

Prácticas y discursos psiquiátricos en las ciudades de Cali y Bogotá. Historia y consecuencias institucionales.

Dr. Omar Alejandro Bravo

Universidad Icesi, Cali, Colombia

Profesor Departamento Estudios Psicológicos.

oabravo@icesi.edu.co

Resumen

Las prácticas manicomiales, basadas en la contención física del paciente mental, a través principalmente de la internación forzada y la medicación, se han justificado desde diversas corrientes teóricas de la psiquiatría a lo largo de la historia. Este artículo, basado en una investigación documental realizada en el año 2015, pretende analizar, a partir de historias clínicas y textos psiquiátricos de la época, la manera en que esas prácticas se desarrollaron en las ciudades de Cali y Bogotá entre los años 1950 y 2000.

Se muestra aquí que las categorías clínicas utilizadas no tienen mayor incidencia en las formas de tratamiento, que se reducen a una contención de la crisis que motivó la internación a través de la reclusión y la sedación de los pacientes. La consolidación de nuevas políticas de atención en salud mental, basadas en el respeto a los derechos y las demandas de los pacientes, requieren también del análisis histórico de los mecanismos de control a los cuales pretende oponerse, como es el caso de los aquí analizados.

Abstract

Asylum practices, based on the physical contention of a mental patient, have been carried out through both confinement force, and medication. This kind of intervention have been justified through history from different Psychiatry theoretical approaches. In this sense, this paper, supported by a desk research conducted in 2015, aim to analyse the way these practices have been conducted in the cities of Cali and Bogotá from 1950 to 2000.

The paper will show that the implementation of these clinical practices have barely made an impact on the forms of treatment as they focus solely on containing the mental health crisis by relying on the patient's confinement and sedation.

Hence, this paper proposes the consolidation of a set of health policies aiming to strength the mental health service. These policies, the paper argues, should be based on the respect of the patients' rights and demands, but it also requires the historical analysis of the monitoring mechanisms to be oppose, as is the case of those analysed here.

Introducción

La historia de las instituciones manicomiales ha sido extensamente analizada, principalmente desde Foucault (1989). A partir del mítico acto inaugural de Pinel (1793/2007) y la separación de la locura del resto de la población asilar (para Foucault, de hecho, este gesto crea la locura), se generó la necesidad de establecer formas de comprensión de este fenómeno para poder vincular ese entendimiento a un cuerpo disciplinario específico y definir formas de atención particulares.

Ante la dificultad de encontrar las bases físicas de la locura, tanto su comprensión como su tratamiento, se propusieron inicialmente restablecer una moral supuestamente perdida a través de un sistema de premios y castigos dirigidos a sujetos definidos como alienados.

Esquirol, alienista como Pinel, en la búsqueda de una base teórica que sustentase estas prácticas, definió posteriormente la categoría clínica de la monomanía, que subdividió en raciocinio, intelectual y afectiva, dependiendo de la facultad afectada, que en principio no comprometería al resto de la personalidad (Esquirol, citado por Galende y Kraut, 2006).

Tanto la forma de tratamiento como la carencia de un fundamento somático de la locura mantuvieron al alienismo sin una vinculación posible con la medicina, lo que podría haberle otorgado un estatus científico al naciente campo de saber. En la búsqueda de esta base física de la anormalidad, Morel (1859) y Lombroso (1902/1983), el primero desde la teoría de la degeneración; el segundo desde el atavismo, fijaron en la herencia familiar y en la forma física la base de la anormalidad, que reunía a locos y delincuentes en una misma categoría.

Esta trayectoria analítica no encontró mayor proyección institucional ni teórica. En cambio, la psiquiatría halló cauce y soporte teórico posterior principalmente con Kraepelin (1999), que intentó agrupar síntomas y definir enfermedades mentales con base a descripciones clínicas extensas sobre las que pretendía también establecer formas de tratamiento en general basadas en el encierro prolongado. Por otra parte, la fenomenología, con Jaspers (2014), como representante principal, intentó también explicar y agrupar los

trastornos mentales a partir de una clasificación que se pretendía intensa y rigurosa, en una perspectiva descriptiva.

A pesar de que el psicoanálisis aportó, por momentos, una visión más comprensiva y amplia de la psicopatología, no alcanzó a afectar las corrientes teóricas dominantes en el campo de la psiquiatría, que afirmó una lectura biologicista y reduccionista de los trastornos mentales.

Estas tensiones y trayectorias teóricas se expresan en las sucesivas ediciones de los manuales DSMs (Del Barrio, 2009), que, a partir del año 1952, en cinco sucesivas ediciones, intentaron constituirse como la referencia obligada en el campo de la atención en salud mental.

La tercera edición de este manual, publicada en el año 1980, se definió como atórica y reivindicó claramente la herencia kraepeliniana. De allí en adelante, las ediciones posteriores se preocuparon por ampliar la cantidad de trastornos, que en el DSM V ascienden a varios centenares, recubriendo de esta forma una enorme variedad de conductas que pasan a ser patologizadas, bajando para esto, de manera brutal, los umbrales terapéuticos.

Estos manuales tienen claramente la influencia de las industrias farmacéuticas que precisan extender su clientela para encontrar mercado a la creciente variedad de psicofármacos producidos. Al mismo tiempo, el auge de los enfoques neuropsiquiátricos intentan (una vez más) encontrar las causas de los trastornos mentales en

disfuncionamientos cerebrales, conviviendo en una eventual tensión con la perspectiva de los DSMs.

Estos desarrollos teóricos y las prácticas asociadas, permiten que la red manicomial se extienda más allá de los muros de los manicomios prolongando su influencia y dominio al conjunto de la sociedad.

El manicomio como tal, de hecho, está actualmente en franco retroceso. Las grandes internaciones y los tratamientos intramuros prolongados ya no son necesarios, quedan limitados al papel de contener las crisis a través de la medicación y el sometimiento de los sujetos (pobres, en su mayoría) a rutinas propias de las instituciones totales (Goffman, 2001) produciéndose la externación con el cese de la crisis que motivó esa internación.

La brutalidad histórica de las prácticas manicomiales queda, de esta forma, engañosamente reducida a un acontecimiento histórico anterior sin relación con las formas actuales de tratamiento.

Galende y Kraut (2006) hacen un recorrido preciso y necesario sobre el desarrollo histórico de esas prácticas. Se pueden enumerar aquí, junto a los castigos físicos, la denominada cura por el asco (que incluía la aplicación de vomitivos), la inoculación de malaria, irritación de cuero cabelludo, quemaduras, sangrados, inmersiones repetidas en agua fría, el coma hipoglucémico inducido, la lobotomía prefrontal y el electroshock. El estudio de los límites tolerables de cada una de estas técnicas pretendía darle sustento científico a su uso. El propio Kraepelin las defendió, y por esta concepción del enfermo

mental argumentó la necesidad de contratar personas de contextura física robusta capaces de ejercer violencia para trabajar como enfermeros en los hospitales psiquiátricos.

un abuso de poder, de una arbitrariedad en la aplicación de estos métodos como castigo, encubierto como tratamiento médico, de una arbitrariedad, que al decir del mismo Pinel, deja dudas sobre quien estaba más perturbado psíquicamente en esas instituciones, si los psiquiatras o los internados. (Galende y Kraut, 2006, p. 79).

El aumento en el uso de los psicofármacos, como ya se dijo, permitió reducir los controles físicos y las prácticas físicas violentas, y puso un manto de silencio y aparente calma sobre instituciones históricamente caracterizadas por un clima de agitación y descontrol.

Después de la Segunda Guerra Mundial y el horror de las prácticas nazis en los campos de concentración (muchas de ellas, hechas también en el nombre de la ciencia), la crítica a las instituciones manicomiales permitió también establecer otras formas de atención al sufrimiento psíquico e intentaron ser respetuosas de los deseos y derechos de los pacientes. Las mismas tienen hoy, como campo de desarrollo principal, el marco de la atención primaria en salud y se debaten en un cierto estancamiento, dado también el avance de la lógica del mercado sobre las mismas (Desviat, 2016).

Este texto, basado en una investigación documental llevada a cabo en el año 2015, pretende analizar la forma en que los discursos y las prácticas psiquiátricas se desarrollaron en hospitales psiquiátricos de las ciudades de Cali y Bogotá. Intenta, de esta manera, señalar que el complejo entramado de discursos y prácticas institucionales que allí se

desarrollaron, entre los años 1950 y 2000, se limitó al control de crisis psiquiátricas, principalmente entre la población pobre, a través de la medicación y el encierro sin otra pretensión terapéutica. Esta repetición en los métodos utilizados permitiría dispensar su justificativa teórica dado que a toda la población se le aplicaron las mismas prácticas más allá del diagnóstico utilizado.

La pertinencia del uso de las historias clínicas como forma de análisis fue desarrollada por Huerta (2001), este método permitiría dar cuenta de los aspectos teóricos y sus raíces y proyecciones históricas e institucionales.

Metodología

La información sobre la cual se produjo el análisis presentado a seguir proviene de dos fuentes documentales: los archivos de la Beneficencia de Cundinamarca y el archivo del Hospital Psiquiátrico de Cali; como información secundaria, se analizaron los archivos de la Revista Colombiana de Psiquiatría, disponibles en la Biblioteca Nacional de Colombia y en la Biblioteca Luis Ángel Arango, ambas localizadas en Bogotá.

El primer archivo mencionado está localizado en un galpón en el occidente de la ciudad de Bogotá. Contiene la información histórica de la Beneficencia del Departamento de Cundinamarca e incluye desde datos previdenciaros de los empleados hasta registros contables, actas de reunión de varias instituciones departamentales de las últimas décadas y los casos clínicos atendidos por las instituciones de salud mental dependientes de esta institución por un extenso período de tiempo. Toda esta información se encuentra dispersa y desorganizada, lo que obliga a búsquedas extensas.

No existe aquí una historia clara sobre las diferentes instituciones históricamente responsables por la atención en salud mental en Bogotá. Se puede establecer, a partir de la búsqueda documental realizada, que la primera de carácter específico fue creada en 1874, como asilo para mujeres y existió, bajo diversas denominaciones (Casa de Locas, Asilo de Locas, Frenocomio de Mujeres), hasta el año 1959 (Ospina Martínez, 2006). Hasta entonces, el Hospital general San Juan de Dios atendía estos casos. En el año 1884 se había producido un cambio de sede por razones de hacinamiento, y producto de este traslado se reunieron en un solo local las poblaciones masculinas y femeninas, que en 1908, después de una nueva reforma, se separaron en diferentes edificios.

La institución dirigida a albergar y tratar población masculina fue, a partir de 1870, el Asilo de Locos (más tarde, redenido Asilo San Diego), donde se reunían sin distinción indigentes y locos de género masculino. Luego cambia su nombre a Manicomio de Varones de la Beneficencia de Cundinamarca, hasta su traslado, en 1937, a la ciudad de Sibaté, cercana a Bogotá, al recientemente construido Hospital Neuropsiquiátrico.

Las mujeres permanecieron en el Frenocomio de Bogotá (Ospina Martínez, 2006) hasta la creación, en 1982, del Centro Femenino Especial José Joaquín Vargas, localizado también en Sibaté.

En la ciudad de Cali, la denominada Casona de San Isidro se construyó en el año 1937 como casa correccional de menores. En el año 1950 pasó a ser el Asilo de Dementes

San Isidro, hasta 1961, cuando adoptó su nombre actual: Hospital Psiquiátrico San Isidro (Orejuela Ibarra, 2014; Gutiérrez Avendaño, 2015).

De los setenta y seis casos consultados en las cinco visitas realizadas a los archivos de la Beneficencia, se escogieron veintiuno, considerando en esta elección un período de tiempo comprendido entre los años 50 y 90 y la extensión de cada historial clínico, dado que resultaba de interés incluir aquellos casos donde las descripciones clínicas fuesen detalladas y claras en cuanto a los criterios diagnósticos utilizados.

Clasificando este material por décadas (para eventualmente considerar cambios en los criterios psicopatológicos utilizados en cada período), se incluyó aquí un caso del año 1956, siendo este el primero que aparecía en los archivos; cuatro casos ubicados entre los años 1960 y 1970; cuatro casos entre los años 1970 y 1980; cinco casos en el período 1980 – 1990 y siete casos entre los años 1990 y 2000. Del total, 15 pertenecían a pacientes mujeres; el resto a población masculina.

Del archivo del Hospital Psiquiátrico de Cali se tomaron once casos comprendidos entre los años 1964 y 2000 sobre un total de 35 casos consultados. De estos, cinco pertenecían a población femenina; el resto a casos de hombres.

Se consultaron también 52 números de la revista Colombiana de Psiquiatría, privilegiando aquellos artículos que referían a los criterios psicopatológicos utilizados en cada época. El período histórico comprendido fue de abril de 1964 a noviembre del 1998.

Todo esto representó un gran volumen de información, considerando los varios informes presentes en cada caso. Para poder dar orden a este material y construir criterios de análisis relacionados a los objetivos de esta investigación, se privilegiaron los siguientes aspectos: 1) la condición laboral de los pacientes; 2) si los mismos ingresaron a la institución por propia decisión o si fueron llevados por terceros; 3) diagnósticos utilizados; 4) síntomas descritos en cada historia clínica; 5) tratamiento recibido y 6) la existencia de reingresos posteriores a la primera internación.

Otros aspectos, como el nivel educativo, no aparecían consignados con la frecuencia necesaria como para ser considerados aquí. También la caracterización racial y descripciones físicas particulares eran significativas en los primeros casos consultados, pero no se repetían en los siguientes, por lo que esta información no fue considerada.

Análisis de la información

En relación a la situación laboral, ocho de las personas atendidas fueron catalogadas como desempleadas; siete de ellas tenían un empleo informal; seis trabajaban de manera formal y ocho mujeres atendidas trabajaban como amas de casa (se las catalogaba con el término oficios domésticos). Tres pacientes se encontraban estudiando al momento de su internación.

Veintisiete pacientes ingresaron de manera involuntaria llevados por la propia familia o la fuerza pública. Los otros cinco sujetos lo hicieron por propia voluntad.

En lo que hace a los diagnósticos, la esquizofrenia, en sus varias formas descriptivas, fue el criterio psicopatológico más presente en los casos analizados (se lo menciona en dieciséis oportunidades). Estas varias formas iban desde la categoría de esquizofrenia utilizada de forma simple hasta términos relacionados como reacción esquizofrénica indiferenciada, trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia paranoide, esquizofrenia crónica o esquizofrenia residual.

Este diagnóstico de esquizofrenia se asoció, en términos de síntomas, con la presencia de alucinaciones (en siete casos). Otros síntomas diversos se vincularon a esa categoría clínica como insomnio, agitación, actitud logorreica, mal aspecto personal, irritabilidad o afecto inapropiado, principalmente.

Aparecen también mencionadas otras formas de psicosis como la paranoia, las psicosis maniaco depresivas, melancolía o formas descriptivas más difusas como depresión psicótica o psicosis inducida por el uso de drogas, también de forma dispersa y en escasa proporción. Los síntomas asociados a estas formas de psicosis tienen en común la prevalencia de otros síntomas diferentes a las alucinaciones. Se destacan así la logorrea, el descuido personal, la inestabilidad emocional o trastornos del sueño, entre otros. En los dos casos de paranoia encontrados se menciona la presencia de sensaciones de persecución, siendo este el único carácter diferencial y específico claramente asociado a esa patología en relación a la dispersión de síntomas que aparecen vinculados a otras caracterizaciones psicopatológicas.

Fuera de este marco general de las psicosis, otros diagnósticos que se mencionan en los casos analizados son retardo mental (en dos oportunidades); enfermedad sexual; trastorno compulsivo; depresión mayor y una reacción a la enfermedad mental de la madre no especificada (estas últimas mencionadas en una oportunidad). Hay también un diagnóstico de trauma craneoencefálico asociado a un cuadro epiléptico.

Los síntomas vinculados a los diagnósticos mencionados en el párrafo anterior son muy genéricos, en general se refieren a descripciones caracterológicas generales o relacionadas al aspecto de la persona. Por ejemplo, se pueden mencionar el descuido personal; el aspecto personal limpio y ordenado (y lo contrario: el hecho de que la persona llegue a internación sucia y descalza); el llanto recurrente y la agresividad.

Cabe destacar que no había diferencias significativas en los criterios diagnósticos y los síntomas asociados entre los caso de Bogotá y Cali comprendidos en esta muestra.

Respecto al tratamiento, de los treinta y dos casos aquí analizados, treinta fueron objeto de internación y medicación (en general, medicaciones antipsicótico y calmantes de diferentes tipos de acuerdo a cada época). Los otros dos fueron atendidos de forma ambulatorial. Tres pacientes atendidos en Bogotá tuvieron también recomendación de terapia ocupacional. En lo que hace al reingreso de estas personas en fechas posteriores, en treinta casos hubo nuevas internaciones posteriores al primer ingreso.

Esta relación entre diagnósticos, síntomas, tratamiento y curso posterior de la enfermedad mental diagnosticada indica, en primer lugar, que la asociación entre síntomas y patologías muestra una regularidad en **lo que hace** a la relación entre alucinaciones y

cuadros psicóticos, sobre todo en los casos de esquizofrenia, siendo esos síntomas los factores diferenciales para dichos diagnósticos. Los otros cuadros clínicos no parecen merecer mayores precisiones clínicas más allá de descripciones personológicas generales.

Lo que resulta relevante destacar aquí es que, más allá de la esta relación mencionada, el tratamiento pareció ser el mismo en la gran mayoría de los casos: la internación involuntaria y la medicación. Estas medidas resultaron paliativas, formas de contención temporarias de las crisis que motivaron esas internaciones, pero que no estaban asociadas a proyectos terapéuticos individualizados que contemplasen la posibilidad del trabajo con las redes sociales y familiares de cada sujeto.

Estos límites se reflejan en la gran cantidad de reinternaciones que se produjeron después del primer episodio que provocó el vínculo inicial con la institución y los dispositivos psiquiátricos.

Esto lleva a plantearse el sentido general del diagnóstico y la propia estructura profesional que se pone en juego en estos sistemas de atención ya que, más allá de la caracterización clínica, el tratamiento es el mismo.

Por esto, cabe discutir la propia necesidad de la existencia de psiquiatras en este modelo de funcionamiento. Si lo que motiva la internación es un episodio de agitación o pérdida de control, o el hecho de estar fuera de sí más allá de la forma en que esta circunstancia se manifieste, y si, por otro lado, las medidas de tratamiento se limitarán a contener ese desborde por vía del encierro y la medicación, todo este aparato institucional podría funcionar con personal de formación menos compleja, capaz de percibir estos

fenómenos iniciales e iniciar la (única) ruta institucional posterior con el previsible resultado ya señalado.

Todo esto hace entonces al fracaso de un modelo, claramente percible, como ya fue destacado, en el alto porcentaje de reingresos y habilita a discutir la pertinencia de estos modelos diagnósticos y de la propia psiquiatría como ciencia, al menos en la perspectiva neurobiologista que la caracterizó históricamente.

Esta crítica general y estructural de la psiquiatría, en parte pertinente, dejaría de lado la compleja relación entre las disputas teóricas en el campo de la propia psiquiatría y su relación con prácticas y condiciones institucionales de desarrollo con formas alternativas de atención en salud mental.

Cabe recordar que Basaglia (1985), cuya obra contribuyó a colocar en crisis los modelos manicomiales, era también psiquiatra. Desviat (1994; Desviat y Moreno, 2012), desde el mismo campo disciplinario, realiza también aportes significativos a la construcción de otros dispositivos institucionales y perspectivas teóricas en el campo de la psicopatología.

Es necesario entonces preguntarse por las condiciones políticas e institucionales que permiten que propuestas transformadoras de estos modelos manicomiales encuentren condiciones de legitimidad y posibilidades concretas de crecimiento. Para este propósito, y en relación al contexto y período de tiempo ya mencionado, los artículos de la Revista Colombiana de Psiquiatría considerados en este trabajo muestran, de manera parcial, el

modo en que los debates entre las diferentes formas de entender las políticas de salud mental se produjeron y su impacto institucional.

En este recorrido analítico se destaca un artículo de Rosselli (1966), uno de los padres de la psiquiatría colombiana, que menciona la necesidad de crear centros de rehabilitación “cuya organización no segregue a los enfermos del medio social, sino que, por el contrario favorezca su vinculación con éste.” (p. 258). También se destacan aquí la necesidad de políticas preventivas considerando que el Hospital Neuropsiquiátrico de Bogotá estaba lejos de adaptarse a esas prácticas.

Klinkert (1969) alerta, en el mismo sentido, acerca de la desprotección del paciente psiquiátrico y la necesidad de una ley que contemple su amparo y cuidado a partir de un diagnóstico de la salud mental en Colombia de aquella época.

Hernández Bayona (1988) critica el cierre de una unidad de salud mental y el desmantelamiento de los servicios de consulta externa, lo que reforzaría el enfoque asilar de las políticas en este campo. Años antes, Rosselli (1974) había alterado sobre las faltas de políticas y estructuras capaces de sostener un modelo de psiquiatría social.

La crítica de Restrepo (1988) es más radical, cuestionando un modelo de psiquiatría que dirige su atención a “problemas como el divorcio, la prostitución o la infracción de la ley, medicalizándolos y poniendo al servicio de instancias jurídicas y morales métodos

biológicos y psicoterapéuticos de control, que apuntan a una escrupulosa reglamentación de la intimidad”. (p. 197).

Este tipo de preocupaciones sobre el estado y sentido de las políticas de salud mental no es predominante entre los artículos y autores consultados.

La mayoría de los textos que abordan consideraciones clínico-teóricas se mantienen dentro del modelo biologicista (Sánchez, 1974; Mejía y Taborda, 1975; Ardila, 1985; Quiroga, 1986; MacAllister, 1992; Ocampo, 1996).

Producto de este enfoque reduccionista, es posible encontrar artículos que pretenden intervenir sobre problemáticas sociales patologizándolas para contribuir a su control social. En este sentido, López Vergara y López Pardo (1964), González Cáceres (1964) y Beltrán Cortés (1970) analizan los perfiles psicopatológicos de los niños “de la calle” demandando instituciones capaces de tratarlos. Correal Sanín (1971), considera que los *hippies* son, en su mayoría, esquizofrénicos que merecen también tratamiento y control.

Desde estos principios científicistas, Arteta de la Hoz (1977) define a la anti-psiquiatría, tendencia en avances en varios países en aquella época, como “no una nueva revolución, sino una nueva moda” (p. 9), lo que la privaría de cualquier seriedad o proyección posible.

Esta relación general entre prácticas institucionales y discursos configura parte de la historia de la psiquiatría colombiana y refleja la puja entre la persistencia de los

dispositivos manicomiales, amparados por los modelos teóricos de carácter biologicista dominantes, y las dispersas y tímidas tentativas de establecer nuevas políticas de atención y prevención en salud mental.

Este predominio no puede analizarse desde una lógica meramente discursiva donde la asociación entre ciertos discursos (podrían mencionarse en estos casos, los de la psiquiatría, el higienismo y la seguridad pública, principalmente) y las formaciones discursivas derivadas producirían *per se* relaciones de poder. Este análisis resulta pertinente, en la medida en que conceda una autonomía relativa a la dimensión discursiva, pero sin negar su asujamiento parcial a relaciones políticas y situaciones históricas. En este caso, estas últimas tendrían que ver con la forma en que los sectores de poder que dominaron históricamente la política y el estado colombiano produjeron la exclusión social de amplios sectores de la población siendo las políticas educativas, de salud y laborales, principalmente, el reflejo de estas prácticas.

Las políticas asilares o manicomiales encuentran condiciones para su continuidad en estos contextos políticos. La biologización de los padeceres psíquicos constituye también un ejercicio ideológico, en tanto extraterritorializa cualquier relación posible entre esos malestares y las condiciones sociales en las que se producen (y tratan).

En este sentido, la situación actual de las políticas de salud mental en Brasil constituye un ejemplo claro. Las políticas neoliberales planteadas al inicio del segundo gobierno de Rousseff y su profundización en el gobierno golpista actual impactaron en ese campo haciendo retroceder una década de avances basada, principalmente, en desmontar el aparato psiquiátrico manicomial y la territorialización del cuidado en salud mental a través de dispositivos preventivos que incorporaban la voz y las demandas de la comunidad donde se insertaban (Silva, 2016).

Arboleda (2014) hace un análisis preciso en una experiencia de trabajo desarrollada a partir del programa de Psiquiatría Comunitaria del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle, en el Centro de Salud Siloé de la ciudad de Cali, donde encontró condiciones para su crecimiento y las dificultades que le impidieron tener una mayor proyección y continuidad. Este análisis se hace desde las nociones de campo y capitales de Bourdieu (1997), lo que permite entender cómo esta relación general de fuerzas antes considerada se traslada a un contexto menor.

Conclusiones

Estas prácticas y discursos institucionales aquí considerados y su proyección actual pueden analizarse desde las coordenadas analíticas que el análisis institucional plantea en la lectura que Barembliit (1996), Lapassade (1977) y Lourau (1975).

La categoría de instituido (Lourau, 1975) intenta dar cuenta de las dinámicas institucionales y relaciones de poder que sostienen un funcionamiento conservador de las instituciones, donde se repiten las mismas prácticas, sin que sus efectos perjudiciales sean

claramente percibibles, siendo los discursos que amparan dichas prácticas las que sostienen su reproducción, amparados también por una burocracia que contribuye a hacer invisibles esas consecuencias.

La dimensión instituyente, por el contrario, tiene que ver con la capacidad transformadora que los sujetos y grupos pueden promover, colocando en cuestión al “orden establecido, los valores, los modos de representación considerados normales como igualmente los procedimientos habituales de previsión.” (Lourau, citado por Altoé, 2004, p. 22).

Las políticas y prácticas en salud mental en Colombia configuran un instituido cuya reproducción se sostiene principalmente, como ya se mencionó, en políticas económicas y sociales que promueven una exclusión creciente de amplios sectores de la población, dificultando cualquier tentativa de establecer políticas en salud y salud mental de carácter amplio, equitativo e integral. La orientación biologicista que domina la psiquiatría colombiana contribuye a reproducir este tipo de funcionamientos para darle un soporte teórico.

La conformación de un movimiento instituyente en este campo requiere, entre otras condiciones, de la participación de la población afectada por estas políticas. Para esto, es necesario que otras formas de atención en salud mental sean percibidas como un derecho posible de exigir que dicha participación abarque desde la elaboración de esas políticas hasta su implementación. Nuevamente, es pertinente destacar la experiencia italiana (Basaglia, 1985) en donde los propios usuarios de los servicios y los pacientes internados

hacían parte de la discusión acerca de las formas de administrar esas instituciones y los posibles cambios.

Experiencias señeras, como las analizadas por Arboleda (2014), contribuyen a crear conciencia al respecto y alimentan la posibilidad de que la formación en salud mental dirigida a psiquiatras y otros profesionales involucrados (psicología, trabajo social, sociología, entre otras) tengan un enfoque progresista y transdisciplinario.

Cabe insistir que estas transformaciones deben apoyarse en cambios políticos estructurales que permitan construir las bases de una sociedad igualitaria y respetuosa de los derechos de todos los grupos y sujetos más allá de su condición psíquica, clase social, género o etnia.

Referencias bibliográficas

Altoé, S. (2004) *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo:

Hucitec.

Arboleda, M. A. (2014). *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*. Tesis de doctorado. Doctorado en Salud Mental Comunitaria. Universidad de Lanús, Buenos Aires, Argentina.

Ardila, A. (1985) Neuropsicología y psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 14, (3), 361-373.

Arteta de la Hoz, G. (1977) La anti-psiquiatría: ¿revolución o moda? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 4, (1), 7-9.

Baremblytt, G. (1996) *Compêndio de Análise Institucional*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.

Basaglia, F. (1985). *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal.

Beltrán Cortés, L. (1970) La metamorfosis del “chino de la calle”. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2, (4), 293-305.

Bourdieu, P. (1997) *Capital cultural, escuela y espacio social*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Correal Sanín, G. (1971) Apuntes para una posible psicopatología hippie. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2, (4), 453-460.

Del Barrio, V. (2009) Raíces y evolución del DSM. *Revista de historia de la psicología*. 30, (2-3), 81-90.

Desviat, M. (1994) *La reforma psiquiátrica*. Madrid: Dorsa.

Desviat, M. (2016) *Cohabitar la diferencia*. Madrid: Grupo 5.

Desviat, M. y Moreno, A. (2012) *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid: Exlibris.

Foucault, M. (1989) *História da loucura na época clássica*. São Paulo: Ed. São Paulo.

- Galende, E. y Kraut, A. (2006) *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Goffman, E. (2001) *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- González Cáceres, C. (1964) La psicopedagogía frente al menor inadaptado. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 1, (2), 124-128.
- Gutiérrez Avendaño, J. (2015) 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), 1-8.
- Hernández Bayona, G. (1988) Carta de lectores. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 17, (2), 125-126.
- Huerta, R. (2001) Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría. Posibles acercamientos metodológicos. *Frenia*, 1, (2), 7-33.
- Jaspers. J. (2014) *Psicopatología general*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Klinkert, F. (1969) Asistencia psiquiátrica en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2, (3), 178-184.
- Kraepelin, E. (1999) *Cien años de psiquiatría*. Madrid: AEN.
- Lapassade, G. (1977) *Grupos, organizações e instituições*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Lombroso, C. (1902/1983) *El delito: Sus causas y remedios*. Madrid: Victoriano Suárez.

López Pardo, A. y López Vergara, E. (1964) Estudio médico-social de la vagancia infantil en Bogotá. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 1, (1), 37-42.

Lourau, R. (1975) *A análise institucional*. Rio de Janeiro: Vozes.

MacAllister, T. (1994) Aspectos neuropsiquiátricos de los delirios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 23, (2), 167.

Mejía, B. y Taborda, L. (1975) Aproximación al diagnóstico de salud mental de Bogotá. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 4, (1), 78-98.

Morel, B. (1859) Rapport fait a la société Medico-psychologique sur le Traité das Dégénérescenses. *Annales Médico_Psychologiques*. 3, 456-460.

Ocampo, C. 1996) La psicoterapia como tratamiento biológico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 25, (2). 116-128.

Orejuela Ibarra, D. (2014) *La locura en Cali: de una mirada asistencial a una mirada clínica, el caso del Asilo San Isidro 1940-1970*. Tesis de pregrado en Historia.

Departamento de Historia, Universidad del Valle, Cali.

Ospina Martínez, M. (2006) “Con notable daño del buen servicio”. Sobre la locura femenina en la primera mitad del siglo XX en Bogotá. *Antípoda*. 2, 303-314.

Pinel, P. (1793/2007). *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*.

Porto Alegre: Editora UFRGS.

- Quiroga, F. (1986) Diagnóstico y tratamiento de los trastornos ansiosos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 15, (3), 247-264
- Restrepo, L. (1988) La herencia de Bayle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 17, (3), 193-201.
- Rodríguez Ledesma, D. (2013) *Los locos de Bogotá: del tratamiento y las representaciones de la locura en Bogotá, 1850-1930*. Tesis de Maestría en Historia. Departamento de Historia, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
- Roselli, H. (1966) Psicoterapia en una institución hospitalaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 1, (5), 257-266.
- Roselli, H. (1968) *Historia de la Psiquiatría en Colombia*. Bogotá. Editorial Horizontes. Vol. 2.
- Roselli, H. (1974) Discurso del Presidente de la Sociedad Colombiana de Psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 3, (2), 146-152.
- Sánchez, L. (1974) Teoría general de la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 3, (5), 483-517.
- Silva, T. (2016) O cavalo de Troia: a história da frente única contra o SUS. *RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*. 10, (2), 23-30.