidía sobre quién debía ser evaluado para ingresar al hospital. Este hecho coincide, en una época anterior, con los asilos de Bogotá¹⁵ entre 1907 y 1919 y el Manicomio Departamental de Antioquia entre 1921 y 1960¹⁶. Situación que se debía a la carga gravosa que representaba el cuidado y sostenimiento de los enfermos, contrario al imaginario que consideraba la locura como un problema de orden público. En efecto, el segundo actor remitidor era la Policía, en 14 casos (9%) asociados con agresividad y daño en bienes públicos. El tercer agente es el mismo paciente, que solo en el 6% de los casos ingresa por decisión propia; otros casos fueron remitidos por amigos/conocidos (3), la Alcaldía (1) y el asilo anterior (1).

Entre los familiares, la madre es uno de los principales actores que conducían al enfermo (25 [16%]), seguido por el esposo (15 [9%]), la hermana (13 [8%]), el padre (13 [8%]), los hijos (12 [7%]), los tíos (5 [3%]), hermanos (2 [1%]) o una prima (2 [1%]).

Situación socioeconómica

Las ocupaciones permiten observar la posición socioeconómica de los pacientes, en relación con los ingresos y el grado de escolaridad. Se encontró que la ocupación más ejercida era la de oficios domésticos y varios, en su totalidad mujeres (44), seguida por los desempleados o sin oficio conocido (27); un tercer grupo es el de 20 estudiantes, 12 hombres y 8 mujeres, además de 10 obreros hombres y 11 agricultores, en su mayoría hombres y una mujer, entre otros empleos (1 y 2 casos).

En cuanto a los ingresos, se registró que los pacientes oscilaban entre ingresos medios (49 [41%]) y bajos (36 [23%]), seguidos por los de ingresos altos (12 [8%]) y unos pocos pensionados (7), aunque de un gran número no se obtuvieron datos (53 [34%]). Estas cifras indican que la enfermedad mental no estaba asociada con la pobreza como en una época anterior, en la segunda mitad del siglo xix y la primera del xx¹⁷.

Correlación entre cantidad de ingresos, tiempo de permanencia y motivos de salida

Se pudo determinar la cantidad de ingresos de 79 pacientes; de ellos, solo 23 ingresaron una sola vez, y los otros 56 ingresaron en más de una ocasión. Si se contrasta este dato con los motivos de salida, se puede señalar que la tendencia es que la mayoría salían por orden médica debido a cura o mejoría, pero la cantidad de reingresos podría indicar que los pacientes tendían a no recuperarse por completo y recaían en las enfermedades.

En cuanto al tipo de ingreso, de los 152 casos, 52 fueron hospitalizados (34%), 47 estuvieron por consulta externa (40%) y 16, en control (11%), aunque 42 de los registros no especifican el dato (24%). Si se suma la cantidad de pacientes de consulta externa más los de control, se encuentra que estos eran más (63) que los hospitalizados.

De hecho, el servicio de consulta externa empezó a funcionar en 1956. Este contaba con ocho consultorios, donde además se atendía el programa comunitario de salud mental, medicina general y odontología. A este acudían no solo los habitantes del Valle del Cauca, sino también de

departamentos vecinos, puesto que era el único hospital que contaba con este tipo de consulta psiquiátrica en el occidente colombiano; además, se resolvió que ese nuevo servicio generaría ingresos para el sostenimiento de la institución¹⁸.

Si bien en dos tercios de los casos (99) no se pudo determinar el tiempo de permanencia, entre los registros (53) se puede ver un corto tiempo de hospitalización; 17 de ellos estuvieron 1 mes; 12, 15 días, entre otros de 5 y menos días. Quien más permaneció (1) no duró más de 2 años, y solo 2 estuvieron 1 año. Estos datos coinciden, en un periodo anterior (1907-1960), con los de Bogotá y Antioquia, en los que más de la mitad de los pacientes salían en menos de 1 año y lo hacían por mejoría, tendencia que contradice uno de los imaginarios clásicos sobre los manicomios como sitios de aislamiento permanente para locos incurables; aunque, por otro lado, la cantidad de reingresos indica que la mayoría volvía a sufrir de la enfermedad en varios periodos de su vida.

En dos terceras partes de los casos (113) no se pudo determinar al final qué pasó con los pacientes; se tiene información de su ingreso y su evolución, pero —como se ha señalado— en la mayoría no figura cuánto tiempo permaneció y por qué motivo salió. Entre los que sí tienen datos, la causa más recurrente de salida es la mejoría según orden médica (37). Se encuentran unas pocas fugas (3) y por traslado a otro hospital (3), solo un caso por petición familiar.

Diagnósticos, síntomas y tratamientos

El examen psiquiátrico se realizaba según el Manual de definiciones de la Asociación Psiquiátrica Americana, mediante entrevista y según lo ocurrido desde la última visita. En las historias se registraba la siguiente estructura:

- Relato del informante sobre lo que le pasa al paciente.
- Se le indaga sobre las siguientes áreas: integrativa, actividades de grupo, sexual, somática, manipulativa, emergencia (episodios).
- Antecedentes familiares.
- Luego se observa directamente al paciente y aparecen las apreciaciones del psiquiatra.
- Se entrevista al paciente sobre lo que le sucede.
- Se evalúa su ubicación, coherencia y capacidad cognitiva:
 - ¿Dónde está?, ¿por qué razón está ahí?, ¿qué fecha y día es?
 - Operaciones matemáticas sencillas
 - Asociar palabras, por ejemplo: cabeza-cabello, cuarto-salón, silla-sillón, hierba-hierbón.
 - Conocimientos generales: «descubridor de América: Colón», «Bolívar: nos libertó», vegetales, insectos.
 - Similitudes: pájaro-mariposa: vuelan; pan-pastel: son de harina; río arroyo: en el agua
 - Refranes: «Más vale pájaro...», «Dime con quién andas...», «En casa de herrero...»
 - Discriminaciones: anciano-niño, sonrisa-carcajada.
 - Conciencia ética: el billete: «Dramatiza la escena en la cual devuelve el billete».

En los casos en que es posible la reconstrucción, se describen diferentes etapas de la vida (periodo prenatal, natal, infantil, pubertad, adolescente, vida conyugal). En casi todas

Tabla 1 – Diagnósticos recurrentes, 1958-1968

Enfermedades	n (%)
Esquizofrenia indiferenciada crónica	37 (24)
Esquizofrenia indiferenciada aguda	20 (13)
Síndrome cerebral crónico, asociado a trastorno convulsivo tipo gran mal	18 (12)
Diferido o aplazado	17 (11)
Depresión neurótica	14 (9)
Reacción angustiosa	13 (8)
Reacción disociativa	8 (5)
Psicosis involucional	6 (4)
Deficiencia mental	5 (3)
Esquizofrenia hebefrénica	5 (3)
Esquizofrenia catatónica	5 (3)
Esquizofrenia paranoide	5 (3)
Total	152

Fuente: Archivo de Historias Clínicas, HPUV. Cálculos del autor.

las historias en las que se registraron antecedentes, estos fueron normales. Hay entonces un momento en que se pasa de la normalidad a la locura. Solo en algunos casos se puso a dibujar a los pacientes o se les aplicó la prueba proyectiva de personalidad, test de las manchas de tinta de Rorschach.

En la [tabla 1](#) se destacan las enfermedades que se diagnosticaron en más de 5 casos, como son: 72 pacientes con esquizofrenias (46%), cerca de la mitad, junto con la reacción disociativa en 8 casos (5%). De acuerdo con Álvarez y Colina¹⁹, esta se ha clasificado con otros términos como: disgregación, escisión, discordancia, etc. Como se verá, la mayoría de los psicofármacos fueron antipsicóticos para este trastorno, suministrados por primera vez en el Hospital Psiquiátrico San Isidro en 1957. Estos datos se asemejan a una estadística de 1966 reportada por el hospital, en la que más del 63% de los diagnósticos correspondían al grupo de las esquizofrenias, en su mayoría la indiferenciada crónica, seguida de la aguda y la catatónica.

En comparación con el Manicomio Departamental de Antioquia, se encontró un diagnóstico de esquizofrenia en 1938, expedido a una paciente de Río de Janeiro por parte de médicos de Brasil, pero fue más frecuente a partir de la década de los cincuenta, similar a la tendencia del Valle del Cauca. Este referente histórico interesa para mostrar que en el régimen asistencial anterior, en la primera mitad del siglo xx, en lugar del grupo de las esquizofrenias, se diagnosticaba principalmente el de la «locura maniaco-depresiva», introducida por Kraepelin en la sexta edición de su *Tratado de psiquiatría* en 1899. Aunque, a principios del siglo xx, en Colombia permanecía la nosografía de Vesania en los asilos de Bogotá, fue mínima la demencia precoz (ancestro de la esquizofrenia). En el Manicomio Departamental de Antioquia, el primer diagnóstico de psicosis se declaró desde la década de los años veinte y la esquizofrenia desde los años treinta²⁰.

En el Hospital Psiquiátrico San Isidro de Cali, la depresión fue el segundo diagnóstico recurrente, en 40 casos (26%), entre los que se destacan 19 pacientes con reacciones depresivas: angustiosa, psicótica, involucional, conversiva; seguido de depresión neurótica (14) y psicosis maniaco-depresiva (3).

En tercer lugar, sobresale el síndrome cerebral crónico, asociado a trastorno convulsivo tipo gran mal en 18 casos (12%)

que, como se verá, los anticonvulsivos fueron el segundo grupo de psicofármacos más usados. Por último, el siguiente criterio fue el de diferido (17) o aplazado por falta de evidencia (11%).

Síntomas

Según el análisis de las historias clínicas, las principales causas de ingreso fueron atribuidas a sucesos traumáticos, debidos a muerte de familiares (padres o esposos), problemas conyugales, discapacidad física, alcoholismo, trauma posparto, entre otros, que están relacionados con los síntomas descritos en las historias clínicas.

Mediante el análisis de redes conceptuales, de 71 síntomas indicados, la mayoría se comparten en diferentes diagnósticos, aunque en 22 de ellos se encontraron síntomas únicos en cada caso. No obstante, se pudo establecer algunas correlaciones por proximidad y cruce entre ambas variables: el insomnio se presentó en 35 casos (22%), en mayor medida asociado a las reacciones depresivas, seguidas por los tipos de esquizofrenia. El segundo síntoma más frecuente fue la agresividad en 34 casos (21%), el cual aparece relacionado principalmente con las esquizofrenias, más que en los tipos de depresión, al igual que con alcoholismo. En tercer lugar, la logorrea en 25 casos (16%) se presentó más en las esquizofrenias que en la depresión. Un cuarto síntoma fue el delirio (de persecución, místico y de grandeza) en 23 casos (14%), presente en la esquizofrenia más que en las otras enfermedades predominantes. De este, llama la atención que en el Hospital Psiquiátrico de San Isidro no se especifica como enfermedad, sino como síntoma, dentro de los diagnósticos en la década de los cincuenta, a diferencia de la época anterior de la primera mitad del siglo xx, en la que el delirio aparece como enfermedad en los asilos de locos de Bogotá y en el Manicomio de Antioquia.

Un grupo de síntomas que estuvo relacionado entre sí fue el llanto en 20 casos (12%), tristeza y melancolía (7), que corresponden al imaginario social que asocia estas manifestaciones a la depresión. Las alucinaciones, como era de esperarse junto con los delirios, fueron más frecuentes en las esquizofrenias. En cuanto al poco deseo de comer, se manifestó en 16 casos (10%) concurrente en ambos diagnósticos sin una diferencia significativa entre ellos; de igual forma, el nerviosismo en 15 casos (9%), la hipercinesia asociada a la excitación psicomotriz en 13 casos (8%) y la cefalea en 11 casos (7%) fueron síntomas compartidos. Los casos de ataques en 10 pacientes (6%), se atribuyeron principalmente al síndrome cerebral crónico asociado a trastorno convulsivo tipo gran mal, junto con epilepsia y, en menor medida, ataques de esquizofrenia. Hablar incoherencias aparece en 10 casos (6%) asociado con la esquizofrenia indiferenciada aguda y crónica; en efecto, este síntoma se relaciona con la logorrea que predomina en dicho diagnóstico. La angustia es un síntoma compartido en 9 casos, tanto por los tipos de esquizofrenia como por los de depresión. La amnesia ocurrió en 6 casos más en las reacciones depresivas que en los tipos de esquizofrenia. La irritabilidad en 6 casos fue un síntoma predominante en las reacciones depresivas, en menor medida relacionado con el síndrome cerebral crónico y, a su vez, asociado al nerviosismo. Las tendencias suicidas en 6 casos se registraron principalmente en las reacciones depresivas. La tristeza en 6 casos, como era de esperarse, fue un síntoma exclusivo de

la depresión. La afectividad aplanada poco recurrente en 5 casos, asociada con el miedo, fue un síntoma compartido tanto por la esquizofrenia indiferenciada crónica como por la reacción involucional depresiva. El nudismo, en 5 casos, ocurrió en los tipos de esquizofrenia indiferenciada aguda y crónica, y de manera mínima en la reacción psicótica puerperal. Finalmente, la risa inmotivada se presentó en 5 casos asociada tanto a la esquizofrenia indiferenciada aguda como a la reacción disociativa y, a su vez, relacionada con el nudismo.

Tratamientos y antecedentes del Hospital de día

De 152 casos se suministraron medicamentos en 116, y de estos, 93 fueron psicofármacos (80%). La terapia electroconvulsiva fue frecuente, 40 casos (34%), a partir de 1957, la misma época en que empezó a usarse en el Manicomio de Antioquia en 1951. Se intervino con psicoterapia en 10 casos (8%) en los años sesenta. Esta se ejercía en Bogotá, según un certificado médico remitido al Manicomio de Antioquia en 1952, expedido por el Dr. José Gutiérrez —estudiante de Erich Fromm en México— y para la época trabajaba en el Asilo de Locas de Bogotá y en otras instituciones psiquiátricas privadas²⁰. La terapia ocupacional y recreativa se practicó en 9 casos (7%); esta se originó en el anterior régimen asistencial del tratamiento moral que consideraba el trabajo como medio terapéutico (ergo/laborterapia) para la regeneración de ciudadanos productivos a la sociedad y de esta forma recuperar su rol como trabajadores y, por tanto, sujetos normales que tuvieran medios de subsistencia para sí mismos y para ayudar a sus familias. Una de las críticas en los primeros años del Hospital Psiquiátrico San Isidro era que los criterios de selección para esta terapia obedecían más a las capacidades laborales de los pacientes que a fundamentos psicoterapéuticos que les permitieran comprender su personal situación existencial y hacerla inteligible²¹.

En unos pocos se intervino, con sedación y sueño prolongado en 4 casos de esquizofrenia, camisa de fuerza en 2 y lobotomía en 1, efectuados debido a la agresividad de los pacientes. Se destaca una notoria superación de los medios coercitivos y de la psicocirugía, la cual fue más frecuente en programas masivos en Cundinamarca, entre 1942 y 1950, donde se practicaron 53 lobotomías en el Frenocomio de Mujeres, a un 70% de pacientes con esquizofrenia, de a tres y cuatro cirugías cada mes. Se suspendió en 1953 y extremaron los casos en los que podía realizarse, debido a las denuncias internacionales y a las evidencias locales del daño al individuo y a sus familias. Sin embargo, en el Manicomio Departamental de Antioquia se operó a 22 pacientes en dos años, entre 1957 y 1958, una o dos al mes.

Que hubiera un gran número de reingresos, menor tiempo de hospitalización y una mayoría de salidas por mejoría se debe a la tendencia terapéutica que hizo necesaria la implementación del nuevo modelo de «Hospital diurno» o «sin camas», creado en Cali en 1969 y, según lo reseñó el doctor Víctor González, surgió en el primer hospital psiquiátrico de Moscú en 1933, en el que se habilitó una sala para tratar a pacientes que habían sido dados de alta y todavía presentaban alteraciones en su conducta que los hacían de difícil manejo en sus casas. En 1935, se replicó la experiencia en el *Adams House Sanitarium* de Boston, el primer hospital diurno

de Estados Unidos, y en 1938 se estableció en el *Lady Richester Hospital* en Love, Inglaterra. Luego, en 1946 empezó a funcionar en el *Allen Memorial Institut of Psychiatry* de Montreal, Canadá, y en 1947 se estableció en el *Institute of Social Psychiatry* de Inglaterra; posteriormente este tipo de hospitalización se generalizó a Norteamérica y Europa²².

Los tratamientos que incluye desde entonces y vigentes en la actualidad son: psicofármacos, psicoterapia individual, familiar y de grupo, terapia recreacional y de actividad social, psicodrama, terapia de música y baile, terapia ocupacional y de relajación.

Los pacientes que ingresaban a los hospitales de día eran en su mayoría psicóticos y neuróticos, no se podía admitir a los que tuvieran reacciones peligrosas, agresivos, psicópatas y los que hubieran tenido intentos de suicidio. Que fueran mayores de 12 años, pero no en edad geriátrica; que tuvieran un lugar donde vivir en comunidad; que pudieran desplazarse hasta el hospital y retornar a sus casas y, por tanto, que la familia comprendiera y ayudara en el tratamiento.

Psicofármacos

Los psicofármacos más usados en la serie de historias clínicas se agruparon en: antipsicóticos neurolépticos, 89 casos (77%); anticonvulsivos, 13 (11%) y antidepresivos, 5 (4%). Del primer grupo se encuentran 14, de los que se destacan la prometazina (Fenergán) en 18 casos, antihistamínico usado para tratar insomnio, náuseas, temblor involuntario y también para remediar alergias cutáneas. En efecto, como se indicó, el insomnio es uno de los síntomas más recurrentes en los diagnósticos.

A este sigue la clorpromazina (Largactil) en 16 casos a partir de 1957; desarrollada en los años cincuenta en Estados Unidos, constituye el inicio de la farmacología psiquiátrica para el tratamiento de la psicosis y la esquizofrenia. Este dato del Hospital Psiquiátrico San Isidro es similar al del Manicomio Departamental de Antioquia, donde se usó por primera vez en 1954²⁰.

Se suministró trifluoperazina (Stelazine) en 13 casos, trifluopromazina (Siquil) en 11, prorcormazina (Stemetil) en 11, levomepromazina (Sinogán) en 8, flufenacina (Anatensol, Prolixin) en 3 y reserpina (Serpasil) en 2; entre otros individuales como perfemazina (Trilafón), tioperazina (Mayeptil), periciazina (Neuleptil), acepromazina maleato (Plegicil). Algunos de ellos han sido retirados por producir discinesia tardía (trastorno que causa movimientos involuntarios), reportada desde 1957, y síndrome neuroléptico maligno en los años ochenta²³. El término neuroléptico significa atadura (*leptos*) de los nervios, o «camisa de fuerza química», y no en vano en el Hospital de San Isidro, en una de sus cátedras de Psiquiatría, el profesor decía que «cuando apareció el Mayeptil desapareció la camisa de fuerza». También se la llamó «lobotomía química», que ofrecía una «solución limpia» frente al daño de la psicocirugía y el hacinamiento de los hospitales psiquiátricos, en tanto se daría salida a un mayor número de pacientes estabilizados. Pero este nombre también cobró un sentido negativo por el daño iatrogénico que causaba en el cerebro.

Un segundo grupo es el de los anticonvulsivos, 13 casos (11%), entre los que se encuentran el fenobarbital (Gardenal) en 9 casos, psicotrópico usado también como sedante e

hipnótico, reemplazado por las benzodicepinas desde 1955, seguido por fenitoína (Epamin) en 3 casos y pirimidona (Mysoline) en 1 caso. Estos se relacionan con el síndrome cerebral crónico asociado a trastorno convulsivo tipo gran mal, que fue el tercer diagnóstico predominante.

Fueron pocos los antidepresivos y ansiolíticos suministrados, solo 5 casos (4%): amitriptilina (Mutabón) a 2 pacientes y de forma individual nialamida (Niamid), compuesto de dextroanfetamina y amobarbital (Dexamil), dimetil imipramina (Pertofrane) e imipramina (Toframil). Si bien las reacciones depresivas fueron el segundo diagnóstico más recurrente, el uso de psicofármacos fue bajo para esta psicopatología, dato que indica el uso de otros tratamientos frecuentes como los ya referidos de la terapia electroconvulsiva y la integración de la psicoterapia y la terapia ocupacional y recreativa.

Discusión

El régimen asistencialista que pervivía en los asilos psiquiátricos de Colombia en la primera mitad del siglo xx fue una constante preocupación en estamentos políticos y médicos de la época, que denunciaron las condiciones inhumanas en que se encontraban los internos en estos establecimientos, crítica que se consignó en el «Manual general de organización», modelo normativo para hospital psiquiátrico de 1976, según el cual «las instituciones psiquiátricas que continúan con el modelo médico tradicional de asistencia ocasionan más deterioro de tipo social a las personas que utilizan sus servicios en lugar de lograr su recuperación, para vivir consigo mismos y con sus familiares». Este cambio de atención fue más visible hacia los años cincuenta, cuando la crisis de los asilos exigió la proyección y construcción de modernos hospitales mentales en Colombia.

El presente estudio permite mostrar que el deterioro causado por el internamiento se fue disminuyendo, puesto que, al correlacionar el tiempo de permanencia y los motivos de salida, la gran mayoría de los pacientes salían en menos de 1 año y se les daba de alta por mejoría, aunque por la cantidad de reingresos sea probable que fueran estabilizados con psicofármacos, tratamiento que predominó en el periodo estudiado, de tal modo que fueran entregados al cuidado de sus familias, por un lado para reducir el hacinamiento y optimizar los precarios recursos y, por otro, para mantener el vínculo de los pacientes con sus comunidades.

De hecho, esta fue una de las críticas que recibió el Hospital en sus primeros veinte años porque, según las estadísticas de 1982, más del 70% de las consultas atendidas eran de pacientes que volvían a la institución después de haber recibido tratamiento con anterioridad. Sin embargo, con los presentes hallazgos, se considera que es un error atribuir esta tendencia a una falla en el servicio, en tanto se suponía que los pacientes no se recuperaban por completo²⁴. Por el contrario, se explica esta cantidad de reingresos por la terapéutica basada en la consulta externa que dio origen al Hospital de Día, modelo de atención que, según Bieber (1959) —citado por el doctor González en un estudio con pacientes crónicos—, se obtuvo un beneficio considerable en el tratamiento de los esquizofrénicos, especialmente para evitar recaídas y, de suceder, que fueran de menor duración²⁵. Asimismo, un estudio de Herz

(1971) mostró que las condiciones de mayor mejoría fueron la reducción de la agitación, excitación, agresividad y afecto inapropiado; disminución de la grandiosidad, suspicacia y las ideas persecutorias, su conducta se vuelve más estable. Se destaca que constituyó una forma de evitar las reacciones agresivas asociadas con una «total institucionalización». Además, los pacientes tenían más oportunidad de mantener saludables áreas de funcionamiento, como la preservación de los roles sociales e instrumentales, que evitaban el estrés por la separación de sus familias²⁶.

La esquizofrenia fue el principal trastorno diagnosticado en los primeros diez años del Hospital y constituyó un movimiento de bisagra entre la tradición de las enfermedades mentales (diacronía de las entidades clínico-evolutivas, internación prolongada, tratamiento somático) y las grandes estructuras psicopatológicas (sincronía de las neurosis y las psicosis, preeminencia de la subjetividad, influjo del psicoanálisis, la fenomenología y la psicoterapia)²⁷.

El Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle, encabezado por el Dr. León, se vinculó al Estudio Piloto Internacional sobre Esquizofrenia²⁸, iniciado por la OMS en 1968, el cual replicó la metodología de Manfred Bleuler²⁹ (hijo del precursor del término esquizofrenia), que consistió en el seguimiento, la evolución y el pronóstico a largo plazo de cohortes de pacientes en un periodo de 22 años en Zúrich, el cual encontró un 53% de resultados favorables y un deterioro social mucho menor que el atribuido habitualmente por la psiquiatría clásica sin suficiente base empírica que lo demostrara. En el caso colombiano, se llevó a cabo por periodos de observación de 2, 5, 10 y hasta 26 años de un centenar de casos de dicho trastorno en el Hospital Psiquiátrico San Isidro. El presente trabajo coincide con lo hallado en ese estudio, el cual reportó poco tiempo de hospitalización, mayoría de salidas por mejoría, escasa duración de los episodios de psicosis y uso esporádico del tratamiento, resultados que mostraban estados de recuperación en el 48% de los pacientes y un deterioro poco significativo.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

Resultados parciales del proyecto de tesis doctoral en Ciencias Humanas y Sociales cursado en la Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín, y adscrito a la Convocatoria para la

financiación de productos de investigación de la Fundación Universitaria Luis Amigó 2015.

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Dr. Carlos Alberto Miranda Bastidas, Subgerente Científico del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, por su autorización para realizar la presente investigación en octubre de 2014. A los profesionales del área de Estadística y Archivo de Historias clínicas por su amable disposición para la consulta de la información. A Henry Gómez Flórez por su apoyo en el análisis estadístico.

BIBLIOGRAFÍA

- Roselli H. *Historia de la Psiquiatría en Colombia*. Bogotá: Editorial Horizonte; 1968. p. 111-21.
- Campo G. Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle: 50 años de historia. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2005;24:483-4.
- Perdomo R. Premio Vida y Obra al servicio de la Psiquiatría otorgado a Carlos A. León *Rev Colomb Psiquiatr*. 1996;25:299.
- Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. Informe del Presidente de la Junta Directiva del Asilo San Isidro, 1955, dirigido al Director Departamental de Higiene, Fortunato Aljure. (octubre 25 de 1955). Archivo Histórico HPUV.
- Mejía R. *La asistencia psiquiátrica en el Valle del Cauca, VI Congreso Médico Nacional*. Bogotá. 1959.
- Huertas R. Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos. *Frenia*. 2001;1:7-37.
- Libros de entradas, convenios con departamentos. Bogotá: Beneficencia de Cundinamarca. Archivo central [consulta Ene 2013].
- Orejuela DM. La locura en Cali: de una mirada asistencial a una mirada clínica, el caso del Asilo San Isidro 1940-1970 [Trabajo de grado Licenciatura en Historia]. Cali: Facultad de Humanidades, Universidad del Valle; 2014. p. 58.
- Libros de entradas, convenios con departamentos. Bogotá: Beneficencia de Cundinamarca, Archivo central [consulta Ene 2013].
- Hospital Psiquiátrico San Isidro. Informe del Presidente de la Junta Directiva del Asilo San Isidro, 1955, dirigido al Director Departamental de Higiene, Fortunato Aljure (octubre 25 de 1955).
- Orejuela DM. La locura en Cali: de una mirada asistencial a una mirada clínica, el caso del Asilo San Isidro 1940-1970 [Trabajo de grado Licenciatura en Historia]. Cali: Facultad de Humanidades, Universidad del Valle; 2014. p. 107.
- El Relator, Niños castigados, septiembre 12 de 1923. En: Castrillón, M. *Sociedad y Economía*. 2014;(26):41-64.
- Brigard L. Informe del Síndico de los Asilos de Indigentes y Mendigos ante la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca. Bogotá: Casa Editorial de La Cruzada, 1924, p. 23.
- Uribe L. Manicomio Departamental, Informe del Director Secretaría de Higiene y Asuntos Sociales, Capítulo VIII, 1940, pp. 104-112. Archivo Histórico de Antioquia.
- Libros de entradas y salidas, convenios con departamentos. Bogotá: Archivo Central de la Beneficencia de Cundinamarca [consulta Ene 2013].
- Certificados médicos del Manicomio Departamental de Antioquia, 1921-1960. Medellín: Laboratorio de Fuentes Históricas, Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín, Archivo Judicial de Medellín.
- Gutiérrez J, Márquez J. *Pobreza y locura como enfermedades sociales en la mentalidad civilizatoria moderna, Cundinamarca y Antioquia, 1900-1960*. *Rev Fac Nal Salud Pub UdeA*. 2014:2014.
- Orejuela DM. La locura en Cali: de una mirada asistencial a una mirada clínica, el caso del Asilo San Isidro 1940-1970 [Trabajo de grado Licenciatura en Historia]. Cali: Facultad de Humanidades, Universidad del Valle; 2014. p. 106.
- Álvarez JM, Colina F. Origen histórico de la esquizofrenia e historia de la subjetividad. *Frenia*. 2011;11:7-26.
- Certificados médicos del Manicomio Departamental de Antioquia, 1921-1960. Medellín: Laboratorio de Fuentes Históricas, Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín, Archivo Judicial de Medellín.
- Arbeláez J, Pérez E. *Análisis de la forma de intervención utilizada en el Hospital Psiquiátrico San Isidro de Cali para el tratamiento de la Locura*. Cali: Universidad del Valle; 1983. p. 108 [Trabajo de grado en Psicología].
- González V. Hospital Diurno Revisión presentada ante la Junta Directiva del Hospital Psiquiátrico de San Isidro, S.F. Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.
- López-Muñoz F, Alamo C. *Historia de la psicofarmacología*. Tomo II. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2006. p. 589.
- Arbeláez J, Pérez E. *Análisis de la forma de intervención utilizada en el Hospital Psiquiátrico San Isidro de Cali para el tratamiento de la Locura*. Cali: Universidad del Valle; 1983. p. 100 [Trabajo de grado en Psicología].
- Bierer J. *Theory and practice of psychiatric day hospitals*. *Lancet*. 1959;2:901.
- Herz MI, Endicott J, Spitzer RL, Mesnikoff A. *Am J Psychiatry*. 1971;127:1371-82.
- Lantéri-Laura G. *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología-Editorial Triacastela; 2000. p. 171.
- León C, León A. *Curso clínico y evolución de la esquizofrenia en Cali Un estudio de seguimiento de 26 años*. *Salud Mental*. 1996;19:12-35.
- Bleuler M. *The Schizophrenic Disorders. Long term patient and family studies*. New Haven: Yale University Press; 1978.