

DISCURSOS LEGALES Y DISCIPLINARES QUE INCIDEN EN EL ABORDAJE DE  
LA LOCURA Y LA ENFERMEDAD MENTAL EN CALI (1970 - 2000)

CARMEN EUGENIA COBO MONTENEGRO.

UNIVERSIDAD DEL VALLE  
FACULTAD DE HUMANIDADES  
MAESTRIA EN HISTORIA  
SANTIAGO DE CALI

2019

DISCURSOS LEGALES Y DISCIPLINARES QUE INCIDEN EN EL ABORDAJE DE  
LA LOCURA Y LA ENFERMEDAD MENTAL EN CALI (1970 - 2000)

CARMEN EUGENIA COBO MONTENEGRO.

Trabajo de grado presentado como requisito  
para obtener el título de Magister en Historia

Director: Mauro Vega Bendezú

UNIVERSIDAD DEL VALLE  
FACULTAD DE HUMANIDADES  
MAESTRIA EN HISTORIA  
SANTIAGO DE CALI

2019

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
Inspiraciones metodológicas.....	8
Estructura del documento.....	10
CAPÍTULO I: POLIFONÍAS SOBRE LA LOCURA Y LA ENFERMEDAD MENTAL, SU TRASEGAR HISTÓRICO.....	14
El problema de los significantes y sus significados en el campo de la locura y la enfermedad mental.....	20
La locura: poder, saber y cosmovisiones.....	25
Marcos explicativos en los sistemas de salud.....	32
La salud – enfermedad mental desde los enfoques biologicistas.....	33
La salud – enfermedad mental desde las perspectivas subjetivistas.....	34
La salud – enfermedad mental desde las miradas socioculturalistas.....	35
Catálogos y manuales diagnósticos.....	36
CAPÍTULO II: VICISITUDES EPISTEMOLOGICAS, POLÍTICAS, TÉCNICAS Y LEGALES (SUS DESARROLLOS Y SUS TENSIONES EN COLOMBIA).....	44
Marcos legislativos y política públicas sobre salud / enfermedad mental.....	46
Salud Pública y salud mental en Colombia.....	59
La Salud Pública y su tecnificación.....	66
Notas sobre la formación en salud mental y el devenir curricular.....	69
El tránsito de la Psiquiatría en Colombia.....	71
CAPITULO III: SANTIAGO DE CALI Y SU RELACIÓN CON LA LOCURA.....	85
Los visibilizados.....	91
Jovita Feijó.....	96
El loco Guerra (Eugenio Cosme Guerra).....	101
Otros exponentes de la locura urbana.....	101

Improntas de la(s) disciplinas y las praxis.....	103
Rutas significantes .....	103
La academia y sus desarrollos. ....	107
De la reclusión y al comunitarismo en Cali .....	117
CONCLUSIONES.....	128
BIBLIOGRAFÍA .....	135
LIBROS.....	135
REVISTAS Y OTRAS PUBLICACIONES SERIADAS .....	138
PRENSA, CATÁLOGOS, INFORMES .....	142
PONENCIAS Y CONGRESOS.....	143
WEBGRAFIA .....	144
ANEXOS .....	151
ANEXO UNO : LA LEGISLATURA EN COLOMBIA RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD MENTAL 1970-1998.....	151
ANEXO DOS: TESIS REVISADAS UNIVERSIDAD DEL VALLE Y MONOGRAFIAS UNIVERSIDAD NACIONAL .....	165
PARTE A: TESIS REVISADAS UNIVERSIDAD DEL VALLE.....	165
PARTE B. OTROS PRODUCTOS DE GRADO EN PSICOLOGÍA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. ....	170
ANEXO TRES: ARCHIVOS DOCUMENTALES O.P.S., O.M.S. Y MINISTERIO DE SALUD.....	177

## INDICE DE ANEXOS

**ANEXO UNO : LA LEGISLATURA EN COLOMBIA RELACIONADA  
CON LA ENFERMEDAD MENTAL 1970-1998 ..... 151**

**ANEXO DOS: TESIS REVISADAS UNIVERSIDAD DEL VALLE Y  
MONOGRAFIAS UNIVERSIDAD NACIONAL..... 165**

**PARTE A: TESIS REVISADAS UNIVERSIDAD DEL VALLE ..... 165**

**PARTE B: OTROS PRODUCTOS DE GRADO EN PSICOLOGÍA.  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA..... 170**

**ANEXO TRES: ARCHIVOS DOCUMENTALES O.P.S., O.M.S. Y  
MINISTERIO DE SALUD ..... 177**

## INDICE DE SIGLAS

<b>A.P.A.</b>	Asociación Americana de Psiquiatría
<b>A.P.A.L.</b>	Asociación Psiquiátrica de América Latina
<b>A.P.S.</b>	Atención Primaria en Salud
<b>C.I.E.</b>	Catálogo internacional de Enfermedades.
<b>D.H.H.S.</b>	Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos
<b>D.S.M.</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
<b>H.P.U.V.</b>	Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.
<b>I.S.S.</b>	Instituto de Seguros Sociales
<b>O.I.M.</b>	Organización Internacional para las Migraciones
<b>O.M.S.</b>	Organización Mundial de la Salud.
<b>O.P.S.</b>	Organización Panamericana de la Salud.
<b>P.N.S.M.</b>	Política Nacional de Salud Mental.
<b>P.S.M.C.</b>	Proyecto de Salud Mental Comunitaria para el Distrito de Aguablanca.
<b>S.G.S.S.S.</b>	Sistema General de Seguridad Social en Salud.
<b>S.M.C.</b>	Salud Mental Comunitaria.

## **RESUMEN**

Para Porter (1989), la locura nos pone frente a “un acto social” que se cristaliza en significantes con los que se circunscribe su dimensión fenomenológica, en discursos y en prácticas. Este documento sigue la vía de historiadores como Sacristán, C., Ríos, A.; Comelles, J. y Huertas, R. que ponen su acento en el lugar de la locura y la psiquiatría en la intrincada red social de regiones particulares. Se busca establecer las polifonías, superposiciones, tensiones, intersecciones e intercepciones existentes entre los discursos políticos, las prácticas sociales y las posturas disciplinares que incidieron en el abordaje de la locura en la ciudad de Cali, entre los años 1970 y 2000.

Se revisaron Resoluciones, Decretos y Leyes relacionados directa o indirectamente con la Salud Mental, Sentencias de tutela, tesis universitarias de pregrado, artículos escritos en la Revista Colombiana de Psiquiatría y la Revista Colombiana de Psicología entre 1980 y 2000, y otros documentos divulgados por el Ministerio de Salud Pública de Colombia, la O.P.S. y la O.M.S.. Se encontraron por lo menos dos lógicas paralelas: la del loco hospitalizado y la del loco deambulante. También se muestra que la representación social del loco, permitió espectacularizar su presencia, constituyendo verdaderos íconos de ciudad.

## **PALABRAS CLAVE**

Discursos, disciplinas, locura, enfermedad mental, hospitalización, Santiago de Cali.

## **ABSTRACT**

According to Porter (1989), madness puts us in front of "a social act" that is concreted in signifiers that qualify its phenomenological dimension, but also in discourses and practices. Sacristán, C., Ríos., A.; Comelles, J. and Huertas, R. study the place of madness and psychiatry in the intricate social network of particular regions. The polyphonies, tensions, unions and obstacles existing between the political discourses, the social practices and the disciplinary postures existing in the treatment of madness in the city of Cali, between the years 1970 and 2000 were established.

Resolutions, Decrees and Laws in Mental Health, Sentences of tutela, university theses, articles of the Colombian Journal of Psychiatry and of the Colombian Journal of Psychology between 1980 and 2000, and other documents published by the Ministry of Public Health of Colombia, were reviewed. PAHO and the O.M.S. It is also observed that the social representation of the madman allowed to configure icons of the city.

## **KEY WORDS**

Speeches, disciplines, madness, mental illness, hospitalization, Cali city

## INTRODUCCIÓN

En el mundo occidental, algunas condiciones físicas y/o mentales de los sujetos han sido investidas con significantes contundentes que marcaron una impronta indeleble en quienes las padecieron, al punto incluso de verse abocados a habitar su contexto bajo la inscripción de la debilidad, la incapacidad, la exclusión o la degeneración. Tal era el caso de algunas taras físicas o mentales, enfermedades de carácter contagioso o condiciones psíquicas asociadas a la locura. Por ejemplo, bajo la hegemonía del pensamiento católico medieval la locura y la lepra<sup>1</sup>, estuvieron asociadas a la impureza espiritual, las posesiones demoniacas, la ira de Dios y/o los efectos pesarosos del pecado (Foucault, 1976; Mora G., 2015; Botero et al, 2017).

La locura y su portador han sido interpretados desde el plano de lo nocional, pero también desde diversos modelos conceptuales. Precisamente uno de los más preponderantes escollos para dar cuenta de la razón de su existencia y la esencia misma que en ella se contiene, es la multitud de marcos explicativos, que no necesariamente establecen entre sí puntos factibles de encuentro. En los contextos y modos de vida propios de lo urbano, las condiciones mentales y del comportamiento de los sujetos que por mucho tiempo se acuñaron dentro del término “locura”, hoy se definen a partir de versiones y significantes diagnósticos particulares, establecidos a partir de cuadros sintomáticos concretos que determinan el grado de afección de un sujeto en términos de su funcionalidad para hacer frente a las exigencias del medio social y de su época.

Como respuesta a esa forma de lectura del padecimiento psíquico, la intrusión del Estado -y en particular del sistema de salud estatal- es planteada como una obligación a menudo derivada de los derechos humanos, pero también de la instrumentalización de la salud y de los afectos y emociones de los ciudadanos. En todo caso, las cuestiones relacionadas con

---

<sup>1</sup> “Hoy sabemos que la lepra es una enfermedad crónica causada por el bacilo *Mycobacterium leprae*, descubierto por Gerhard Armauer Hansen a finales del siglo XIX. que es una enfermedad poco contagiosa (el 95% de la población mundial es inmune a la infección) cuyos síntomas tardan muchos años en manifestarse. Cuando se presentan, sin embargo, son muy aparatosos y destructivos para los pacientes. Entre ellos se cuentan la formación de nódulos, la fascies leonina, la pérdida de sensibilidad de las extremidades, las deformidades articulares (mano del predicador) e incluso la ceguera y la parálisis facial. Su baja infectividad y la prolongada latencia de aparición de los síntomas, aunadas a las creencias religiosas y mágicas dominantes en la sociedad medieval, explican el que los leprosos fueran apartados de la colectividad y que su enfermedad haya sido considerada como algo sucio e impuro: un castigo de Dios” (Soto Prez , 2003: 40)

el padecimiento psíquico son categorizadas en el ámbito de la “salud mental” y atendidas bajo la premisa que se ha de proveer al denominado “paciente” de las condiciones que permitan su curación, estabilización o incluso el acceso a una reclusión (total o parcial) de tipo subsidiado. En este nuevo modo de abordaje, ya no se trata “la locura”, sino “la enfermedad o el trastorno mental”; con lo que se establece una dinámica en la que los actores cambian no sólo de rol, sino también de denominación, lo anterior nos permite recordar con Porter (1989) que cuando hablamos de locura no estamos ubicándonos necesariamente en el mundo del “Pathos”; sino que se trata de un significante que ineludiblemente nos pone frente a “un acto social”.

En efecto, el tránsito entre las primeras conceptualizaciones de la locura y las perspectivas actuales del tratamiento de la misma, nos permite identificar su estrecho vínculo con condiciones propias del orden de lo social, lo disciplinar, lo político y lo legal, que requieren ser evidenciadas y estudiadas.

En lo corrido del siglo XXI, se han generado importantes desarrollos relacionados con la historia de la locura, de la psiquiatría y de la psicopatología, entre los que se destacan estudios elaborados en España, México, Argentina y Brasil.

En Colombia, un precursor del tema fue el boyacense Humberto Rosselli (1923-2009) quién publicó la *Historia de la psiquiatría en Colombia*, durante la misma década en que Michael Foucault divulgara su *Historia de la locura en la época clásica*. Foucault publica la primera edición de su obra en París, en 1961 y Rosselli publica la suya en Bogotá, en 1968. La obra del francés ha sido caracterizada como una historia crítica de la institución manicomial y su inscripción en la modernidad, mientras la del colombiano, deriva de una visión tradicional de la historia en la que se documentan fechas, personajes y eventos de las primeras seis décadas del siglo XX en Colombia, es una palabra sobre la psiquiatría desde la psiquiatría misma.

En España, es Álvarez Uría (1983) quien efectúa uno de los estudios más importantes de finales del siglo con respecto a la locura, en una línea relacionada con éste trabajo<sup>2</sup>. Éste autor asocia el proceso de construcción del Estado Moderno español con las metamorfosis en

---

<sup>2</sup> Álvarez-Uría, F. (1983), *Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*, Barcelona, Tusquet

la forma como social y disciplinarmente se desarrolla la idea del loco y del marginal. Se trata de un autor que hace una importante ruptura con las hipótesis que sobredimensionan el poder y la incidencia de los desarrollos de las ciencias, y en particular de las ciencias médicas, en la manera como se operativiza la locura en la península Ibérica durante el último cuarto del siglo XX.

Junto a la obra de Álvarez Uría, encontramos a Peset<sup>3</sup>, quien también en 1983, publica: *Ciencia y marginación. Sobre negros, locos y criminales*. Este autor se apoya en un estado del arte sobre los avances teóricos y científicos al respecto del tema, para observar la manera cómo éstos intervienen en el desarrollo de la psiquiatría española, en la exclusión social y en las condiciones particulares de los negros, los locos y los criminales, mostrando que el rasgo que definitivamente comparten éstas poblaciones es su condición de marginalidad, lo otro, lo que justifica su exclusión, está más del lado del ideal de normalidad, pureza o modelo social del que se auto-invierten los excluidos.

Se trata de obras que revisten una especial trascendencia, puesto que la primera implica tácitamente una invitación a estudiar la locura, sus tratamientos e incluso el proceso mismo en que ocurre el tránsito entre la locura y la enfermedad mental; esto a la luz de la idiosincrasia de los pueblos y de las particularidades de los mismos respecto a sus propios procesos de modernización; mientras que la segunda muestra la importancia de abordar el asunto de la locura, de cara a los discursos científicos y disciplinares que se han instalado o que se encuentran en condición emergente en los periodos de estudio.

Se construye identitariamente en los pueblos, comunidades y naciones, un imaginario sobre sí mismo. Esto es, una representación social autoreferencial desde la cual se configuran las interrelaciones incluyentes, discriminatorias, solidarias o violentas y la condición de los sujetos con respecto al poder y los derechos o posibilidades de ascenso social. Lo diferente, lo que no puede llegar a ser aceptado en ese ideal identitario, deberá ser invisibilizado, excluido o incluso restringido en el ejercicio de su participación social, política y productiva, minimizando al máximo su incidencia en el discurso naturalizado por quienes ostentan el

---

<sup>3</sup> Peset, (1983) *Ciencia y marginación. Sobre negros, locos y criminales*. Barcelona. Ed Crítica.

poder y determinan las lógicas de la inclusión y la exclusión (Wieviorka, M., 2002, Sosa, L. 2009, Crosa P., 2009 y Cid H., 2012).

Los estudios realizados al respecto en la actualidad privilegian una perspectiva que posibilita establecer relaciones entre los discursos políticos y epistemológicos, las prácticas sociales y disciplinares, las representaciones sociales, los procesos interrelacionales de las sociedades y los determinantes políticos y culturales que, además, inciden en la forma como se concibe y operacionaliza la salud pública.

Entre los representantes de esta manera de abordar la cuestión encontramos a la mexicana Cristina Sacristán y al colombiano Andrés Ríos M.<sup>4</sup>, cuya producción historiográfica sobre el devenir de la locura, la psiquiatría y la enfermedad mental tiene en México su campo de estudio, pero de quien se puede decir que uno de sus aportes a la historiografía de la locura en Colombia es un estudio sobre degeneracionismo a partir de un caso defendido por Jorge Eliécer Gaitán: “Un crimen cometido en estado de ira e intenso dolor”<sup>5</sup>. Tenemos también a los españoles Josep M. Comelles y Rafael Huertas, siendo éste último un médico que desde 1987 ha venido aportando a la psiquiatría y ciertas entidades nosológicas, con una nutrida producción historiográfica. Ya que se hace referencia a Huertas, puede nominarse también a Ferrari, F. (2015), quien indica que en la historia cultural planteada por Huertas, se pone especial acento en “la comparación de registros clínicos y manuales editados, al rescate de la voz del loco y al uso del archivo de las instituciones manicomiales” pero que también podría hacerse una historia cultural de la psiquiatría desde la perspectiva planteada por Habermas (1981), quien “vincula la dinámica del mundo simbólico a la interacción comunicativa, generadora de opinión, consenso, voluntad común y acciones cooperativas frente a los conflictos sociales” (Ferrari, 2015: 290).<sup>6</sup>

Debe anotarse que en la historiografía actual alrededor de éste campo, se presenta una notable tendencia hacia la descentralización historiográfica, que permite el desarrollo de

---

<sup>4</sup> Como aporte a la historiografía de la locura en Colombia, debe decirse que es el autor de *Un crimen cometido en estado de ira e intenso dolor. Degeneracionismo y psiquiatría en la defensa de Jorge Eliécer Gaitán a Jorge Zawadzky*, Colombia 1935, Trashumante. Revista Americana de Historia Social No. 5 (2015): 38-58.

<sup>5</sup> *Degeneracionismo y psiquiatría en la defensa de Jorge Eliécer Gaitán a Jorge Zawadzky*, 1935. Colombia

<sup>6</sup> Para Ferrari (2015) “Tanto la psiquiatría como la industria farmacológica y de atención a las enfermedades mentales utilizan el espacio público para la producción de opinión pública” (p. 290).

indagaciones y estudios cuyo énfasis esté puesto en lo local, en la manera particular como la locura y la psiquiatría se instalan en una cultura específica y cómo trazan sus propias puntadas en la intrincada red social particular de cada región.

Dicho esto, se pretende aquí historiar las coincidencias, continuidades, tensiones y contradicciones existentes de los discursos sobre “la locura y la enfermedad” en Cali, poniendo especial atención en los discursos disciplinares y legales que han podido incidir o no en un viraje de las formas de tratamiento de la misma, durante los últimos 30 años del siglo XX, periodo en el cuál: Toman auge los discursos internacionales sobre la locura primero y sobre la enfermedad mental después; se fortalece el discurso del reconocimiento de los ciudadanos como sujetos sociales de derecho; se generan importantes cuestionamientos sobre el modelo manicomial, sobre todo en América Latina; se propende por un sistema de salud más cercano a los requerimientos de la modernidad y se avizoran las bases conceptuales en las que luego se soportarán los nuevos discursos de la inclusión social de los sujetos en condición de diagnóstico de alguna enfermedad mental.

Se parte de la presunción que desde finales del siglo XX en la ciudad de Cali, se han generado algunos discursos disciplinares sobre locura, enfermedad mental y psicosis, que unidos al fortalecimiento de medidas epidemiológicas y a discursos políticos sobre salud pública y prestación de servicios han buscado permear las formas de tratamiento de las personas diagnosticadas con enfermedad mental. No obstante, sigue siendo dominante el tratamiento por la vía de la hospitalización del paciente, puesto que en Colombia no se ha generado un agenciamiento suficiente de los discursos alternativos y comunitarios<sup>7</sup> en los ámbitos académicos y políticos

La cuestión es: ¿Cuáles fueron los discursos predominantes, emergentes y subalternizados (disciplinares y legales) sobre locura y enfermedad mental que incidieron en su abordaje en la ciudad de Cali, entre los años 1970 y 2000?

---

<sup>7</sup> Poniéndolos en el lugar de discursos subalternizados, y significándolos como de poca cuantía respecto de los discursos hegemónicos.

Para comprender el panorama desde donde se soportan éstos discursos, es importante conocer su articulación con las conceptualizaciones académicas con respecto a la locura que circulaban en el mundo occidental, así como con las condiciones socio-políticas de Colombia, las reglamentaciones relacionadas con el sector salud, las maneras como se concibe en el país la salud pública y la forma en que tradicionalmente la ciudad se relacionaba con el sujeto “loco”.

En ese orden de ideas se hizo necesario:

- Conocer los discursos disciplinares vigentes sobre la locura y la enfermedad mental, identificando sus polifonías, superposiciones, intersecciones e intercepciones y las tensiones existentes de los mismos, entre los años 1970 y 2000, e incluso anteriores a la década de los 70.
- Identificar los eventos, políticas y tendencias epistemológicas que operan en los cambios discursivos y en las prácticas de tratamiento del “enfermo mental”.
- Conocer la forma en qué discursos específicos relacionados con la antipsiquiatría, los derechos humanos, el comunitarismo, la emancipación, las ciencias críticas, el construccionismo social, el psicoanálisis y otros, han incidido en la forma particular de posicionamiento de tratamientos relacionados con la salud mental en la ciudad de Cali.

Se parte aquí de la convicción de que los aspectos sociales, económicos y políticos, propios de los procesos históricos de las ciudades se encuentran vinculados con las formas en que se generan las tramas del tejido social. Por ello es legítimo pensar que el proceso de crecimiento demográfico y de modernización de las ciudades colombianas ha venido estableciendo nuevas formas de vivir lo urbano, socialidades emergentes, nuevas formas de organización humana relacionadas con la individualización, nuevos modos de sectorización de la ciudad y con ello otras opciones ligadas a leyes o parámetros en los procesos de inclusión social de los habitantes urbanos.

Si se tiene en cuenta que muchas de las antiguas y nuevas formas de ser-existir, del sujeto humano son el resultado de una compleja urdimbre de hechos y acontecimientos históricos, en donde se unen y se bifurcan los conflictos nacionales contemporáneos –sociales,

políticos, económicos- con los conflictos propios del devenir existencial de los ciudadanos; es probable entonces que esta trama -a veces confusa, de hilos que se anudan, se tejen, se rompen y/o se enredan entre sí- permee los discursos y con ellos a los ciudadanos en relación con su entorno y consigo mismos.

En la búsqueda de los elementos de tensión, de imbricación y de ruptura, que se han hecho presentes desde la perspectiva de la hospitalización como recurso viable para la llamada “estabilización de la salud mental del paciente”, o de su cuadro sintomático, a la perspectiva de la salud mental comunitaria, se consideró fundamental la revisión documental de las siguientes fuentes primarias:

- Sentencias de tutela (T-130 de 1993, T-235 de 1993, C-221 de 1994, T-304/95, T-248 de 1998, T-414 de 1999 y T398 de 2000).
- Resoluciones, Decretos y Leyes relacionados directa o indirectamente con la Salud Mental<sup>8</sup> (Resoluciones 08185, 08186, 08187, 09089 y 09090 de 1982; 14129 y 14130 de 1985; 6980 de 1991, 2417 de 1992, 8430 de 1993, 5261 de 1994, 3997 de 1996, 4288 de 1996 y 2358 de 1998; Decretos 1136 y 1355 de 1970; Decreto 2358 de 1981, Decreto 3430 de 1982; 3788 de 1986, 2737 y 2177 de 1989, 1757 de 1994; 1320 de 1997; 30 de 1986; y leyes 09 de 1979, 100 de 1980; 10 de 1990, 12 de 1991; 65 y 100 de 1993; 124 de 1994; 294 de 1996 y 361, 383 y 387 de 1997).
- Tesis revisadas Universidad del Valle (1968-2000) y Monografías Universidad Nacional (1970 y 1971)<sup>9</sup>
- Artículos escritos en la Revista Colombiana de Psiquiatría y la Revista Colombiana de Psicología entre 1980 y 2000.
- Otros documentos divulgados por el Ministerio de Salud Pública de Colombia, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la salud<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> Ver anexo uno: La legislatura en Colombia relacionada con la enfermedad mental 1970-1998

<sup>9</sup> Ver anexo dos: Tesis revisadas Universidad del Valle (1968-2000) y Monografías Universidad Nacional (1970 y 1971)

<sup>10</sup> Ver anexos tres: Archivos documentales O.P.S., O.N.U., O.M.S. y Ministerio de Salud

### **Inspiraciones metodológicas.**

En México se han realizado estudios específicos, centrados en el Manicomio General La Castañeda (1910-1968), uno de ellos es el de Ríos Molina (2009) un historiador y antropólogo colombiano radicado en México, quien tiene en cuenta por un lado la relación entre el Manicomio y la sociedad mexicana, y por otro a los locos como actores sociales, mostrando las diversas formas en que estos presentaban una particular capacidad de decidir sobre su suerte, y resistirse o evadir a lo que se presenta como “el poder psiquiátrico”.

*La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910–1920* hace parte de las producciones de este autor centradas en la vida de tales sujetos. En su texto, Ríos muestra cómo la locura desbordó las capacidades terapéuticas de La Castañeda y los modos en que familiares, enfermos y cuerpo médico se relacionan en un tejido de tensas contradicciones que provienen de la manera como simbolizan y conciben los discursos sobre la locura y configuran la construcción social de la misma. Entre las fuentes privilegiadas por Ríos, encontramos los documentos del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, del Fondo Antiguo de la Biblioteca Dr. Nicolás León del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina en México.

En la época del estudio de Ríos Molina, la locura se entendía en México como una malformación en consecuencia con las teorías francesas sobre la enfermedad mental de la época, y por ello una vez avanzado el Porfiriato, se hacía indispensable construir un gran manicomio en la capital, para poder aislar a estos “malformados”. Sin embargo durante la Revolución, la locura comenzó a asociarse con las conductas transgresoras del orden social, situación ésta que según Foucault resultaba definitivamente crucial para sentenciar y confinar a los insurrectos. Lo que Ríos encuentra es que en el caso de La Castañeda esto no ocurrió, pues se trataba de un estado tan débil que no alcanzaba a tener incidencia en los procesos de reclusión. El poder de encierro estaba más bien puesto en las familias, estas decidían a quién encerraban y cuándo se levantaba dicho confinamiento.

Los internos rechazaron los diagnósticos clínicos, se enfrentaron a los procesos de encierro, eran actores sociales. Esto es posible afirmarlo cuando el historiador indaga por la

voz del loco. No obstante sus familiares podían dar cuenta de información que podrían catalogar como locura, y dada la diversidad de criterios para este diagnóstico, la designación familiar sobre la locura del confinado era viable. Hay un capítulo de la obra en el que Ríos ilustra el viraje en la concepción de la enfermedad mental entre 1910–1913, en algunos casos de histéricas y alcohólicos. Durante la Revolución los médicos ni diagnosticaron, ni redactaron historias clínicas y muchos pacientes murieron por la dificultad del hospital de garantizar seguridad alimentaria.

Rivera León (2000), expone que toda profesión universitaria tiene un cuerpo de conocimientos derivado de la investigación básica que orienta su práctica. “En el caso de la clínica, este acumulo de conocimientos comprende dos aspectos, uno relacionado con el objeto de estudio e intervención y el otro, derivado del anterior, sobre las técnicas utilizadas para tal estudio e intervención” (p. 262). En ese orden de ideas, el autor plantea que en la práctica de la clínica mental se caracteriza la presencia de diversos modelos psicopatológicos, cada enfoque reduce el psiquismo como objeto de estudio, conceptualización e intervención, a alguno de sus componentes: neurotransmisores, conductas, inconsciente o autorealización y estos se conciben como totalmente excluyentes uno de otro. De ello se han derivado, no sólo diferentes concepciones, sino también diferentes psicologías e incluso psicopatologías. Si bien, la intención final de Rivera es mostrar la posibilidad de interacción entre las epistemes y los modelos históricos y epistemológicos relacionados con la psicopatología, lo que aparece más relevante en el texto, por lo menos para el caso que aquí nos interesa, es la manera como cada episteme deriva una praxis en particular y con ello la invitación que puede recibirse indirectamente del trabajo de este autor en relación al estudio de los marcos epistemológicos hegemónicos en la formación de psiquiatras y psicólogos en Cali y cómo los mismos derivan en unas praxis particulares cuando se trata del abordaje de enfermedades mentales o padecimientos psíquicos.

Por su parte, Rafael Huertas (2001), manifiesta la importancia de las historias clínicas de los hospitales psiquiátricos, “sea cual fuere la época que se considere”, en tanto las mismas se convierten en una fuente primaria de mucha importancia cuando las investigaciones tienen una perspectiva histórico-médica. El autor hace referencia a la obra de Pedro Laín: *La historia*

*clínica. Historia y teoría del relato patográfico*<sup>11</sup>, como un punto nodal en la literatura y la investigación a partir del cual surge la tradición de buscar en este tipo de relatos “las vicisitudes de la ciencia y la práctica médica”. Huertas también hace alusión a la forma como el especialismo médico naciente desde el siglo XIX, introduce un valor particular en las historias clínicas, relacionados a la rama del conocimiento médico que las genera, y que hace que se constituyan en instrumentos, que al tiempo que preceden, son consecuencia de elaboraciones teóricas que es preciso identificar y ubicar en contextos científicos y sociales más amplios. Pero además, la información disponible en las mismas permite intentar otros tipos de análisis que entran de lleno en el campo de la historia social, pues facilitan estudios de demografía y epidemiología histórica, aclaran muchos aspectos del funcionamiento de las instituciones asistenciales y sugieren las características reales de una praxis clínica que no siempre coincidió con los conocimientos o los paradigmas imperantes.

### **Estructura del documento.**

Dicho todo lo anterior, sólo resta informar al lector(a) del presente documento, que el desarrollo temático del mismo se ha planteado en tres capítulos, discriminados de la siguiente manera.

**CAPÍTULO I: POLIFONÍAS SOBRE LA LOCURA Y LA ENFERMEDAD MENTAL, SU TRASEGAR HISTÓRICO:** Se desarrollan elementos asociados a la tensión, unión o incluso connivencia de las diferentes voces respecto de la locura.

Se trata de la ubicación de los discursos culturales y disciplinares que dan una entidad especial al asunto de la locura o que incluso la dividen en entidades disímiles entre sí, tratando de asirla de mejor manera en el discurso científico, pero alejándola del manejo cotidiano y tradicional propio de una amplia gama de discursos socio-culturales.

Se abordará el problema de la significación, como también de la denominación cambiante del fenómeno que va desde la locura hasta el padecimiento psíquico, pasando por la enfermedad mental, el desorden mental y el trastorno mental. Se tendrá en cuenta la

---

<sup>11</sup> Cuya publicación original es del año 1950

complejidad de la interpretación de la cultura no sólo por la manera como la misma es dilucidada desde las diferentes cosmovisiones y por la dificultad que ha revestido su desciframiento para las disciplinas “psi”, sino también por los aspectos relacionados con el poder que en su abordaje se ven implicados.

**CAPÍTULO II: VICISITUDES EPISTEMOLOGICAS, POLÍTICAS, TÉCNICAS Y LEGALES (SUS DESARROLLOS Y SUS TENSIONES EN COLOMBIA):** Se hace aquí un acercamiento a los marcos legislativos y a las políticas públicas sobre salud / enfermedad mental en el País, lo que implica ver de cerca las vicisitudes de la Salud Pública en Colombia, su tecnificación, formación en salud mental y el devenir del saber psiquiátrico en Colombia.

Se advertirá en el avance de dicho capítulo que en un mismo periodo de tiempo, las políticas y leyes no observan un interdiálogo transversal ni longitudinal; y que sucede lo mismo su relación con las epistemes y las praxis de la época. Una forma de explicar ésta condición es que las leyes, luego de ser promulgadas, requieren de un tiempo de maduración y del reconocimiento de su valor y función en los grupos o sectores sociales de su incidencia; y en cuanto a las epistemes, éstas entran en tensión con los hábitos, costumbres y representaciones sociales (de sí, del otro y de la sociedad), no solo de aquellos que operativizan el abordaje directo con las poblaciones, sino de la población misma.

Una ética del conocimiento<sup>12</sup> no sólo implica el desarrollo de procesos cognitivos en los que se estimulen los aspectos intelectual, creativo, investigativo e inventivo de los sujetos, sino también –y sobre todo- la capacidad humana de contextualizar el saber de tal forma que el mismo contribuya al esclarecimiento de los problemas de su sociedad. Por ello, las nuevas formas de producir la comprensión de los sujetos, y en este caso, de los sujetos “anormales”, no se vehiculizan fácilmente en contextos que han introducido de otra manera dicha anormalidad en su diario vivir. Esto sucede debido a que las epistemes para poder ir más allá del ámbito de la academia que las produce, deben cruzar umbrales de “convencimiento” en los pueblos, y para ello, es necesario que éstos valoren sus contenidos y propuestas como algo

---

<sup>12</sup> Entendido el conocimiento como cualidad humana, en tanto proceso cognitivo de cada sujeto en su relación con el saber; y un acumulado de los productos que surgen de las dinámicas cognoscentes de los sujetos, traducidas en teorías, tendencias del saber, investigaciones, artefactos, inventos e incluso dispositivos. (Pirela, 2004)

significativo para su vida individual y/o colectiva. Los pueblos requieren que el conocimiento incida directamente en la cultura y que su discurso tenga un carácter vinculante con el mundo social de sus comunidades y con su cultura misma. Para que sea posible que las comunidades se apropien del tesoro de los significantes que proveen las ciencias y las disciplinas, es necesario que sus miembros reconozcan la ganancia que adquieren en la aplicabilidad de aquello que se le ofrece como fuente alternativa del saber (Abram, 1999; Pirela, 2004; Ander-Egg, 2001; e Infante, 2007).

Encontraremos entonces un capítulo que nos muestra la tensión entre el marco legal, los modelos epistemológicos, las tendencias del conocimiento y las verdaderas posibilidades de su aplicabilidad en un territorio que va urbanizándose en lo económico, pero en el que subsiste con fuerza un pensamiento con profundo arraigo en la mirada rural del mundo.

**CAPITULO III: SANTIAGO DE CALI Y SU RELACIÓN CON LA LOCURA.** Los procesos de abordaje y tratamiento de la locura en Cali, no pueden circunscribirse a las lógicas del Hospital, puesto que éste no sólo es de inicio tardío respecto a otras instituciones de ese orden en Colombia, y en particular en Cali, sino que desde sus inicios no tenía el desarrollo que sí se evidenciaba en otros asilos u hospitales psiquiátricos de la época.

Esta condición respecto a la situación de sujetos en posición de padecimiento psíquico en Cali, como también de abordaje de aquellos que en virtud de sus comportamientos no podían ser incluidos en el sistema social, hizo que -junto a algunos de los considerados como “locos”- fueran remitidos a Sibaté o a Pasto.

Es ya en el despunte del siglo XXI que el Hospital Psiquiátrico comienza a defender un sitio especial, no sólo con respecto a la oferta de servicios y a la investigación en Colombia, sino también en América Latina. Pero para el periodo que interesa a este trabajo, lo que encontramos es que existieron dos lógicas paralelas, la del loco hospitalizado y la del loco deambulante.

Por la misma época hubo “locos” llevados por sus familias o por la policía al Asilo primero y luego al Hospital Psiquiátrico, y otros locos visibilizados que no portaban camisas de fuerza y que luego habrían de hacer parte de los hitos de la historia cultural de la ciudad.

Por ello se desarrolla un apartado sobre ellos: los visibilizados, los inmortales, los reconocidos, para luego atender asuntos relacionados con las trazas que ha dejado la praxis en la ciudad, terminando con un recorrido general de la reclusión al comunitarismo en Cali en la atención del sujeto en condición de padecimiento psíquico en la ciudad.

**TIEMPO DE CONCLUIR:** Se propone un análisis de la información, exponiendo que en Cali las dinámicas sociales de la locura, no han estado necesariamente en sintonía con los discursos legales y disciplinares, sino que éstos han tenido efectos en algunos sujetos y comunidades más que en otros, dada la complejidad de los factores socioculturales de la ciudad, así como la manera en que los diferentes modelos explicativos de las ciencias “psi” han incidido en la mentalidad, no de los pueblos en general, sino de los profesionales que operativizan los abordajes de la locura.

Se muestra también que la representación social del loco en el periodo aquí estudiado, no necesariamente se encuentra vinculada a la peligrosidad o a la visualización del mismo como objeto de desecho, sino que incluso se llega a espectacularizar su presencia, construyendo desde su figura y sus formas particulares de habitar el espacio público, verdaderos íconos de ciudad.

Coexiste entonces la visión psiquiatrizada del loco, con la representación social del mismo como un personaje popular y carismático. Las narrativas sobre la locura son divergentes y tal vez confluentes<sup>13</sup>, desde la locura con una condición sufriente del alma, hasta la misma como una enfermedad factible de ser concebida etiológicamente desde la biomedicina, pasando por la visión de la locura demoníaca o mágica, proveniente de fenómenos relacionados con posesiones o embrujos malignos.

---

<sup>13</sup> Asunto éste que puede ser estudiado en posteriores investigaciones

## **CAPÍTULO I: POLIFONÍAS SOBRE LA LOCURA Y LA ENFERMEDAD MENTAL, SU TRASEGAR HISTÓRICO**

*“Aquellos que antes se consideraba inmutable, se ve ahora como una <construcción cultural> sometida a variaciones en el tiempo y el espacio. Merece la pena recalcar el relativismo cultural implícito en todo ello. El fundamento filosófico de la nueva historia es la idea de que la realidad está social o culturalmente constituida. El hecho de que muchos historiadores y antropólogos sociales compartan esta idea o hipótesis ayuda a explicar la reciente convergencia entre ambas disciplinas (...) Este relativismo socava además la distinción tradicional entre lo central y lo periférico en historia” (Burke, 1991: 16 y 17).*

Chomsky (2005[1989]); De la Mata Ruiz, I. y Ortiz A. (2007) y Burke (1991) revelan que el estudio de los fenómenos sociales y culturales, se topa con una serie de tiempos, espacios, memorias, discursos entrecruzados y criterios de verdad relativos, que lejos de convertirse en obstáculos epistemológicos deben más bien derivar en marcos explicativos complejos de las realidades que son sometidas a estudios historiográficos. Por su parte, Rodríguez et al (2014) enuncia que los grupos sociales construyen los recuerdos, pues si bien “Son los individuos los que recuerdan en sentido literal, físico, pero son los grupos sociales los que determinan lo que es <memorable> y cómo será recordado. Los individuos se identifican con los acontecimientos públicos importantes para su grupo” (p. 44). Y en ese recuerdo construido por los pueblos y las ciudades, suele aparecer una memoria particular sobre la locura, una manera o conjunto de formas particulares de experimentarla, de mirarla, de temerle, de habitarla o de “curarla”.

La locura no se concibe aquí necesariamente como un estado específico del alma, no es algo que le pasa necesariamente a un sujeto por fuera del campo del vínculo social, sino que se concibe para ésta investigación como una construcción mental cuya representación se encuentra sujeta a la tensión generalmente existente entre el pensamiento hegemónico y la tradición propios del contexto sociohistórico y cultural de quien la estudie, la observe o la posea.

Con respecto al cambio de las prácticas en el tratamiento de la locura, Pinto (2012) manifiesta que:

“De la concepción manicomio que imperó por siglos en los sistemas asilares originados en Europa se ha pasado lentamente a una concepción que privilegia el manejo ambulatorio, las hospitalizaciones de corta estancia, el modelo de comunidad terapéutica y la rehabilitación psicosocial” (p. 60).

Afirma seguidamente que en el cambio de los paradigmas por mucho tiempo vigentes, han influido los siguientes factores:

“...un mayor potencial terapéutico y un mejor perfil de seguridad; la contribución de las nuevas formas de psicoterapia; el desarrollo de los modelos de hospitalización parcial desde mediados del siglo XX; la evidencia de la preservación de la autonomía de la persona como insumo terapéutico; la extensión de la red de servicios de salud mental hacia la comunidad, y el reconocimiento de los derechos de ciudadanía y la promoción de las libertades fundamentales de las personas que conviven con trastornos mentales” (Pinto, 2012: 60).

Se trata entonces de cambios relacionados con el modelo hospitalario, el desarrollo de las psicoterapias y la concepción del “enfermo mental” como sujeto de derechos y posible agente social. No obstante, es factible poner, si no en cuestión, sí en tensión, la viabilidad de esos argumentos, por lo menos en la ciudad de Cali. Esto por cuanto en Colombia el Estado no provee la atención psicológica de los pacientes en las diversas salas del Hospital Psiquiátrico, ni el apoyo directo por profesionales de terapia ocupacional a cada paciente. Además los procesos ofertados por “hospital día” no necesariamente cuentan con los recursos humanos y logísticos que permitan una labor terapéutica de cara a la singularidad de los pacientes, así como no es posible dar cuenta de una real minimización de reingresos, ya que una vez los pacientes egresan, no encuentran redes de apoyo social que puedan acompañar su recuperación y minimizar las posibilidades de reincidencia en las crisis.

De otro lado, t es posible afirmar que las lógicas de exclusión social y de integración en la vida comunitaria de personas relacionadas con lo que socialmente representa “la locura” no han sido una constante en la historia de la ciudad, ni el departamento del Valle del Cauca, e incluso, como luego se verá, en otras ciudades del país.

De hecho, la relación misma con “la locura” como una enfermedad cuyo conocimiento es propio del saber médico, no se encuentra totalmente instalada en Colombia. Ese es un asunto que desarrolla con gran pertinencia el antropólogo Carlos Alberto Uribe Tobón, en sus estudios sobre los mitos, las creencias, la magia, el yagé y el ritual en relación con la locura, la enfermedad mental y la psiquiatría. Encontramos la enfermedad mental, abordada desde el campo de la psiquiatría, pero también diversas formas de “locura” de las cuales se pueden encargar las yerbas, los rituales, los(as) brujos(as), los sacerdotes, los pastores, los chamanes o incluso las oraciones a los ángeles, los santos o los dioses. En muchos países latinoamericanos encontramos incluso que las rutas de curación o tratamiento seguidas por

algunos sujetos en condición de padecimiento psíquico y sus familias, incluyen el seguimiento por psiquiatría, la psicofarmacología y algunos elementos mágico-religiosos propios de su cultura o tomados de posturas foráneas que van abriéndose paso en el conjunto de discursos sobre la locura y la anormalidad, que circulan en la región.

Respecto al camino trasegado por la psiquiatría en el país, encontramos el texto publicado por Humberto Rosselli: *Historia de la Psiquiatría en Colombia* (1968) en el que desarrolla temas relacionados con los saberes y terapéuticas indígenas, la concepción de lo psicopatológico durante la colonia y la inquisición, la formalización de los estudios de medicina en la Universidad Nacional de Colombia, los asilos, la locura en autores y obras literarias representativas del país, el desarrollo de la cátedra de enfermedades mentales en la Universidad de Antioquia en septiembre de 1914 (magisterio éste que duró un solo año por condiciones que posteriormente serán explicadas). Rosselli así mismo destaca algunas de las posibles categorizaciones epidemiológicas respecto a la llamada higiene mental, generadas desde mediados del siglo XX en las que se incluía el alcoholismo, los vicios (entendidos como adicciones a la coca, la mariguana y los barbitúricos), la violencia, la delincuencia juvenil, la prostitución e incluso condiciones familiares que distaban del ideal sobre la misma y que se denominaron “desorganización de la familia”.

Esta obra es la primera recolección y sistematización de datos durante el siglo XX, que aporta a una mirada general sobre los momentos más trascendentales de la psiquiatría en el país. Aunque hay que reconocer que es una obra que tiende a hacer ruptura con una historiografía institucionalizada, se evidencia en ella la tendencia a la exaltación de los sucesos, lo que tal vez se asocie al ejercicio disciplinar y el lugar social e institucional de su autor en el tiempo en que la escribe. Rosselli, además – siguiendo ese espíritu glorificador – pone especial acento en los datos relacionados con algunos protagonismos profesionales en el ámbito de la psiquiatría en Colombia. No obstante, constituye una importante fuente de datos que en diálogo con otros autores y documentos, aportan a la configuración de una mirada mucho más amplia sobre la condición misma de la psiquiatría en Colombia en buena parte de ese siglo.

En 1986, entre los eventos relacionados con el trisesquicentenario de la ciudad de Santiago de Cali, se publicó la obra de Guillermo Orozco *450 años de Medicina en Cali*. Se trata de un libro en el que se recoge información desde el tratamiento de las enfermedades en los tiempos relacionados con la fundación de las primeras clínicas, hospitales, Colegio Médico, Escuela de medicina y explosión de la medicina como profesión, hasta la primera mitad de los años 80's del siglo XX. El trabajo de Orozco se incluye un aparte sobre la investigación y las problemáticas mismas del oficio médico. No obstante, no aparecen allí importantes referencias sobre la salud o enfermedad mental.

Hernández y Obregón (2002) en su recorrido por la historia de las relaciones entre la Organización Panamericana de la Salud y el Estado Colombiano, evidencian que los procesos y procedimientos relacionados con el manejo y la administración de la salud en un territorio nacional, dependen de un conjunto de variables intrínsecas y extrínsecas, y de la manera como las mismas se entretajan a la luz del discurso dominante de la época. Estos autores afirman que las políticas públicas en salud dependen, no sólo de las necesidades de la población, sino también de los hitos políticos, las relaciones internacionales y los intereses o convenios ejecutados por organizaciones continentales, mundiales o incluso internacionales de carácter privado.

En el caso de la O.P.S.<sup>14</sup>.

“La lucha contra enfermedades importantes desde los puntos de vista social, económico y político, la promoción y el apoyo a las respuestas estatales para enfrentar las necesidades sanitarias, y el fortalecimiento técnico de un recurso humano cada vez más indispensable para agenciar la acción sanitarista, constituyeron los grandes frentes de trabajo de la labor de asistencia y cooperación técnica con los Estados miembros todo ello cobijado bajo la impronta de un discurso y un quehacer salubristas. (...) Aunque no siempre coherentes con sus propios planteamientos, los países latinoamericanos buscaron la manera de ajustar sus estructuras y dinámicas sanitarias para responder a las necesidades de salud de sus propios habitantes en el marco de los llamados y los convenios internacionales, generalmente propiciados por la O.P.S.” (Hernández y Obregón, 2002: 9).

En 2012 Ardón Centeno, Nelson y Andrés Cubillos Novella, desarrollaron un estudio sobre la salud mental desde la evolución de la normatividad colombiana en el periodo 1960-2012. En este se realiza un análisis de la aplicación, la evolución, los logros y las miradas que se ponen de relieve en la construcción constante del marco legal relacionado con la salud mental. Estos autores identifican para ese periodo, dos modelos de salud mental; uno basado

---

<sup>14</sup> Organización Panamericana de la Salud.

en los trastornos mentales y en su atención (entre 1960 y 1993) y otro basado en la Atención Primaria en Salud (entre 1993 y 2012).

Durante el primer modelo, los esfuerzos se centran en la atención ampliada y diversificada de la enfermedad mental, buscando descentrar los servicios prestados en los manicomios y hospitales psiquiátricos, luego de identificar que los internamientos contribuían al deterioro del paciente. Al respecto, estos autores señalan que:

“Los hitos históricos atañen entonces a las transformaciones de la percepción de la enfermedad mental, de las personas que la padecen y de su atención, en cuanto el discurso sanitario supera al manicomial, ya que la noción de trastorno se va abriendo paso y quienes sufren estas patologías empiezan a ser considerados sujetos de derechos. Se propende por su inclusión social y por la reorganización y ampliación de los servicios, enfatizando en la necesidad de un desplazamiento de la institución psiquiátrica total —modelo hegemónico de atención— hacia prestaciones de tipo ambulatorio en unidades de hospitales generales, centros comunitarios y en modalidades de hospitalización parcial...” aunque “...no siempre el entorno provee los apoyos necesarios para la inclusión de quienes salen o no son admitidos en un hospital, para que puedan ubicarse de manera efectiva en el medio familiar y social.” (Ardón-Centeno et al. 2012: 12).

En este periodo comienza a posicionarse la interdisciplinariedad, a privilegiarse la psicofarmacología sobre las terapias electroconvulsivas y a diseñarse políticas y estrategias basadas en el modelo de comunidad terapéutica, de psiquiatría comunitaria y salud mental comunitaria, inspirados en el movimiento liderado desde Italia por Franco Basaglia<sup>15</sup>, se avanza en los procesos de descentralización de los poderes y se fortalece la perspectiva garante de derechos como discurso que debe ser viabilizado por buena parte de los países del mundo occidental.

Con respecto a los procesos que se vienen adelantando para la descentralización del Estado Colombiano<sup>16</sup>, se establece un modelo basado en la Atención Primaria en Salud (1993-2012). Debe destacarse que la reforma del Sistema de Salud en Colombia se encuentra vinculada con la declaración de la Constitución Política de Colombia en el año 1991, que dio paso a la búsqueda de transformaciones en sintonía con el nuevo énfasis en la salud mental y

---

<sup>15</sup> Que, como se verá posteriormente, propone una ruptura conceptual y operativa en la manera como se concibe disciplinariamente la locura y en las formas de abordaje de los sujetos a los que se identifica como sus poseedores.

<sup>16</sup> “Con la expedición de la Ley 14 de 1983, que procuró fortalecer los tributos territoriales; del Acto legislativo 01 de 1986 que proclamó la elección popular de alcaldes, y de la Ley 12 del mismo año que estableció las transferencias del Impuesto al Valor Agregado a las entidades territoriales, se sientan las bases del proceso de la descentralización político-administrativa en Colombia” (Soto, D. 2003 p.135)

la nueva conceptualización de la salud promovidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Se gestaba la concepción de la intersectorialidad como plataforma para el desarrollo de condiciones garantes de los derechos de los usuarios del Sistema de Salud y en particular de los servicios en el campo de la salud mental. Pero ello no se evidenció en las prácticas del Sistema General de Salud Pública del país, debido a una serie de resistencias laborales, políticas y sociales: En primer lugar, los expertos no estaban interesados en desituarse con respecto a su lugar de poder-saber; por otro lado, las formas tradicionales de hacer política no ubicaban a los líderes sociales y comunitarios como posibles actores sociales con influencia directa en el mejoramiento de la calidad de vida de los sujetos, sino que los actores comunitarios hacían parte de las lógicas del clientelismo, y era desde allí desde donde más favorables resultaban para el sostenimiento de los actores políticos tradicionales; y relacionado con ello, las comunidades, que habían establecido su relación con los servicios del Estado desde las lógicas del asistencialismo, debían ahora incorporar y legitimar desde sí mismas sus derechos a la participación ciudadana y al activismo comunitario.

Con respecto a las nuevas modalidades de tratamiento nos encontramos con dos novedades: El fuerte impulso de la psicofarmacología y la implementación de dispositivos alternativos al internamiento hospitalario de los pacientes. En Colombia se adoptó fácilmente la psicofarmacología como parte esencial del tratamiento, e incluso se asumió que gracias a ella se evitaba la aplicación de terapias electroconvulsivas a los pacientes, que podían llegar a ser altamente nefastas y revestían mayor riesgo de mortalidad durante su aplicación.

Sobre las terapéuticas alternativas, Alazraqui, H. (2017) recapitula hitos fundamentales en la historia de un dispositivo particular de tratamiento del paciente con diagnóstico psiquiátrico: El hospital de día, siguiendo su evolución, sus prácticas, la caracterización general de las personas atendidas dentro de ese dispositivo y las terapéuticas allí generadas. Este autor articula tres grandes períodos de la psiquiatría en su concepción sobre los hitos del abordaje de los pacientes psiquiátricos, definidos mucho antes por Rapapport:

1. El nacimiento de la psiquiatría como rama de la medicina en el que los dispositivos manicomiales y luego los Hospitales Psiquiátricos eran espacios en que se dinamizaba el paradigma biologicista y se buscaba la anulación del síntoma.

2. El periodo de la interpretación y significación de los síntomas a partir de los desarrollos del psicoanálisis y

3. La época en el que se integra el estudio de la subjetividad y el padecimiento psíquico a lo social. De este último movimiento se deriva entonces el Hospital de día.

El autor menciona que la estrategia en realidad, surge en el marco de una tendencia que integra la subjetividad a los hechos de la vida social y las condiciones histórico-culturales, pero en realidad lo que termina motivando la generación escalada de esta experiencia por diferentes países del mundo, es la necesidad de generar una reducción de los costos de tratamiento acarreado en el modelo de internación<sup>17</sup>.

### **El problema de los significantes y sus significados en el campo de la locura y la enfermedad mental.**

Las últimas dos décadas del siglo XX se caracterizaron, en el campo historiográfico de la salud, como un periodo en el que se produjeron estudios de notable importancia, casi todos desde la perspectiva del constructivismo social. Charles Rosemberg se convierte en uno de los más importantes exponentes de éste tipo de estudios:

“Para este autor, la enfermedad es <un acontecimiento biológico>, pero también <un peculiar repertorio generador de construcciones verbales que reflejan la historia intelectual e institucional de la medicina, un aspecto de la política pública y la legitimación potencial de ésta, un elemento potencialmente definidor de roles sociales, una sanción de normas culturales y un elemento estructurador en las interacciones médico-paciente>. Y concluye apuntando que <de alguna manera,

---

<sup>17</sup> En el momento inicial, ese modelo novedoso de atención parcialmente ambulatoria y de parcial internamiento, no llevaba el nombre de Hospital de Día, sino que éste es acuñado en 1947 por el canadiense Even Cameron, e inaugurado por J. Brier en Inglaterra. Sobre el proceso de consolidación en el mundo de este nuevo modelo de tratamiento, es posible decir que: “En Estados Unidos, los primeros Hospitales de Día se fundaron en la Yale University Clinic (1948) y en la Meninger Clinic (1949). Tanto en los EE.UU. como en el Reino Unido, luego de la promulgación de leyes de protección al enfermo psiquiátrico en la década de 1960, se dio gran impulso a la apertura de nuevos centros. En Argentina, la sala de Internación en el Hospital Evita, de Lanús, fue la primera que tuvo un hospital general en América Latina. En Rio Negro, posteriormente, se implementa un programa de Salud Mental con atención exclusivamente ambulatoria y cierre de estructuras manicomiales. En Francia, Manoni y Lefort crean un centro para la atención de niños y adolescentes psicóticos en Boneil. En Canadá, el Centro 388, dirigido por W. Apollon, propone desde el Hospital de Día, una modalidad específica de tratamiento para la psicosis. En América Latina, el primer hospital de día se funda en La Habana (Cuba). Luego, en Porto Alegre (Brasil) y en el Hospital Borda. Todos ellos en la década de 1960. Los siguen, en la década de 1970, en Argentina, el Tobar Jarcia, el Moyano y el Hospital Italiano” (Alzraqui, 2017: 37)

la enfermedad no existe hasta que hemos acordado su existencia, al percibirla, nombrarla e intervenir sobre ella<sup>18</sup>>” (Huertas, R. 2011: 438).

Huertas se refiere aquí a las entidades que se caracterizan por la morbosidad física, verificable por la medicina a partir de los datos recogidos mediante el conjunto de sus instrumentos, o de la revisión de indicadores precisos con los cuales sea posible definir una categoría diagnóstica específica. Pero ello no exime la pertinencia de la visión de Rosemberg y de su rescate por Huertas, en el caso de las entidades relacionadas con lo que en la actualidad se acuña dentro de la diada salud-enfermedad mental. Que –en todo caso- deben ser estudiadas en el reconocimiento de la condición histórica de su existencia, de las características propias del escenario en donde fue posible su invención-construcción, evidenciando los elementos socio-políticos, culturales y epistemológicos de ese escenario, que pueden ser investidos de sentido, estudiados e interpretados.

La locura como entidad general que sirve para definir todo tipo de enajenación mental que pone al sujeto fuera del discurso social de su época, es una condición humana que se ha escenificado de muy diferentes maneras en el prolongado periodo de la historia de los grupos humanos. Hasta mediados del siglo XX, las referencias a la locura aludían a varios significantes: la falta de cordura en el actuar, la presencia de elementos delirantes en el pensar, la ausencia de coherencia en la expresión verbal o escrita de las ideas o la referencia a alucinaciones.

Como palabra, la “locura” hace parte del uso popular del lenguaje para definir una variada gama de acontecimientos y condiciones humanas que la tornan ambigua. Pese a eso, se trata de un significante, no solo cargado de muchos significados, sino también ampliamente usado para dar cuenta de algo que se sale de alguna norma establecida. Por ello, la falta de rigor en su denotación resulta inversamente proporcional a la naturalidad de su uso por los sujetos y los pueblos. No se trata de un concepto científico, sino de una acepción cuya connotación “todos conocen” y usan para referirse a la pasión, al disparate, a la crueldad, a la imprudencia, a la demencia, a la perturbación, a la “chifladura”. Su sentido entonces podría

---

<sup>18</sup> “... en el caso de las enfermedades o los trastornos mentales, la reflexión en torno a <la locura construida> se enriquece de manera considerable, no solo por su enorme fuerza simbólica y estigmatizadora, que en buena medida comparte con las enfermedades infecciosas, sino por su propio carácter maleable y en cierto modo inasible de <lo otro de la razón>” (Huertas, R. 2011: 438).

ser degradante, satírico o burlón y el loco, aquel que porta ese significante en la cotidianidad de su vida, podría ser visto como un indigente descarriado, pero también como un excéntrico artista o como un pintoresco personaje.

La locura podría ser entonces motivo o no de reclusión y señalamiento social, dependiendo del sujeto portador, del lugar en donde circule, de sus vínculos sociales y de otros factores sociales y políticos que incidan en la investidura de otros significantes posibles a su persona:

“...pero nunca le significaba un calificativo definitivo y mucho menos definitivo, justamente por no estar avalado por un diagnóstico psiquiátrico. En cambio, diagnosticarle de demente, de esquizofrénico, de psicópata o simplemente de histérico le suponía casi automáticamente un estigma social negativo y el correspondiente tratamiento correctivo” (González, 2002. P.13).

Por mucho tiempo en la historia de occidente, la locura se dividía en pocas categorías, que dependían del grueso de los síntomas identificables en una persona. Sin embargo en las últimas décadas del siglo XIX, en Bélgica y Francia, y las primeras del siglo XX, en Alemania, comienzan a fortalecerse las propuestas clasificatorias de “la locura”.

Ya en el siglo XIX, la psiquiatría se había encontrado de frente con una gran cantidad de obstáculos epistemológicos que la interrogaban como ciencia. Esto se evidenciaba aún más si se comparaba con el aparato con el que contaban las ciencias médicas para someter a comprobación sus premisas. Mientras que la medicina perfeccionaba sus marcos de comprensión, clasificación y reconocimiento de las comorbilidades en el campo de las enfermedades físicas, la psiquiatría se encontraba cotidianamente con su gran dificultad para justificar etiológica o anatómicamente las enfermedades mentales, pero también para definir las mismas respecto a un conjunto de condiciones sintomáticas. Por eso cuando la Société de Médecine Mentale de Bélgica propuso la construcción de una clasificación internacional de enfermedades la invitación fue acogida, en tanto ello permitiría la construcción de estadísticas epidemiológicas universales y -al tiempo- la psiquiatría podría ganar un verdadero reconocimiento en el concierto de las especialidades del campo médico. El Congreso Internacional de Medicina Mental de Paris en 1889 fue el escenario para que el debate y la construcción de una clasificación diagnóstica ocurriese.

“El Congreso de 1878, tan notable en todos los aspectos, y por su organización y resultados, sirvió de modelo para el de 1889. Sin embargo, existe una diferencia muy notable entre estas dos reuniones. En 1878, las cuestiones de legislación y administración tomaron prioridad sobre la

cuestión científica propiamente dicha. De sus ocho sesiones, cuatro y medio están dedicados a la primera, solo tres segundos y medio. En 1889, la proporción está más que revertida; Nueve de nueve sesiones se llenaron completamente con artículos científicos, relacionados con la etiología, el descubrimiento de nuevas patologías y la clasificación de enfermedades mentales”. (Falret, J. 1889: 179-180).

Pero en el proceso mismo de elaboración de la misma, se encontraron con que no les iba a ser fácil la elaboración de un instrumento desde un lenguaje disciplinar común y compartido. Esto incluso cuando ya para ese tiempo, se tenía claro que lo que buscaban crear era:

...“un instrumento simple, un formulario o una lista de patologías que permitiera unificar lo que parecía imposible de ser unificado. Una clasificación artificial, una ficción operativa para comparar datos entre diferentes países, libre de toda conjetura o creencia. Lo que llamaríamos hoy una clasificación simplificada y a-teórica de las patologías mentales capaz de ser cuantificada” (Caponi, S. 2011: 86).

El resultado fue una clasificación de la que definitivamente no participó Francia, al no poder establecer los acuerdos necesarios para asirse a un lenguaje común. Esto ante todo porque la psiquiatría francesa se encontraba altamente ligada con las perspectivas evolucionistas y ello no concordaba con los acuerdos determinados en el congreso. La clasificación convenida por los otros países participantes fue la siguiente:

“1° Mania 2° Melancolía 3° Locura periódica (locura de doble forma) 4° Locura sistemática progresiva 5° Demencia furiosa 6° Demencia senil u orgánica 7° Parálisis General 8° Locuras nerviosas (histeria, epilepsia, hipocondría) 9° Locuras tóxicas 10° Locura Moral e impulsiva y 11° Idiota, imbecil, etc” (Falret, J. 1889: 180).

Poco después en los estudios sobre el psiquismo tomaron auge dos propuestas clasificatorias provenientes de Alemania: la de Sigmund Freud y la de Emil Kraepelin. El primero concibe el padecimiento psíquico desde una perspectiva estructural y desde esa óptica planteará la existencia de tres estructuras psíquicas que tendrán algunas subdivisiones, dependiendo los hallazgos encontrados conforme avanza su casuística.

Kraepelin, por su parte, explica el padecimiento psíquico desde los síntomas que puedan describirse objetivamente y de los que pueda comprobarse su curso o evolución, en pos de un pronóstico. Freud entonces pedirá poner especial cuidado en la escucha del paciente y la biografía del mismo será fundamental en el proceso, mientras que Kraepelin se basa en un

sistema de clasificación que él mismo habrá de construir y depurar y que tiene un carácter puramente objetivo<sup>19</sup>.

“Kraepelin minusvalorará los elementos subjetivos, ambiguos y emotivos presentes en los relatos, hasta el punto de construir una estrategia anti-narrativa; esto es, la ocultación del discurso del paciente frente a las supuestas evidencias objetivas de la enfermedad será una condición necesaria, aunque no suficiente según su perspectiva, para construir una psiquiatría científica.” (Caponi y Martínez, 2013: 468- 469).

Así surge y se fortalece la noción de enfermedad mental, pasamos entonces a un nuevo estatuto del loco, ya no como un sujeto que posee una condición, sino como un enfermo de cuyo ser él mismo poco sabe. El saber-poder se traslada y la locura deja de ser un asunto del pueblo, del chamán, del brujo, del sabio, del cura; para convertirse en un corpus conceptual que ha cambiado de nombre, se ha complejizado en sus más profundas significaciones, ha sufrido una metamorfosis cuyo efecto resulta más enigmático para el hombre y la mujer “del común”, y para cuya comprensión tendrán que dirigirse a un facultativo experto.

Pero luego, con el auge de los sistemas clasificatorios y de manera específica, con el ingreso del D.S.M.<sup>20</sup> en el panorama psiquiátrico, se va a interrogar paulatinamente la noción de enfermedad para concluir que será más pertinente hablar de trastorno, que de enfermedad. Pues no hay realmente un correlato de esas entidades diagnósticas que puedan identificarse con la conceptualización de enfermedad que proviene de las ciencias naturales e incluso de los sistemas de salud.

Por último, un elemento paradójico es que en la medida en que se va tecnicando el concepto, se hace más ajeno a la población y se va excluyendo más al paciente. Frente a este fenómeno los movimientos sociales pro-integracionistas y los pro-inclusión social comienzan a proponer cambios en el lenguaje con el que se hace referencia al enfermo mental, y a su vez campos del saber como las perspectivas críticas y el psicoanálisis harán referencia a la noción de “padecimiento psíquico”.

Aquí se hará referencia a locura, enfermedad mental o trastorno mental de acuerdo con la manera como esa condición particular de los sujetos sea nominada en el marco de lo social,

---

<sup>19</sup> Kraepelin publica las primeras ediciones de su Manual de psiquiatría clínica entre 1883 y 1896, en una época en que no había otro referente que se acercara a una nosología consistente de las enfermedades mentales.

<sup>20</sup> Siglas con las que se identifica el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

lo curricular, lo legal o lo disciplinar; encontrando muchas veces que las referencias se traslapan. Sin embargo, se intentará evitar el cambio de un término por otro, debido a lo que ello puede revestir respecto a las significaciones puestas en juego.

Nos encontramos entonces aquí con una suerte de polifonías, pero no necesariamente con unas verdaderas relaciones dialógicas entre esas voces sobre la locura, pues se trata de un panorama discursivo que propone diversas significaciones de la locura. Ahora bien, es conveniente recordar que Bajtin (1982) propone un ser más allá de la conceptualización individualista y defiende su visión del hombre como un sujeto social, que en tanto colectivo, posee un yo múltiple, forjado, entre otras cosas, por la asimilación de significantes desde diversas fuentes. Ello nos provee de elementos que posibilitan una discusión sobre el efecto de esta polifonía en la manera como los sujetos viven y se relacionan con la locura. Muy temprano en el desarrollo del presente texto, habría que advertir entonces que, si bien los discursos aparecen escindidos, es probable que las comunidades y con ellas los sujetos sociales, se hayan apropiado de aquello que en cada discurso les resulta más familiar y manejable. Pero detengamos el desarrollo de esta idea, a fin de proveernos de un mayor bagaje de conocimientos y datos para acuñar con mayor o menor fuerza este supuesto.

### **La locura: poder, saber y cosmovisiones**

A partir de lo que Novella (2010) denomina una historia cultural de la subjetividad, se examina la contribución de los médicos españoles del siglo XIX a la higiene psíquica, reconstruyendo los discursos médicos en torno a dos asuntos principales, de un lado los efectos disruptivos de la imaginación y las pasiones, y de otro lado la reconceptualización que se comienza a hacer del psiquismo en la Modernidad; para luego poner de manifiesto una impronta burguesa en los patrones de abordaje del psiquismo, dada “su afinidad con la cultura y la autocomprensión psicológica de las nuevas elites liberales” (p.55).

Este autor expone que en la España del siglo XIX hay un tránsito paulatino desde la perspectiva moral cristiana -que invita a que el sujeto combata las pasiones humanas mediante un ejercicio sistemático en la atención dada por el sistema a dichas pasiones- para pasar, no sin ambivalencias e incluso con alguna suerte de proceso de asimilación, al modelo de

atención más psicológico, propio del surgimiento del siglo XIX. Esto implica entonces, para lo que aquí nos interesa, reconocer que hay un viraje en la forma en que se abordaba la cuestión de la locura, lo que permite pasar paulatinamente de las premisas morales instauradas bajo el dogma del cristianismo, hacia corrientes más ligadas al virtuosismo<sup>21</sup> civil de los ciudadanos, hasta derivar en la consolidación de una psicología de carácter voluntarista y de corte positivista, que defendía la existencia de un “Yo” capaz de definirse concretamente a partir de la voluntad del sujeto:

“A lo largo de las primeras décadas del siglo XIX había empezado a popularizarse una psicología espiritualista cuyos elementos distintivos eran la afirmación del ‘yo’ como una instancia unitaria e inmaterial y un ‘hecho primitivo’ previo e independiente de la sensación; el énfasis en la conciencia como un dominio legítimo de experiencia accesible por medio de la introspección; y, justamente, la ecuación del psiquismo con el ‘esfuerzo voluntario’, esto es, la atribución al yo de un carácter activo y causalmente eficaz” (Novella, 2010: 69).

Para esa época, también resuenan en España las miradas de lo psicopatológico de Laromiguière y de Esquirol. Este último mencionaría a principios del siglo XIX, en un texto editado en 1805 y titulado “*Sobre las pasiones*”, que las mujeres jóvenes eran más proclives a presentar síntomas relacionados con la alienación, cuando se aficionaban a la lectura de novelas en las que la vida o el amor fuera idealizado. La lógica explicativa de ésta premisa era que ese tipo de literatura inspiraba en sus lectoras la idea de la perfección en el romance o en la vida, incitándolas en su búsqueda infructuosa, lo cual derivaba necesariamente en un nivel tal de frustración y desespero, que terminaba por alienarlas.

Vendrá luego el periodo del higienismo y en la literatura higienista española del siglo XIX es posible evidenciar dos objetivos adicionales en los facultativos de la medicina: Por una parte, serían los encargados de preservar o promover un conjunto de valores e intereses relacionados con las condiciones de limpieza, orden y buen comportamiento, dado que se suponía que lo que de allí resultaría sería la salud y que el costo de no acatarlos sería la aparición de la enfermedad, de otro lado, eran también los encargados de inducir en la población instruida “una forma muy concreta de verse y actuar con respecto a sí mismos y, en cierto modo, una determinada “tecnología del yo”: (Novella, 2010. p. 67) un conjunto de acciones y procedimientos que los sujetos deben ejercer sobre su cuerpo, sus pensamientos,

---

<sup>21</sup> Citando los aportes de Foucault, Díaz Navarro et al (2017) manifiestan que la cultura cristiana “será una plataforma de proyección para la subjetividad inherente en el pensamiento occidental, ocultando o cuidando de sí aspectos que podrían resultar negativos a la conducta virtuosa” (párrafo 9)

sus sentimientos y sus conductas, con el fin de lograr “una transformación de sí mismos y alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad” (Foucault, M. 1990. p. 48).<sup>22</sup>

Para Foucault todo proyecto de “tecnología del yo” pretende adentrarnos en: a) los modos de producción y utilización del yo, b) la forma en que se producen, legitiman o deslegitiman los signos, con los que se manipulan sentidos, significados, símbolos, nociones y conceptos; y c) los criterios con los que se van a categorizar los comportamientos como adecuados o no, y la manera como éstos han de ser sometidos al control por medio de la autoridad social, la enseñanza, la dominación, la fuerza o los mecanismos de punición.

Autores como Foucault, en Europa; Granda, en Brasil; Monroy, en España; Amarante y Carpintero en Argentina, y Sacristán, en México, entre otros, han avanzado camino en historiar la locura en sus respectivos territorios, interesándose por la historia de los tratamientos, de los modelos psiquiátricos, de las reclusiones o de la operacionalización de los diagnósticos.

Casi todos ellos, cuando vinculan la acción social sobre “el loco”, derivan en una perspectiva en común: la de una relación con la locura, ligada a los momentos históricos particulares de la sociedad.

Desde 1964, con *La historia de la locura en la época clásica*, Foucault devela cómo los cambios gnoseológicos y los tratamientos dados a la locura en la Europa de los siglos XVII a XIX obedecen a unas producciones discursivas particulares, que ponían en juego no sólo el

---

<sup>22</sup> Toma el concepto de Tecnologías del Yo, para dar cuenta de la contingencia histórica de distintos procesos o estrategias de subjetivación humanos; permitiendo que éstos efectúen, de forma individual o social. En las Tecnologías del yo, Foucault estudia la cuestión de la subjetividad en la vía de una lectura de los significados más profundamente instalados en el sujeto y su cultura, pero también desde la interpretación de los discursos socioculturales dominantes y su afectación en el sujeto. Díaz Navarro et al (2017) define este texto de Foucault como una aproximación ‘al cuidado del yo’ que plantea

- El vínculo del individuo con la formulación de significados que se convierten en inherentes dentro de los discursos y sobre los cuales se apuntala la realidad.
- La conexión del sujeto con la vida propia y del otro “lo que significa una profundización de las relaciones humanas en el análisis del presente y del pasado de la historia individual” (Díaz et al 2017. Párrafo 3.)
- El lazo social entre los sujetos, en el que se convocan elementos relacionados con la verdad, la racionalidad y el poder.

En la actualidad, sostienen Díaz et al (2017) que “las “técnicas del yo” hacen una clara referencia a los distintos modos en los cuales el sujeto se determina por las condiciones religiosas, ideológicas, sociales, culturales, económicas y políticas, mostrando que sus implicaciones afectan directamente el proceso de humanización o deshumanización.

significado dado a la locura y las demencias, sino también, una forma particular dada a las relaciones saber/poder.

El estudio sobre este asunto del saber/poder en relación a la locura, es continuado luego en sus cursos del Collège de France entre los años 1973 y 1975 (con *El Poder Psiquiátrico* y *Los Anormales*, respectivamente).

Estos cursos constituirán luego sendos libros en los que, entre otros temas, se pueden leer los planteamientos de Foucault en torno a el espacio asilar y el orden disciplinario, las terapéuticas, las disposiciones del poder, la nueva figura del loco, la disciplina como instancia normalizadora, el panóptico; las instituciones religiosas y familiares, el surgimiento de la función “psi”, la interdicción y la reclusión, el psicoanálisis, la cura, la medicación, la administración de la locura, la estigmatización de los idiotas como peligrosos, las resistencias, las relaciones entre locura y crimen, el síntoma, el diagnóstico, la represión; el leproso, el criminal, el loco y el idiota; lo monstruoso, los procedimientos, el dominio de los cuerpos y la entronización de la psiquiatría.

Sin embargo, historiadores contemporáneos españoles como Rafael Huertas (2001), expresan que esas formas específicas de abordaje Foucaultiano con relación a la locura, pueden ser causante de algunas objeciones cuando es llevado el caso a otras condiciones geopolíticas, por ejemplo a España.

De otro lado, Huertas (2001) hace también la invitación a la lectura del asunto de la locura y la psiquiatría desde otros posibles campos, es decir, más allá del asilo, manicomio u hospital psiquiátrico, en donde parece estar centrada aún la pregunta historiográfica por la locura. En ese sentido, este autor español propone poner en diálogo la historiografía manicomial u hospitalaria con los documentos propios de la academia (lugar en el que se constituye el saber científico del médico, el psiquiatra y el psicólogo) o del loco mismo, quien producía cartas o diarios que pudieran ser leídos, más allá de un discurso delirante, como actos discursivos validados.

Para adelantar un ejercicio de “situamiento” de un asunto local y ubicado el periodo de interés del presente documento, se hace de todas formas necesaria una perspectiva geo-

histórica un poco más amplia que dé cuenta de aquellos elementos que directa o indirectamente han podido incidir en los tratamientos sobre la locura.

Se tiene conocimiento, por ejemplo, que en la América precolombina, las concepciones sobre la “razón”, “el cuerpo” y la “enfermedad”, partían de las cosmovisiones particulares de cada cultura<sup>23</sup>; posteriormente, como el resultado de la introducción del pensamiento occidental en la colonia, se fueron constituyendo otros discursos. De ello se derivó que con el significativo “locura” se enunciara algo del orden de lo anormal y también un lugar específico y distinto para los sujetos significados como “locos”. Aparecen entonces otras significaciones, metaforizaciones y representaciones sobre locura, salud, enfermedad, normalidad y anormalidad apuntalados en las narrativas construidas en el orden colonial (cristianismo, ilustración, modernidad...).

En el periodo colonial, la locura se desligó de las creencias mágicas propias de las poblaciones indígenas y negras, pero dicha desligazón no tuvo un destino lo suficientemente distinto. Esto es, no se generan acciones para poner el asunto de la locura en cuestión desde una perspectiva médica, sino que se le saca de los linderos de lo mágico, para ponerla a circular en el terreno de la religión.

A partir de su lectura de autores como Sharon (1980), Anzuarez (1983) y Lagarriga, (1988); Benavides Silva (2016) aclara que, en la cosmovisión propia de las culturas precolombinas, la enfermedad mental era producto de un desequilibrio energético entre el sujeto, la Madre Tierra y el cosmos en general. Por ello se esperaba que algunas plantas y ritos mágicos fueran suficientes para restablecer dicho orden energético.

Las poblaciones de negros esclavos optaron por otras formas de tratamiento para los procesos por los cuales se propendía por la curación de las enfermedades, incluidas las enfermedades mentales, dichas formas de tratamiento consistían en ritos en los que se hacía

---

<sup>23</sup> Por ejemplo, en la cultura mexicana de los Nahuas, a los locos, se les llamaba: Cuatlahuelíloc o Yollotlahuelíloc. Los dos términos se refieren a la disminución de las funciones orgánicas. Cuatlahuelíloc implica la parte superior de la cabeza, y Yollotlahuelíloc se refiere a otro centro del razonamiento: el corazón. La epilepsia (Yolpapatzmiquiliztli) era considerada como una forma grave de debilidad del corazón. Otras formas de la locura, se debía a la presencia de sustancias en el organismo, como los Alahuac que podían ser introducidas en el organismo mediante los rayos o las fiebres. Los medicamentos que favorecían su evacuación se utilizaban para tratar la locura (Villaseñor B. et al. 2002).

uso de diferentes elementos que evidenciaba el sincretismo de su sistema mágico-religioso (bantú, yoruba y católico).

Para dar cuenta de ello, el autor se apoya en autores como Navarrete (1995), quien señala cómo “los esclavos tuvieron que reestructurar elementos religiosos de varios sistemas (español, indígena y africano), en tanto que lograron conservar algunos de origen africano”.

En relación a la población negra del periodo colonial es importante resaltar que Benavides (2012) hace alusión a Bastide (1969); Klein (1986); Reis y Dos Santos (1996) y Uribe (2003) para mostrar cómo operaba la santería en el manejo y tratamiento de las enfermedades de estos pueblos. Pero para el caso que aquí nos interesa, que es el de la enfermedad mental, es interesante resaltar del texto de Benavides que:

“...los sacerdotes santeros creían que era producto del enfrentamiento desatado entre Obatalá y Osun que se manifestaba en el cuerpo y la mente de una persona. Entonces, la terapéutica empleada por los kariochas consistía en que el enfermo o sus familiares dieran ofrendas o sacrificios (de animales como cabras o aves) a los orichas en discordia, con el fin de mitigar su ira o malestar”. (Benavides Silva, 2012: 12).

El autor aclara que para explicar la enfermedad mental en la colonia la demonología se adelantó al pensamiento psicológico y a la visión médica. En América Latina se explicaba cuadro sintomático como producto de posesiones diabólicas o místicas, o de problemas asociados con dificultades nutricionales o tumores cerebrales existentes; por ello el acto con el cual se interviene esa locura está del lado de lo mágico, de lo religioso, o de las “curas” mediante alimentación y bebidas sanatorias de los males corporales. En ese sentido, la comunidad puede llegar a hacerse cargo de la curación del loco, o de convivir con él, como un “distinto” que puede hacer los mandados, los favores, o incluso operar como una especie de “bufón espontáneo” en la aldea, vereda o población.

También para el caso colombiano, los grupos indígenas chacóes usaban jaulas pequeñas, adornadas con pinturas cabalísticas o rituales, para desterrar por medio de ese encierro ritualístico, al espíritu que había hecho posesión de alguno de los miembros de su comunidad. Mientras que los kogui de la Sierra Nevada de Santa Marta:

“...poseían conocimientos teológicos, éticos y psicoterapéuticos tan sabios, que hacían que a sus mamás vinieran a consultarles largas romerías de naturales de tribus circunvecinas y alejadas,

posiblemente en gran parte por dolencias psíquicas. Usaban el método de La confesión<sup>24</sup> y purificación”. (Rosselli, Humberto. 1993: 112).

Rosselli (1993) indica que en 1653, el curandero José Rendón, entabla una demanda contra uno de sus clientes (un gobernador) porque una vez recibido el plan de tratamiento y generado el proceso de cura, éste no realizó a Rendón el pago de sus oficios. En su discurso de justificación de la demanda y defensa de la misma, el curandero fue interrogado sobre la efectividad de su “cura”, inquietud ésta para la que también pudo argumentar su defensa.

Veamos el caso en el relato de Roselli:

“la primera y principal (medicina) fue el agua de azahar con la piedra besalmás (sic) (sin duda quiso decir piedra bezoar<sup>25</sup>), nueve días a tarde y a mañana baños de leche, y otros nueve baños de vino con romero y más el romero puesto entre dos paños en la cabeza, y otros nueve días la altamisa a tarde y a mañana; y cinco gallinazos: los tres sacados con alquitara<sup>26</sup> y los dos cocidos con plumas y todo, y luego la sangre de la persona y la del lagarto y luego el defensible en todas las especies de la cabeza...” (...) que de todo son sabedoras todas las personas de casa de dicho Gobernador, y otras muchas, con que lo dicho obró Dios, pues se ve en el estado en que está (...) es cierto que no todos los que curan son médicos examinados, porque unos curan por ciencia y otros por experiencia, y el haber yo curado al señor Gobernador no ha sido porque me haya titulado médico, más de tan solamente por la experiencia que tengo de haber visto curar achaques y otros más rigurosos.” (Rosselli, H. 1993: 112-113).

Aquí se muestra una validación profunda de la experiencia, equiparable con el saber científico, pero también de la creencia profunda en el acto de sanación como logro posible de acuerdo a la voluntad de Dios.

Es ya en 1773, en su escrito de “*Sobre los hipocondríacos*” que José Celestino Mutis hace un primer asomo de pensamiento médico-científico en América Latina sobre las enfermedades mentales, en el que defiende el origen médico de la enfermedad mental y establece sus causas específicas y psicológicas, acordes con la medicina de la Ilustración. (Rosselli, 1968).

---

<sup>24</sup> Posteriormente, en 1996, éste autor escribirá en la Revista Colombiana de Psiquiatría “Posiblemente, entre nosotros, los primeros indígenas que practicaron ampliamente la psicoterapia fueron los arhuacos precolombinos y sus descendientes los koguis de la Sierra Nevada de Santa Marta, cuyo curandero o máma centraliza el poder religioso, mágico y el mundo material, considerando en general que la causa genérica de la enfermedad es un pecado social (de pensamiento o de acción), en cuyo caso, la confesión es un sistema de alivio” (Rosselli, 1996: 7)

<sup>25</sup> Se trata de una formación dura, o una bola conformada por hiel, pelos, fibras y calcio que se forman en el estómago de algunos animales, hasta quedar en forma de una piedra. En el orden de o mágico, a esta piedra se le atribuyen poderes misteriosos y funciones mágicas, de tal manera que puede ser usada por los curanderos, espiritistas u otra suerte de “brujos”, para contrarrestar el poder de algunos maleficios, neutralizar la efectividad del algunos venenos o pócimas maléficas, e incluso curar la tristeza profunda, conocida mejor en esos marcos explicativos populares como “el mal de la melancolía”.

<sup>26</sup> Se refiere a unas calderas de cobre para destilar líquidos mediante un proceso doble, primero se realiza una evaporación a partir del calentamiento de las sustancias y luego se procede al logro de la condensación por enfriamiento.

Recordemos que Foucault afirma que existe un importante vínculo entre el individuo y la formulación de significados inherentes dentro de los discursos en los que se apuntala la realidad, o diríamos más bien una condición específica del saber, una verdad sobre la cual es posible incluso habitar la historia y asirse a una narración sobre el mundo y sobre sí mismo. En ese sentido, nos encontramos con saberes instalados desde lugares de poder social, disciplinar o mágico religioso, que terminan por instalarse en los sujetos y en su cultura. Nos encontramos entonces ante racionalidades que, desde diferentes esferas de comprensión del mundo, sostienen un criterio de verdad y aspiran constituirse en el plano del “poder hacer” respecto a la locura.

En este juego de poderes se ha gestado una forma de sincretismo en donde se encuentran trazas del mestizaje, pero en el que se hace cada vez más evidente la fuerza colonizadora del pensamiento por medio del saber científico sobre la locura, lo que opaca muchas de las posibilidades de encuentro social con el sujeto “distinto”: el encuentro con los sujetos más allá del delirio.

### **Marcos explicativos en los sistemas de salud.**

La concepción actual de salud mental está mediada por una serie de eventos y estudios desde finales del siglo XIX y durante todo el siglo XX. Estos estudios no entregan un marco explicativo totalmente acabado con respecto a la etiología ni al tratamiento de las diferentes formas de padecimiento psíquico que se han categorizado en el sistema mundial de salud. Por ello con lo que termina el siglo XX es con un conjunto de datos epidemiológicos mucho más claros que los debates en los que aún en la actualidad se defienden o ponen en tela de juicio las tesis sobre las etiologías.

Podemos sin embargo, decir que es posible distinguir tres grandes grupos de teorías causales: las biologicistas, las subjetivistas y las socioculturalistas. En ellas se encuentra también un importante subconjunto de posturas y no es extraño que ya desde finales del siglo XX se comenzarán a integrar algunas de ellas con otras correspondientes a otras teorías etiológica.

## La salud – enfermedad mental desde los enfoques biologicistas.

*“Entre la segunda mitad del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, el desarrollo de los conceptos sobre agentes infecciosos e inmunidad, condujo a una transformación del enfoque de los estudios médicos, lo que llevó a hacer especial énfasis en las fuentes ambientales de microorganismos y las formas de transmisión de las infecciones” (Vergara Quintero, 2007, p.44).*

Desde la racionalidad positivista de ese modelo epidemiológico clásico se cimientan las concepciones con las que en los años inaugurales del siglo XX se pensó la salud y la enfermedad.

Esto implicó que en las dimensiones diagnósticas y procedimentales relacionadas con las enfermedades y el control de las mismas, la validez de las premisas y los datos objetivables se hiciera preponderante, pues sólo así se permitiría la adecuada predicción y control de las entidades mórbidas.

También la fuerza de los enfoques biologicistas en la psicopatología, se remonta a principios de siglo XIX, con el nacimiento de la psiquiatría como disciplina científica en el campo de la medicina, interesada en el estudio e intervención de las raíces biológicas de los trastornos mentales y en sentar las bases de una nosología moderna, que permita clasificar y denominar las distintas entidades mórbidas, identificando también un sustrato biológico como base de su etiología. (González G., 2007).

Pero antes del siglo XIX ya se avizoraban teorías sobre la relación del cerebro con el comportamiento, que han ido modificándose con el avance de las neurociencias y los correspondientes descubrimientos sobre el cerebro, su arquitectura, su organización, su bioquímica y sus funciones. Desde el campo de la psicología, los conexionistas<sup>27</sup> han verificado que la información depositada en el cerebro, depende de la cantidad de sinapsis neuronales y de la manera como los neurotransmisores inciden en el curso mismo de la información, en un sistema binario, como el de los computadores. Al respecto, Vallejo (2006) indica que “la

---

<sup>27</sup> Fue Santiago Ramón y Cajal quien finalizando el siglo XIX, describió las estructuras neuronales y sus conexiones, entregando así los fundamentos de lo que luego serían los estudios de las redes neuronales. Muchos años después, en 1949, Hebb realizó estudios sobre el aprendizaje basado en las características de la actividad neuronal, pero fue ya en la década de los 80’s cuando estas teorías se unen a los estudios sobre la computación que se desarrolla con propiedad el conexionismo y la cognición.

neurona receptiva se excita y transmite la información o se inhibe y la bloquea (...) Así el comportamiento depende entonces del debilitamiento o fortalecimiento de conexiones entre estímulos y respuestas” (p, 92).

De este enfoque biologicista y fisiológico se deriva también la farmacoterapia, que toma evolución casi paralelamente a las perspectivas conexionistas y en algunos momentos parecieran traslaparse.

“El descubrimiento y la mejora de medicamentos útiles para el manejo de los trastornos mentales en la segunda mitad del siglo XX han sido reconocidos en general como una revolución en la historia de la psiquiatría. Básicamente son cuatro las clases de medicamentos psicotrópicos que se emplean contra síntomas específicos de los trastornos mentales: antipsicóticos para los síntomas psicóticos; antidepresivos para la depresión; antiepilépticos contra la epilepsia, y ansiolíticos o tranquilizantes para la ansiedad. Otros tipos se emplean para los problemas relacionados con las drogas y el alcohol. Es importante recordar que esas medicinas actúan sobre los síntomas de las enfermedades, no sobre las enfermedades en sí ni sobre sus causas. Por lo tanto no se pretende que curen las enfermedades, sino que aminoren o controlen sus síntomas o prevengan las recaídas” (O.M.S. 2001:61)<sup>28</sup>

### **La salud – enfermedad mental desde las perspectivas subjetivistas.**

Se entiende la subjetividad como el resultado de la interacción de un sujeto con los otros representativos, con quienes produce formas específicas de identificación y sobre los cuales deposita una serie de afectos que inciden en la manera como el sujeto se vinculará con sí mismo, en el modo como resuelve sus emociones y sentimientos; y en las posibilidades o competencias que adquiere para hacer frente a las diferentes circunstancias de la vida.

Es Freud quien introduce algunas de las más importantes premisas sobre la incidencia de la familia en la construcción de la subjetividad humana, y por ende en la manera como cada uno fabrica o configura sus formas particulares del padecer psíquico<sup>29</sup>. Junto con esa nueva forma de concebir la familia, se pasa también de la idea de un niño inocente y asexuado a la de un perverso polimorfo, un niño con pulsiones sexuales y zonas erógenas.

---

<sup>28</sup> Informe sobre la salud en el mundo, 2001.

<sup>29</sup> Para ello revísense textos del autor tales como:

Freud, S. (1981 [1897]). Manuscrito N. En Obras completas, Volumen III. p. 3573-3575. Madrid: Biblioteca nueva  
 ----- (1981 [1921]) Psicología de las masas y análisis del yo. En Obras completas, Vol. III pp. 2563-2610. Madrid: Biblioteca Nueva.  
 ----- (1987 [1905]). Tres ensayos de teoría sexual. En Obras completas, Vol. VII pp. 109-224. Buenos Aires: Amorrortu  
 ----- (1987 [1916 y 1917]). Conferencias de Introducción al Psicoanálisis .Conferencia XX: La vida sexual de los seres humanos. En Obras completas, Vol. XVI.pp.277-291. Buenos Aires: Amorrortu.

Respecto a la familia, Lacan recalca su importancia como dispositivo fundamental para la transmisión de la cultura, porque de un lado se introduce al niño a un mundo simbólico mediante la adquisición de la lengua materna y de otro se construyen mecanismos para la represión de sus pulsiones. Esto permite entonces decir que la estabilidad mental de un sujeto está fuertemente asociada a la manera como resolvió los primeros complejos familiares, o se puede también decir con Winnicott (1984) y con Berger y Luckmann (1986) que se trata de un grupo de socialización primaria decisivo para que el niño alcance una adecuada madurez emocional, y pueda pasar de un vínculo de estrecha unión con sus padres, a otras unidades sociales distintas al grupo familiar, tales como la escuela, el barrio e incluso las relaciones con sus grupos de pares. Pero en Colombia, incluso estando cerca del despunte del siglo XXI, se establecen paradigmas de familia tradicionales. Esto puede evidenciarse en la Resolución N°. 2358 de 1998, por la que se adopta la Política Nacional de Salud Mental:

“Para los colombianos, el núcleo familiar posee una gran importancia. Aunque el 89.7% de la muestra reportó buenas relaciones intrafamiliares, el debilitamiento de las redes de apoyo social, incluyendo la disfuncionalidad familiar, es cada vez más frecuente. Los datos del Segundo Estudio Nacional de Salud Mental, muestran que casi 1 de cada 4 personas tiene a su familia desintegrada. La desintegración familiar y el gran número de hogares sin figura paterna son situaciones comunes que resultan en factores de riesgo para numerosas condiciones mentales patológicas. La figura materna es de gran importancia en la familia colombiana y es con ella con quien frecuentemente los hijos establecen vínculos de comunicación” (Ministerio de Salud, 1998. Hoja 11)<sup>30</sup>

### **La salud – enfermedad mental desde las miradas socioculturalistas.**

Otras perspectivas interaccionistas, defienden la premisa por la cual el entorno natural y social de los sujetos, incide positiva o negativamente en la salud mental de los mismos. A partir de los discursos acuñados al final del siglo XX al respecto, la Organización Mundial de la Salud, en su documento *sobre la salud en el mundo*, publicado en el año 2001<sup>31</sup>, afirma que:

“En esencia, es más probable que las personas se inclinen por los comportamientos que sean <recompensados> por el entorno, y menos probable que opten por comportamientos ignorados o sancionados. Por consiguiente, los trastornos mentales y del comportamiento pueden considerarse como un comportamiento maladaptado aprendido, ya sea directamente o por la observación de otros a lo largo del tiempo. Esta teoría se basa en pruebas obtenidas a lo largo de décadas de investigación sobre el aprendizaje y el comportamiento, y se ve corroborada por el éxito de la terapia conductual,

---

<sup>30</sup> A pesar de las olas migratorias de hombres y mujeres colombianos a otros países (principalmente Venezuela, Chile, Estados Unidos y España) que han dado como resultado que los agentes de la crianza de los niños muchas veces no sean los padres, sino los padrinos de bautizo, los tíos o los abuelos; y del cambio de rol del hombre y la mujer, a partir del ingreso de ésta a la vida laboral, los conceptos de la familia no se modificaban en el plano de lo legal.

<sup>31</sup> [https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_ch1\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch1_es.pdf?ua=1)

que aplica estos principios para ayudar a las personas a modificar sus formas maladaptadas de pensamiento y conducta” (O.M.S. 2001: 12).

Otra condición basada en el paradigma explicativo socio histórico y cultural (Vygotsky, L.,1987; Bruner, J.,1998; Gergen,K., 1996 y Desjarlais et al. 1995), que representa gran preocupación por los estudiosos de la salud mental desde esta perspectiva, es el conjunto de características de la vida moderna, los procesos de la urbanización moderna, las nuevas y viejas formas del vínculo laboral y los acontecimientos vitales adversos como la violencia, la inseguridad, las inequidades, las hambrunas, las epidemias, los desastres naturales, la miseria y la marginalidad social.

### Catálogos y manuales diagnósticos

*“Es evidente que la pretensión normalizadora de la medicina (y psiquiatría), debidamente asistida por la estadística, facilitó la creación de nuevos espacios en los que enumerar y clasificar a las personas. No es que una determinada clase de sujetos ya existente comenzara a ser reconocida por los administradores o por los científicos expertos en la naturaleza humana, sino que esa clase de individuos <viene a ser> –se inventa, se construye- al mismo tiempo que la propia clase o categoría es formulada<sup>32</sup>”. (Huertas, 2011: 447).*

A la trama anteriormente expuesta, que en el caso de los discursos, siguiendo a Bajtín, podríamos describir como polifonías, habrá de anexarse la fuerza con la cual se introduce en el ámbito de las ciencias “psi” el discurso médico compendiado en manuales, algunos de los cuales se convierten en el eje desde donde se apuntala el discurso hegemónico, como sucede con es D.S.M. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) que desde sus inicios ha sido patrocinado y dirigido por la A.P.A. (American Psychiatric Association)<sup>33</sup>.

Se mencionó que una clasificación previa de los trastornos mentales fue la elaborada por Kraepelin, en su *Manual de Psiquiatría* (1899), por lo que se le considera el padre de la

---

<sup>32</sup> Esto como efecto de la incidencia que sobre nuestra propia identidad tiene la interacción social y la particularidad de nuestros vínculos con el mundo externo. Así, no ocupamos necesariamente el lugar que queremos, sino que aquello que se instala en el deseo, debe vérselas constantemente con las condiciones mismas que el deseo tiene de satisfacerse o no. Los sujetos somos descritos y clasificados, desde apellido mismo que indica una historia, un linaje o un lugar social, hasta las condiciones físicas o mentales de los humanos, se encuentran sujetadas al momento socio-histórico en el que la vida de cada humano circula. Además se puede ratificar con Huertas (2011) y Cobo (2012) que finalmente, aunque no sin tensiones, las personas tienden ubicarse en el conjunto social al que se les ha dicho pertenecer y ese conjunto es del orden de lo clasificatorio, incluido lo diagnóstico.

<sup>33</sup> La Asociación Americana de Psiquiatría es un gremio estadounidense que convoca a los psiquiatras nacidos Estados Unidos, algunos residentes y otros extranjeros, surgida en 1921 y responsable de la generación periódica del sistema clasificatorio de “trastornos mentales” de mayor incidencia en la diagnosis, en el mundo actual.

clasificación de los trastornos mentales<sup>34</sup>. Pero es cerca de la segunda mitad del siglo XX, cuando la clasificación de éstas entidades nosológicas toma una relevancia particular, al punto que inicialmente se construye un aparte especial para las denominadas “enfermedades mentales” en el Catálogo Internacional de Enfermedades de la Organización mundial de la salud, y posteriormente, como una respuesta de la A.P.A. aparece la primera versión del Manual diagnóstico y estadístico, denominado DSM<sup>35</sup>. Se trata de un manual que ha estado siempre en el centro de la controversia no sólo en el campo de lo disciplinar de las ciencias “psi”, sino también en cuanto a la dimensión ética, política y económica del mismo.

Contrario a lo afirmado por del Barrio (2009), Cruz (2016) indica que fueron los psiquiatras que trabajaban para el ejército norteamericano, quienes durante la Segunda Guerra Mundial diseñaron sus propias nomenclaturas y que fueron éstas, y no las del CIE<sup>36</sup> vigente en esas fechas, las que sirvieron de base para la creación de la primera versión del DSM. Tal vez ello pueda explicar mayormente la inclusión en las dos primeras versiones del D.S.M. de un importante rubro de conceptos y términos acuñados por mucho tiempo por el psicoanálisis<sup>37</sup> en las primeras dos versiones de éste Manual.

La segunda versión del D.S.M. (1968), conservó el enfoque inicial en términos teóricos, sin que ello tuviese incidencia en la notable modificación de la terminología nosográfica, que se situaba en una mayor coincidencia con la octava versión del CIE. Esto puede considerarse

---

<sup>34</sup> González de Rivera (1998) sostiene que las ciencias naturales empiezan con la taxonomía y por ello por psiquiatría merece si es una ciencia y no sólo una especialidad médica. Esto debido al sistema clasificatorio desarrollado por Emil Kraepelin (1855-1926). Este autor sostiene, a la letra, que “Por muy anticuado que su contenido esté, el tratado de Kraepelin todavía tiene una contribución importante que hacer: recordarnos que las bases de la ciencia son la observación y la distribución ordenada de los datos. No una clasificación estéril por criterios externos, como la de Lineo, sino una clasificación auténticamente nosológica, en la que se implican no síntomas ni siquiera síndromes, sino especies morbosas” (p.198) Además Kraepelin en el laboratorio, buscaba identificar y describir los procesos mentales, convencido de “que una mente trastornada difería de una normal en rasgos de las funciones mentales que podrían identificarse y valorarse con medida” (Palomo et al. 2009: 43.)

<sup>35</sup> Al respecto del Barrio (2009) muestra que “fue la segunda Guerra mundial la que definitivamente promocionó la clasificación Americana, ya que los soldados afectados hicieron perentoria la necesidad de poseer un lenguaje común clasificatorio. Los principales gestores fueron el Ejército y la Marina (1944 y 1945). Pero la clasificación de la Nomenclatura Estándar en 1932, fue insatisfactoria y se pidió ayuda a psiquiatras y psicólogos. Así nacieron los D.S.M. que tuvieron muy en cuenta el Catálogo Internacional de Enfermedades y pronto lo sustituyó en extensión de uso”. p. 82

<sup>36</sup> Catálogo internacional de enfermedades, de la Organización Mundial de la Salud.

<sup>37</sup> Es de anotar que se trataba de una psicología del yo o psicoanálisis dinámico, correspondiente a los desarrollos realizados en Estados Unidos por Ana Freud. También es fundamental agregar que la gran influencia que tenía Adolf Meyer durante la construcción de las dos primeras versiones del DSM, incidía fuertemente en la inclusión de algunos aportes del pensamiento psicoanalítico en esos documentos. Meyer, por mucho tiempo intentó hacer posible la conciliación entre las conceptualizaciones propias del psicoanálisis y las psicobiologistas, que comenzaban a abrirse paso con gran contundencia en el concierto de los debates y saberes sobre los trastornos del psiquismo, ofreciendo un marco explicativo más objetivable y con mayor posibilidad de sujeción a la medida, la evaluación y la estandarización. .

como un indicador de la paulatina reducción en la preeminencia del pensamiento psicoanalítico y – a su cambio- el surgimiento de una marcada tendencia a construir un lenguaje común capaz de cobijar la universalidad de las manifestaciones humanas relacionadas con las anormalidades o trastornos en el campo de lo mental. El D.S.M. III, publicado en 1980, constituye un viraje indudable en la historia del diagnóstico psiquiátrico y la entrada a un camino casi sin retorno, por las riveras de una nueva manera de concebir y construir nosografías. El cambio de relación con lo nosográfico que inicia la Asociación Americana de Psiquiatría en sus D.S.M., se evidencia en cada una de las versiones del D.S.M, con su tendencia inequívoca a la construcción de nuevos diagnósticos de lo que ellos insisten en denominar como trastorno mental.<sup>38</sup> (ver tabla no.1)

“El DSM-III se presentó entonces como una revolución que serviría para afirmar la posición científica de la psiquiatría ante el contexto profesional de la medicina. Su objetivo era contrarrestar el enorme peso que habían adquirido las teorías psicodinámicas y psicoanalíticas confiriendo más peso a las manifestaciones clínicas –observables– de los trastornos. Las consecuencias de su adopción fueron trascendentales para el desarrollo de los psicofármacos, la educación médica, las directrices de tratamiento, las actitudes hacia los pacientes, la percepción pública de la psiquiatría y hasta las decisiones judiciales” (Cruz, 2016: 248).

AÑO	VERSIÓN	CARACTERÍSTICAS
1952	DSM-I	Este documento contaba con 130 páginas en las que se exponían 106 categorías diagnósticas.
1968	DSM-II	Esta versión contaba con 134 páginas y en ella se expusieron 182 diagnósticos, de lo que se deriva que en 16 años se construyen 76 categorías diagnósticas adicionales, es decir que la segunda versión tiene un incremento en los diagnósticos del 71,7%
1974	DSM –II R	Activistas homosexuales comienzan a participar en las conferencias anuales establecidas en la APA, logrando con ello que el DSM-II sea modificado, y se excluya la homosexualidad como un diagnóstico que da cuenta de un desorden mental. Además de ello, establecen métodos para unificar criterios entre países mediante la nomenclatura diagnóstica. Fue allí cuando se introdujo el sistema multiaxial para lograr una descripción más acertada de la condición del paciente.
1980	DSM-III	Esta versión le apostó a una categorización basada en descripción, con una exclusión total del modelo psicoanalítico a favor del modelo biomédico, ello introduce una clara demarcación del lindero entre lo normal y lo anormal. Esta fue una versión que triplicó el número

<sup>38</sup> De 182 diagnósticos hallados en el D.S.M. II, se pasa a 265 en el DSM-III y 14 años después a 297 entidades diagnósticas.

		de páginas de la anterior, con 449 páginas y con 256 categorías diagnósticas, esto es 74 categorías diagnósticas adicionales, equivalente a un aumento de entidades diagnósticas del 40,7%.
1987	DSM-III-R	En esta versión revisada del D.S.M. se reorganizaron algunas categorías diagnósticas y otras fueron re-bautizadas, en un texto con 567 páginas y 292 diagnósticos.
1994	DSM-IV	Con 297 diagnósticos en 886 páginas y 6 años después se publicó el DSM-IV-TR con las mismas categorías diagnósticas pero con modificaciones en las que se trataba de mantener la mayor consistencia con la décima versión de CIE (Catálogo internacional de enfermedades) de la Organización Mundial de la Salud.

*Tabla No. 1 Que expone las generalidades en el desarrollo de las diferentes ediciones y versiones del DSM, durante S.XX<sup>39</sup>*

El psiquiatra colombiano Humberto Rosselli, se convierte en la década de los 60's en un personaje medular para América Latina y Colombia, en lo que respecta al debate y la construcción de las clasificaciones diagnósticas, sobre todo en las versiones 8ª del CIE y las II y III del DSM, por cuanto en 1967 fungía como vicepresidente de la APAL<sup>40</sup> y en 1968 como su presidente. Cargos estos que le permitieron no sólo participar de la discusión en congresos sobre el tema, sino que también le permitían recibir directamente de la A.P.A. las versiones de revisión con miras al documento final. Fue así como Rosselli, recibió al menos dos versiones de discusión del DSM-III antes de su publicación. (Cruz, 2016).

Si tenemos en cuenta la influencia de Rosselli en el campo de la psiquiatría colombiana durante la sexta, séptima y octava década del siglo XX (campo en el que fue profesional activo, directivo de sus organizaciones más distinguidas, editor, investigador, autor de artículos, libros y ponencias, promotor de congresos, e historiador de la disciplina en el ámbito nacional y latinoamericano) y verificamos sus relaciones estrechas con la psiquiatría internacional. Podemos afirmar que en el espíritu de la psiquiatría nacional de la época, se había gestado con gran fuerza una mirada biologicista, amiga de las categorizaciones. Esta psiquiatría se mostraba comprometida con el cumplimiento de los parámetros establecidos

<sup>39</sup> En la fecha de escritura (enero de 2018) de éste documento, la versión quinta del D.S.M. lleva 5 años de publicación (18 de mayo de 2013), pero no se incluye en la presente tabla por cuanto se encuentre por fuera del periodo histórico que aquí interesa.

<sup>40</sup> Asociación Psiquiátrica de América Latina

para determinar la existencia de las entidades diagnósticas en sus pacientes, sin que necesariamente le asistiera (como gremio) una perspectiva cercana a la condición subjetiva del paciente con diagnóstico psiquiátrico, un reconocimiento del paciente como un sujeto al que la psiquiatría debe atender en su condición de padecer. Estamos hablando entonces de una psiquiatría lejana al discurso antipsiquiátrico que comienza a tomar fuerza en Europa. Esto, entre otras cosas, porque en Colombia la psiquiatría tenía como modelo fundamental las propuestas disciplinares venidas de Francia, y algunas de Alemania, pero después de la primera mitad del siglo XX terminó dejando atrás esta ligazón disciplinar y política, para tornar gradualmente su vínculo hacia las propuestas estadounidenses, evidentemente más positivistas, de corte cuantitativo y de índole clasificatorio, al estilo de la A.P.A.

Además, llegaron a Colombia los primeros psiquiatras nacionales que habían recibido su formación en el norte del continente y el país comenzó a ser visitado por profesores americanos. A raíz de ello se consolidó un discurso de marcada índole estadounidense, influido por visitantes de ese país como el psiquiatra y profesor Paul Hoch<sup>41</sup>, quien arribó en 1954, cuando era el Director del Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York. Hoch, había ganado reconocimiento por la construcción de una nueva entidad nosográfica en 1949 y por sus trabajos con la C.I.A. para mitigar el avance de las propuestas comunistas, en los que promovió estudios sobre los efectos de la aplicación de algunos psicotrópicos en el vencimiento de las resistencias éticas que impedían la confesión de información importante por parte de los comunistas aprehendidos. La Esquizofrenia pseudoneurótica es la entidad estudiada, descrita por Hoch y Phillip Polatin, validada y utilizada en Estados Unidos con el fin de designar a aquellos pacientes que aparentemente presentaban síntomas neuróticos, pero en quienes, mediante un procedimiento evaluativo más profundo se encontraban alteraciones afectivas y del pensamiento propias de la esquizofrenia. El estudio que realizó para la C.I.A. no se encuentra documentado al detalle, dada la destrucción que ésta entidad hiciera de gran parte de ellos en la década de los 70. Pero se sabe que Hoch descubrió que el LSD era una droga psicomimética<sup>42</sup> y que la C.I.A. estaba muy “interesada en cualquier potencial que pudiera tener la droga como elemento para el lavado de cerebro” (Shapiro, 2006: 172).

---

<sup>41</sup> Paul Hoch (1902-1964) fue un psiquiatra que emigró a los Estados Unidos proveniente de Hungría.

<sup>42</sup> que produce efectos muy semejantes a la reacción más aguda de las fases psicóticas en pacientes con esquizofrenia

Siendo comisionado del Estado de Nueva York para la Higiene Mental, Hoch administraba a pacientes psiquiátricos elevadas dosis de mescalina y LSD a través de inyecciones intraespinales para hacer estudios sobre sus reacciones, como también aplicaba LSD a pacientes que iban a ser lobotomizados, con el fin de adelantar estudios sobre los efectos de esta sustancia en condiciones pre y post cirugía. (Ruiz, 2014). Tres años después de la visita de Hoch, el gremio de los psiquiatras colombianos se adscribe oficialmente al uso del DSM-I, tanto en la formación académica llevada a cabo desde las Facultades de Medicina de algunas universidades, como en la praxis hospitalaria, con énfasis en aquella llevada a cabo en los hospitales psiquiátricos de la nación.

En el año de 1968, Rosselli enuncia que los prejuicios que existen con respecto a la enfermedad mental y el insuficiente protagonismo que representa la salud mental en el concierto de las preguntas y estudios en el campo de la medicina, inciden directa pero negativamente en la efectividad del manejo de problemáticas como la delincuencia, el homicidio, los suicidios y el alcoholismo. Llama la atención que las introduce como problemáticas sociales a las que añade “la desintegración familiar”, y que propone para su adecuado manejo y control el mejoramiento de las condiciones de atención de los establecimientos psiquiátricos la necesidad de hacer llegar sus servicios de salud mental al seno de la comunidad. Esto implica la intromisión de la psiquiatría en la comunidad, pero también la designación en el plano de lo patológico de fenómenos sociales y familiares, tales como el conflicto interpersonal entre los miembros de un grupo familiar y con ello las separaciones y los divorcios. De otro lado, la existencia de éste tipo de fenómenos sociales, es para Rosselli un indicador epidemiológico del estado de salud mental de la población, dado que él mismo expresa que su aparición y mantenimiento en las dinámicas sociales en Colombia: “informan también sobre el índice de la anormalidad psíquica de un país”. Aunque es posible que llame la atención la paradoja categorial en la que incluso Rosselli navega sin que le asista un mayor conflicto disciplinar ni epistemológico, pues las entidades que él describe se encuentran más asociadas al CIE que al D.S.M. I, vigente hasta 1968; hay que señalar que ese elemento paradójico suele ser una constante en países que, como Colombia, se han inscrito conceptualmente a las reglas categoriales establecidas por la APA, pero que

administrativamente siguen operando con los códigos ofrecidos por el CIE, es decir por la O.M.S.<sup>43</sup>.

A esa condición paradójica de las clasificaciones, se le puede sumar el asunto de los diagnósticos desaparecidos debido a los cambios de paradigma, a las vicisitudes sociales, a los factores culturales, a los vaivenes políticos, a los fenómenos demográficos y a las condiciones económicas, entre otras. Pero en realidad, tal desaparición pocas veces existe de manera real, “podemos caer en la ingenuidad de aceptar su <desaparición> absoluta sin valorar antes su posible evolución conceptual, su cambio de nombre o su adaptación a nuevas sistemáticas” (Huertas, 2011: 443). La nosografía concerniente a los trastornos mentales responde a una “importante variabilidad histórica: Con frecuencia, estos cambios van ligados a transformaciones sociopolíticas que se presentan como nuevos hallazgos” (Parales-Quenza<sup>44</sup>, 2017: 21).

Por último, para tratar de comprender la incidencia de las posturas de Rosselli en el ámbito de la psiquiatría colombiana, así como en la idiosincrasia del país, hay que mencionar que su mirada hacia los movimientos antipsiquiátricos nacientes era altamente crítica y negativa, en tanto los consideraba como enfoques de poca rigurosidad científica, con un reducido y poco aplicable margen de propuestas alternativas de control y manejo de la enfermedad mental. Pensaba que estos movimientos, lejos de ampliar el saber disciplinar, lo perjudicaba y tenía un efecto dañino sobre la representación que los pacientes podían tener de su médico psiquiatra. Al respecto, en 1978, Rosselli cuestiona el efecto de la antipsiquiatría sobre los pacientes:

“...desalentados de consultar al psiquiatra, presentado como pérfido fabricante y explotador de la locura, ¿qué camino habrán de seguir? ¿La nigromancia? ¿Los cultos esotéricos? ¿La droga? ¿El delito? ¿La guerrilla? ¿El suicidio?” (Cruz, 2016: 298).

Nos referimos entonces a una psiquiatría que construye su canon disciplinar desde la perspectiva estadounidense, que ha cerrado sus puertas a la posible incidencia de las preguntas que la antipsiquiatría y otros movimientos pueden hacer con respecto a las condiciones de

---

<sup>43</sup> Organización Mundial de la Salud.

<sup>44</sup> Este autor pone en evidencia que la primera edición del D.S.M. ubicaba las adicciones dentro de los trastornos de personalidad sociopática, pero en las siguientes ediciones términos aparecen y desaparecen, y algunas entidades cambian de categoría.

poder-saber-hacer, que propone la forma clásica del ejercicio de la psiquiatría; pero que además insiste en patologizar o anormalizar no sólo las condiciones sociales de las cuales éste sujeto es portador, sino también los fenómenos socio-políticos, las creencias y los saberes populares. Sin embargo, debe tenerse cuidado en advertir que no se trata de una psiquiatría que haya tenido los alcances estigmatizadores e incluso normalizadores que tuvo la disciplina en otras latitudes del continente americano, e incluso del europeo. Mientras Rosselli exponía esa posición en Colombia, los psiquiatras argentinos fortalecían su vínculo con psiquiatras reformistas de Chile, Brasil y algunos países europeos. En la década de los 70's, Basaglia visitó Argentina y específicamente en 1972, David Cooper<sup>45</sup> fue uno de los invitados al V Congreso Argentino de Psiquiatría de Córdoba, ello parecía significar notables vientos de cambio próximos al ejercicio de la psiquiatría Argentina, pero la dictadura en 1975 frenó ese impulso. A ello se refiere Galende (2014):

”...la oscura noche de persecución y terror, los secuestros y asesinatos de líderes sociales y, entre ellos, de muchos compañeros de salud y salud mental, nos hizo más visible que nunca que la lucha por una salud equitativa e igualitaria y una salud mental respetuosa de la dignidad y los derechos humanos de los pacientes, forma parte de las luchas sociales y políticas y debe confrontar siempre con el poder represivo que intenta la dominación de los cuerpos y las conciencias de quienes anhelan una sociedad más justa e igualitaria” (Galende. 2014, p.269).

Encontramos elementos socio-culturales y políticos en Colombia que pueden estar ligados con la rápida absorción por parte de las ciencias y los oficios “psi” de la ética de sujeto que proponen los manuales diagnósticos. De un lado nos encontramos con un periodo en el que la visión sobre el saber médico deseable, comenzaba a virar hacia los Estados Unidos, con una clara incidencia del mercado cambiario y de la banca internacional en los programas y proyectos para la Salud en Colombia y con el florecimiento de las profesiones relacionadas con la salud mental abonadas por necesidades de resolución práctica de los problemas que ya habían sido identificados desde la mirada higienista. Veremos en el siguiente capítulo cómo se desarrolló este conjunto de situaciones en el territorio colombiano.

---

<sup>45</sup> Fue un médico nacido en Ciudad del Cabo, que luego habría de convertirse en uno de los líderes de la antipsiquiatría de Inglaterra. En 1962, estando en la dirección de un pabellón para jóvenes diagnosticados con esquizofrenia, en el Hospital Shenley, denominado como Villa 21, desarrolló una apuesta intencionada de democratizar la relación paciente – psiquiatra, modificando así el sistema jerárquico tradicional que existía. Lo que encontró y sistematizó es que los jóvenes lograban un sistema de relación más sano, se minimizaban sustancialmente las crisis y lograban vivir sus procesos de estabilización psíquica, sin necesidad de electrochoques, lobotomías, ni medicinas que pudiesen comprometer la salud de sus órganos. (Stephen Ticktin, 1986).

## **CAPÍTULO II: VICISITUDES EPISTEMOLOGICAS, POLÍTICAS, TÉCNICAS Y LEGALES (SUS DESARROLLOS Y SUS TENSIONES EN COLOMBIA)**

*“Lo imaginario, o más precisamente, un imaginario, es un conjunto real y complejo de imágenes mentales, independientes de los criterios científicos de verdad y producidas en una sociedad a partir de herencias, creaciones y transferencias relativamente conscientes; conjunto que funciona de diversas maneras en una época determinada y que se transforma en una multiplicidad de ritmos. Conjunto de imágenes mentales que se sirve de producciones estéticas, literarias y morales, pero también políticas, científicas y otras, como de diferentes formas de memoria colectiva y de prácticas sociales para sobrevivir y ser transmitido.” (Escobar, J. 2000, p.113).*

Resulta compleja la tarea de dar cuenta de las dinámicas, evoluciones, resistencias y divisiones encontradas a nivel local en los discursos disciplinares y legales que se forjaron en las últimas décadas del siglo XX, respecto a lo que en la actualidad se denomina como enfermedad mental<sup>46</sup>; pues las políticas, leyes, epistemes y representaciones sociales parecen insistir en su tensión; incluso cuando nos referimos a un mismo objeto: la locura, en un tiempo espacio determinado: Cali (1970-200).

En efecto es posible ver cómo en un mismo periodo de tiempo, las políticas y leyes no necesariamente se encuentran en interdiálogo y en consecuencia, no se evidencia que las unas prosiguen necesariamente a las otras. Sucede lo mismo en la relación de éstas con las epistemes y las praxis, pues las primeras requieren de un tiempo de consolidación e incluso de negociación política para que sus aportes puedan llegar a ser vinculados con el marco legal de los pueblos, mientras las segundas están fuertemente sujetas a los hábitos, costumbres y representaciones de aquellos que operativizan el abordaje directo con la población; en este caso con los pacientes y usuarios de los servicios en salud mental.

Teniendo en cuenta la tensión anteriormente señalada, es necesario hacer referencia a conceptos tales como la representación social, el imaginario y la conciencia colectiva, que no necesariamente coinciden en el orden de la temporalidad, con el marco de las ideas intelectuales, disciplinares o jurídicas que se gestan en un mismo grupo social.

---

<sup>46</sup> Concepto con el que la modernidad ha pretendido englobar lo que históricamente ha sido puesto del lado de “lo anormal”, con significantes sociales o disciplinares tales como locura, idiotez, demencia, aberración, perversión e incompetencia, entre otros.

Baczko (1999) hace referencia al proceso constante de invención mediante el cual los pueblos y comunidades acceden a una representación de sí, de la cual es posible afirmar su naturaleza cambiante en extensos periodos de tiempo; aunque al interior de los grupos sociales se considere tan permanente como para que de ella se derive su conciencia colectiva<sup>47</sup> y su carácter identitario. Este autor afirma al respecto que:

“A lo largo de la historia, las sociedades se entregan a una invención permanente de sus propias representaciones globales, otras tantas ideas-imágenes a través de las cuales se dan una identidad, perciben sus divisiones, legitiman su poder o elaboran modelos formadores para sus ciudadanos. (Baczko, B. 1999, p. 8).

Las visiones del mundo, de lo social y de lo comunitario que se constituyen como una tradición y se concretizan en formas particulares de relación con el otro, trazan los contornos más claros de lo que un grupo humano es y por ello parecen tan irrecusables ante las modificaciones propuestas por las disciplinas y la jurisprudencia. El carácter generalmente lento y paulatino de sus transformaciones es el que permite que los pueblos y grupos sociales no terminen desvanecidos, desprovistos de imágenes identitarias y menguados ante la aparición de nuevas propuestas en la relación con el mundo.

“Las mentalidades están más del lado de la sensibilidad, los imaginarios están más del lado del pensamiento. Ciertamente, el pensamiento no está ausente de las mentalidades colectivas, pero este carácter nos permite diferenciar las dos nociones. Las imágenes mentales que componen un imaginario pueden cambiar más fácilmente que las actitudes mentales que componen una mentalidad. Aquí, imagen y actitud deben distinguirse, porque la primera puede racionalizarse más fácilmente y pasar así al mundo de las ideas, de las ideologías. Por el contrario, una actitud mental se arraiga fuertemente en las sensibilidades y resiste más al cambio” (Escobar, J. 2000. p.70.).

El imaginario social de las sociedades, no sólo permite caracterizarlas ontológicamente, particularizarlas con respecto a otros grupos; sino que también, en tanto regula el decir, orienta la acción, determina las maneras de sentir, provoca las formas del desear e incide en el ideario desde los miembros de una sociedad, define la forma de sus propias socialidades y las maneras y dinámicas con las que han de asimilar marcos jurídicos y formas de relación que desde afuera pretendan incidir en ellas.

Dicho lo anterior, debe explicarse que el presente capítulo está dividido en apartes relacionados con lugares específicos del saber e incluso del poder, desde dónde abordar la

---

<sup>47</sup> Concebida como “un sistema de creencias y prácticas que se unen en una misma comunidad” (Baczko, 1999: 21).

locura o la salud-enfermedad mental y no con hitos históricos, pues en el caso de las dinámicas desarrolladas en Colombia, no es factible puntualizar dichos hitos.

Lo que a continuación encontraremos es entonces la exposición de la Salud pública mental en Colombia, sus marcos legislativos y su política, el devenir curricular en la formación académica de profesionales en el área de salud mental, donde el tránsito de la Psiquiatría en Colombia tendrá un aparte especial.

### **Marcos legislativos y política públicas sobre salud / enfermedad mental**

¿Cómo se desarrollaron las leyes y políticas en Colombia en el campo de la salud pública, y en particular en el área de la salud mental? ¿Cómo dialogaron éstas políticas y marcos legislativos con los tratados y acuerdos internacionales?

La salud pública en Colombia está ligada de manera muy estrecha, con las directrices que da la O.M.S y la O.P.S. para regir los marcos legales y derivar los cambios que se requieran en políticas públicas, pero también se encuentra circunscrita a la manera como se conciben los abordajes en ese campo desde la A.P.A.

El marco constitucional colombiano anterior a la constitución de 1991, no explicitaba como tal el derecho a la salud y a la asistencia médica para todos los ciudadanos, aunque sí hacía alusión al compromiso que tenía el Estado de salvaguardar la vida de sus ciudadanos y se aclaraba la responsabilidad del mismo en el marco de la asistencia pública, sobre todo con los sectores ubicados en la línea de pobreza. La salud no aparecía como un derecho, sino como una oportunidad asistencial (Hernández, 1992), o como lo especificará Cárdenas (2013):

“A la salud se le reconoció un lugar en el orden constitucional anterior a 1991, pero no se la consagró como un derecho, no obstante las reformas que se le hicieron a la Carta de 1886 a lo largo del siglo XX (...) prevalecía la noción de asistencia pública como beneficio gratuito (pp. 200-201).

<sup>48</sup>

---

<sup>48</sup> Un instrumento jurídico fundamental en Colombia, para regular la intervención en salud mental, es la Constitución Política de Colombia de 1991, la cual, en sus diferentes artículos relacionados con la salud de la población, particularmente el artículo 13, donde se señala que “el Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición mental, o, física se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan” De igual forma, en el artículo 47 se dispone que el Estado adelantara políticas de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos psíquicos, a quienes brindará la atención especializada que requieran. Además, en el inciso final del artículo 68 se establece la necesidad de erradicar el analfabetismo garantizando el acceso a la Normatividad – Salud mental en Colombia educación adecuada de las personas con limitaciones mentales. (Constitución Política de Colombia, 1991)

Entre 1961 y 1964, la Salud Mental fue concebida por la O.P.S y por la O.M.S., como un área cuya dirección debería ser designada a un especialista que pudiera encargarse de la dirección del diagnóstico regional de las problemáticas, de la oferta de nuevas actividades y servicios, del cuidado de los programas y servicios de atención psiquiátrica existentes y de la gestión con los programas de educación en psiquiatría ofrecidos en diversas universidades. El documento que da cuenta de la visita de verificación del estado de la cuestión en Colombia durante ese tiempo, informa a la letra, que el Dr. Jorge Velasco Alzaga<sup>49</sup> “visitó la mayor parte de las instituciones psiquiátricas y dio cuenta de su deplorable condición”. Para los estándares buscados en ese entonces en materia de servicios públicos de atención en salud mental en América Latina y el Caribe, Colombia es uno de los países con nota reprobatoria, según la evaluación regional que se realizó en dos seminarios de salud mental: el de Cuernavaca en 1962 y el de Buenos Aires en 1964. Allí se discutieron datos y cifras que resultaron preocupantes para la O.P.S.<sup>50</sup>, lo que derivó en la consolidación de la cooperación técnica en salud mental que esta organización brindaba a países como el nuestro<sup>51</sup>.

Los informes de seminarios subregionales sirvieron de base para la elaboración de programas nacionales de salud mental dependientes de los ministerios de salud en varios países. Sobre todo al cierre del tercer y último Seminario Subregional sobre la Salud Mental del Caribe en Kingston, llevado a cabo en 1968, en el cual, haciendo una crítica al modelo de hospital psiquiátrico vigente para esa época, se propuso un enfoque integral de salud mental<sup>52</sup>, recomendando detener la construcción de hospitales psiquiátricos y comenzar a generar una

---

<sup>49</sup> Profesional mexicano asignado para la labor en nuestro país.

<sup>50</sup> “En ambas reuniones de carácter subregional, se realizó por primera vez una crítica a la hospitalización en instituciones psiquiátricas y se recomendó incorporar la atención psiquiátrica a los sistemas y actividades de salud pública” (XVII Conferencia Sanitaria Panamericana. O.P.S. y O.M.S. Washington, 16 agosto 1966. Tema 37 del programa provisional. Programa de Salud Mental. P. 2.) Tomado el 21 de septiembre de 2018 de: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/46961/CSP17\\_15.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/46961/CSP17_15.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

<sup>51</sup> “En los antecedentes y desarrollo histórico del Programa de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), se menciona que siendo Asesor Regional en Salud Mental, Dr. René González se dedicó a concluir el proceso de diagnóstico de situación iniciado por el Dr. Velasco Alzaga y a terminar de ejecutar una donación que el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, había realizado durante el periodo de asesoramiento de Velasco. Durante este periodo se consolidó el proceso de recolección de leyes sobre salud pública y salud mental, construidas en los países latinoamericanos y del Caribe, se completó el directorio de psiquiatras y se elaboró un catastro de instituciones psiquiátricas” Información tomada del Documento actualizado el miércoles 22 de junio de 2016 por la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11901:158th-session-of-the-executive-committee&Itemid=40453&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11901:158th-session-of-the-executive-committee&Itemid=40453&lang=es)

<sup>52</sup> en contraposición al término de “atención psiquiátrica”

oferta de nuevos servicios como parte de los programas de salud pública. (González. 1992; Caldas de Almeida, 2005).

“En 1969, la OPS convocó en Viña del Mar, Chile, a un grupo de trabajo sobre administración de servicios psiquiátricos y de salud mental en el que intervinieron 44 participantes y observadores de 22 países de Latinoamérica y el Caribe. (...) En este foro se alcanzó un consenso en cuanto a la necesidad de apartarse de los modelos clásicos manicomiales y dar fin a las prácticas de tipo custodial. Se recomendó la integración de los programas de salud mental en el contexto de la salud pública, la promoción de la participación de las comunidades, la participación de pacientes y familiares en la planificación y prestación de servicios y la modificación de la legislación existente en relación con la salud mental. Puede decirse que este encuentro fue un precursor de la Conferencia sobre la Reestructuración Psiquiátrica en América Latina y de la "Declaración de Caracas" de 1990.”<sup>53</sup>

Podría afirmarse hasta aquí, que los ecos de los movimientos anti-psiquiátricos habían llegado también a Colombia, sin embargo, en el encuentro de estos discursos con la idiosincrasia del país y sus condiciones ethopolíticas, aparece un discurso alternativo, que se operativiza desde una visión más administrativa de la locura, que de una visión del orden de un nuevo encuentro con el sujeto que la porta. Pues si bien es cierto que con la Resolución 679 de 1967<sup>54</sup>, el Ministerio de Salud tuvo por objetivo reestructurar la atención psiquiátrica impulsando la creación de unidades de salud mental en hospitales generales, con la determinación de no continuar con la creación de nuevos hospitales mentales y por el contrario, estimular la creación de centros de salud mental comunitarios; tres años después, mediante el Decreto 1136 de 1970: “Se dictan medidas de protección social para evitar la perturbación pública como consecuencia de la intoxicación por alcohol, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas (SPA)”. Esto implica seguir invirtiendo al portador de la diferencia de un carácter amenazador con respecto a la esfera pública; vemos cómo se constriñe cualquier lógica comunitarista, y el objetivo posiblemente integrador promovido en 1967 es sofocado nuevamente ante la figura del sujeto que ya no sólo es visualizado como perturbado, sino que nuevamente es nominado como posible perturbador.

El cambio entonces es puramente instrumentalista, pues en 1974 “se crea la División de Salud Mental, con dos secciones: prevención y promoción” y en las décadas de los setenta y

---

<sup>53</sup> Tomado de: Antecedentes y desarrollo histórico del Programa de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Documento actualizado el miércoles 22 de junio de 2016 por la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud

<sup>54</sup> Por medio de la cual “se establece la política oficial de implantar unidades de salud mental en hospitales generales, la cual se adelanta a los lineamientos en este sentido de la Declaración de Caracas de 1990”.

de los ochenta se lleva a cabo el Primer Macrodiagnóstico de Salud Mental, el Primer Programa de Salud Mental<sup>55</sup> y el Primer Plan Nacional de Salud Mental (González Uzcátegui, R. 1992; Caldas de Almeida, 2005; Parales-Quenza et al, 2017). Todo ello implica que las problemáticas identificadas y relacionadas con la enfermedad mental deben ser referidas en términos epidemiológicos (incidencia y prevalencia de patología) y de prestación de servicios (camas ocupadas, tiempo de estancia, número de profesionales, número de programas, porcentaje de población atendida, número de centros de servicios, entre otros).

El 3 de enero de 1976 entra en vigor el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales<sup>56</sup>, en el que se recuerda que los Estados miembros de las Naciones Unidas se encuentran en la obligación de promover el respeto universal y efectivo de los derechos y libertades de sus ciudadanos. También se acota que respecto a la Declaración Universal de Derechos Humanos:

“...no puede realizarse el ideal del ser humano libre, liberado del temor y de la miseria, a menos que se creen condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos” (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Preámbulo. p.1).

Por ello, se acuerdan un conjunto de mínimos necesarios para que sea posible que los Derechos Humanos tengan un nicho concreto de posibilidad. Respecto a la salud, y en particular la salud mental, uno de los articulados del pacto establece la necesidad de que los Estados parte adopten las medidas necesarias para ser garantes, no sólo de la atención sino del goce de la salud de los ciudadanos. No obstante, para la época se conceptualiza la salud mental como una simple extensión de la salud misma.

---

<sup>55</sup> Mejía, G. B. y Olivares, A. V. (1976) construían para la fecha el programa de salud mental dentro del Sistema Nacional de Salud, interesados por la ampliación de los niveles de cobertura (para lo que se proponía el aumento de camas, la necesidad de priorizar el tratamiento ambulatorio, de desarrollar terapéuticas que beneficien la hospitalización breve y la urgencia de generar y sostener programas de salud mental comunitaria), la generación de acciones preventivas y una mayor efectividad en la prestación del servicio desde las instituciones y sus funcionarios. Además, en sintonía con las preocupaciones más sentidas de la época en el campo de la salud mental, proponían un marco de investigaciones en suicidio, retardo mental y drogadicción ( junto con la creación de centros de tratamiento de farmacodependientes), poniendo especial acento en la necesidad de conocer la prevalencia de estos fenómenos, generar la debida vigilancia epidemiológica y proponer ajustes curriculares en las diversas ofertas de formación en salud mental del país, con el fin garantizar el personal debidamente formado, de cara a las exigencias de la época.

<sup>56</sup> Que había sido adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966.

Hasta este punto podemos afirmar que en el ámbito de lo jurídico y lo político, comenzaba a avizorarse un momento en el que la reclusión psiquiátrica dejaría de ser una búsqueda fundamental para la atención de los sujetos que en virtud del sostenimiento de sus síntomas en el tiempo, pudieran ser definidos como crónicos, y por la intensidad o el impacto de sus síntomas, pudiera catalogarse como graves. Se trata de una posición que proviene de la influencia de los nuevos discursos sobre la locura y su tratamiento, soportados sobre todo en movimientos como la antipsiquiatría europea y la salud mental comunitaria en los Estados Unidos. Pero la apropiación de los mismos se encontraba con un gran obstáculo, en el desencuentro con los significados y los sentidos otorgados tanto a la locura, como al sistema de salud. Es posible aquí retomar la propuesta de Burke (2009) incorporando la noción de <hábito> de Pierre Bourdieu, para explicar la propensión de los miembros de una sociedad para:

“...seleccionar respuestas de entre un repertorio cultural particular de acuerdo con las demandas de una situación o campo concretos. A diferencia del concepto de «regla», el hábito posee la gran ventaja de permitir a quien lo utiliza reconocer el ámbito de la libertad individual dentro de ciertos límites impuestos por la cultura” (Burke, 2009. p.34).

El 21 de noviembre de 1986, en el marco de la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa, se emite la Carta de Ottawa en la que se establece la salud como un concepto complejo, en interacción estrecha con múltiples esferas de la vida del ser humano<sup>57</sup>. Finalizando la década de los 80's, se hicieron reformas en los sistemas de salud en América Latina y el Caribe, mediante financiación del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y del Banco Mundial (BM).

La financiación de los bancos internacionales al sector de la salud en los países denominados como no desarrollados o en aquellos en vías de desarrollo, se hace a través de inversiones en los proyectos de reforma en el sector de la salud, con lo cual, el sector

---

<sup>57</sup> ... “las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos” y agrega que “La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y formalizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario” (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986: 1).

financiero internacional se involucra también en las políticas públicas de los países, impulsando dinámicas de fuerte impacto sobre la oferta de servicios públicos del sector salud y la generación de los seguros de salud. Pero se trata de una dinámica que corresponde a una visión universalista de la salud, del ciudadano y de los Sistemas Estatales de atención a las necesidades y demandas del mismo. Ello conlleva a una potente ruptura entre los proyectos y programas que ofrecen los sistemas, y las verdaderas necesidades sentidas por las poblaciones. Esta propuesta además desconoce los saberes populares, las tradiciones y los desarrollos históricos propios de los pueblos. En el caso del Banco Mundial, éste “ha sido acusado de promover una agenda de privatización, favoreciendo los intereses de corporaciones transnacionales -principalmente de seguros de salud y de empresas farmacéuticas-” (Noy, 2013, p.82). Se trata de esas nuevas formas de colonialismo, en las que se ejerce el poder sobre los cuerpos y las ideas, desde un intercambio monetario donde el sometido es el que requiere del dinero de quien ostentará dicho poder. Un sistema económico en donde los combates del poder monetario terminan por develar sin duda alguna cuál es el sistema ganador, aquel que desde entonces impone al derrotado su régimen de verdad (Foucault, 1966). Las diversas maneras de vivir y concebir el cuerpo, las relaciones con el otro, las biología, las normalidades e incluso las rarezas culturales, terminan cediendo ante las políticas y leyes que suponen una sola mirada de la enfermedad y del sujeto enfermo, e incluso una sola visión de lo medicinal. Pero a pesar de que dichos regímenes de verdad se imponen sobre otros, como si los derrotasen, no es posible negar que subrepticamente se mantienen costumbres, cosmovisiones y prácticas que sobreviven a estos combates culturales y a la incursión de nuevos paradigmas.

Ya a finales de la década de los 80, el Consejo de administración de la Federación Mundial de la Salud Mental, adopta la declaración de Luxor sobre los Derechos Humanos para los enfermos mentales<sup>58</sup>, que da competencia a los estamentos gubernamentales y no gubernamentales para la concreción de actividades de promoción de la salud mental, confiriendo igualdad de derechos a todos los ciudadanos independientemente de su estado de salud mental, esto es que los “emocionalmente enfermos o perturbados” tendrán los mismos derechos que quienes no lo sean, puesto que “todo enfermo mental tiene derecho a ser tratado

---

<sup>58</sup> Del 26 de agosto de 1989

según los mismos criterios éticos y profesionales que otros enfermos” (Mora, 2013 p. 13) y en 1990 se desarrollaron dos eventos altamente significativos: el primero es la Conferencia de Caracas (Venezuela) celebrada entre el 11 y el 14 de noviembre de 1990, convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cuyo producto fundamental es la Declaración de Caracas<sup>59</sup>, que sentó los principios sobre los cuales se sostendrían buena parte de las reformas en salud mental del continente americano<sup>60</sup>. El segundo evento fue la publicación que hace la O.M.S. del documento “*Introducción de un componente de salud mental en la atención primaria*”<sup>61</sup> La Declaración de Caracas, que consta de seis puntos concretos<sup>62</sup>, denunciaba que el hospital psiquiátrico y su consecuente atención psiquiátrica convencional, como única modalidad asistencial, obstaculizaba el logro de objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva. Por ello proponía priorizar la atención psiquiátrica dentro de la Atención Primaria de Salud y concretar modelos de prevención, promoción, atención y rehabilitación en salud mental basados en la comunidad, en los derechos humanos y la aplicación de nuevas técnicas y terapéuticas, dejando atrás el lugar hegemónico que ha tenido el Hospital Psiquiátrico como institución.

También en 1990, se firma en Colombia, la Ley 10, del 10 de enero de dicho año, por la cual el Congreso de la República de Colombia, reorganiza el Sistema Nacional de Salud y decretó que la gratuidad en todos los niveles de prestación de los servicios públicos en salud.

Luego, en 1991 se desarrollaron dos eventos de alta incidencia respecto a los tratamientos de la enfermedad mental, uno nacional y otro internacional. El primero fue la

---

<sup>59</sup> Adoptada por aclamación por la Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina

<sup>60</sup> La Declaración de Caracas “impulsa la reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina en los sistemas locales de salud, para lograr la promoción de modelos alternativos al hospital psiquiátrico, atención descentralizada, participativa, integral, comunitaria, continua y preventiva, de acuerdo con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)” (Ardón-Centeno, N. y Cubillos-Novella, A. 2012 p.16)

<sup>61</sup> El documento de la O.M.S. “consideró dos aspectos: a) el conocimiento psicosocial para incidir en el funcionamiento de los servicios de salud generales, en el desarrollo socioeconómico, en la calidad de vida y en la promoción de la salud emocional; y b) la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de los trastornos mentales y neurológicos” (Ardón-Centeno, N. y Cubillos-Novella, A. 2012 p.16)

<sup>62</sup> Una atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad; una revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicio; la salvaguarda de la dignidad personal y los derechos humanos y civiles del paciente; la rigurosidad técnica y conceptual desde donde se fundamenta, con tendencia a la prestación del servicio en el ambiente comunitario del paciente; y el compromiso mancomunado y solidario de abogar y desarrollar en los países programas que promuevan la reestructuración, y al monitoreo y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales.

constitución política de Colombia de 1991 y el segundo fue la Declaración internacional de los principios de protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, realizada por la Asociación Médica Mundial. (Ardón y Cubillos, 2012).

Por otro lado, se puede afirmar que un instrumento fundamental en el ámbito internacional, aunque no sea jurídicamente vinculante, es la Resolución 46/119 adoptada en 1991 por la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Se trata de un documento centrado en los mínimos necesarios, que pone especial acento en un conjunto de derechos básicos inviolables que tienen las personas con algún diagnóstico relacionado con la enfermedad mental, durante el proceso de tratamiento de las mismas.

“El documento posee declaraciones de las libertades fundamentales y los derechos básicos de los enfermos mentales, criterios para la determinación de la enfermedad mental, la protección de la confidencialidad, normas de atención y tratamiento incluidos el ingreso involuntario y el consentimiento para recibir tratamiento, los derechos de los enfermos mentales en los centros de salud mental, el suministro de recursos a esos centros, el establecimiento de mecanismos de revisión, disposiciones para la protección de los derechos de los delincuentes con trastornos mentales, y salvaguardias de procedimiento para proteger los derechos de los enfermos mentales”. (Montero, F. 1998 : 63).

En 1992, con la Resolución 002417 de 1992 expedida por el Ministerio de Salud de Colombia, se adoptan los derechos de las personas con trastorno mental, entendiéndolas como sujetos que, por razones orgánicas o no, presentan alteración en su pensamiento, afecto, juicio, raciocinio y conducta, lo que impide su libre autodeterminación y el adecuado desarrollo de relaciones interpersonales y vida en comunidad, ya sea en forma temporal o definitiva. Mediante la Resolución en mención, se adoptan ocho derechos<sup>63</sup> como postulados básicos con los que se protege en el ámbito personal, familiar, comunitario y hospitalario a las personas en condición de diagnóstico de enfermedad mental.

Para la época se habían fortalecido dos modelos con los cuales se hubiese podido superar la concepción de la salud biologicista y centrada en lo individual: la medicina

---

<sup>63</sup> En ellos se propende por el trato digno de su condición de persona; a no ser calificado como enfermo mental, ni ser objeto de diagnóstico o tratamiento en esa condición, por razones ajenas a su salud mental; a recibir la atención y el tratamiento apropiado, según las más elevadas normas técnicas y éticas; a ser informado sobre su diagnóstico y el tratamiento más adecuado; a no ser objeto a pruebas clínicas ni de tratamientos experimentales, sin su consentimiento informado; a la reserva sobre su información personal; a recibir o rechazar auxilio espiritual o religioso y, por último, a no ser discriminado en el goce y ejercicio de sus derechos, en atención al estado de su salud mental.

psicosomática y la atención primaria. Pero dichos intentos de reinversión de las estrategias de abordaje vigentes en el campo de la salud no eran efectivos puesto que ambos modelos comenzaron a ser implementados desde la instrumentalidad, dejando de lado sus soportes éticos y conceptuales. La medicina psicosomática comenzó a centrar su preocupación por el estudio, abordaje e intervención de los denominados “estilos de vida” y las “conductas de riesgo”; y por su parte, la atención primaria se convirtió en el paraguas en el que se resguardaban las limitaciones económicas y logísticas del Estado, centrándose sólo en algunos servicios selectivos y resolviendo las problemáticas encontradas con la medicalización.

Se actuaba entonces de espaldas al contexto y a las posibilidades que una atención primaria en salud, entendida desde la complejidad, tendría para incidir en las condiciones socio-culturales, ethopolíticas y económicas que subyacen en la etiología de muchas formas del padecimiento humano. Menéndez, E.L., 2008 [1992] afirmaba que “La atención primaria se medicalizó y se convirtió en programas selectivos (vacunación, educación para la salud, salud materno-infantil y otros) y verticales (impuestos desde la administración estatal)” (p. 120).

En 1993, se llevó a cabo en Colombia un estudio macro para evaluar el estado de la Salud Mental de la población y entre sus hallazgos se señala que la demanda insatisfecha de servicios de atención en salud mental, es del 52.2%; situación que resulta preocupante para los estamentos de salud, porque el mismo estudio muestra que “la morbilidad sentida expresada, se encuentra muy por debajo de la magnitud real de la problemática de salud mental en el país.”<sup>64</sup>

También en dicho documento se verifica que los servicios de salud mental presentan una distribución desigual, ya que en algunas zonas el acceso seguía siendo deficitario, tal como se encontraba en los denominados “territorios nacionales.”<sup>65 66</sup>

---

<sup>64</sup> Resolución No. 2358 de 1998: Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Hoja 18. Haciendo referencia a los resultados del estudio del año 1993.

<sup>65</sup> Resolución No. 2358 de 1998: Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Hoja 18.

<sup>66</sup> Que son los actuales departamentos de Arauca, Casanare, Guaviare, Putumayo, Vichada, Guainía, Vaupés, Amazonas y San Andrés. Sobre la situación de los mismos, se dice que entre muchos de los aspectos críticos de éstos territorios, se encuentran las falencias relacionadas “con la salud, la educación y los servicios públicos, porque estos son de mala calidad y su cobertura es escasa. (...) La salud, por ejemplo, solo se presta en las capitales de los departamentos y en las cabeceras municipales, y la gran mayoría de los médicos son jóvenes que están completando el año rural. (Artículo de la Redacción de El Tiempo “S.O.S por antiguos territorios nacionales” fechado del 14 de septiembre 1994) En términos de extensión

Esta desigualdad en la distribución de la prestación de servicios en salud mental y de la cantidad de profesionales especializados que se encuentran al servicio de los pacientes en las regiones, es una condición común en el mundo. De hecho, los documentos de la O.M.S. registran que hasta el año 2000 había una importante diferencia en la cantidad de psiquiatras por habitantes según el nivel de desarrollo de cada región de los continentes. Esto es, que a menor desarrollo, mayor el número de habitantes por profesional especializado en psiquiatría. Pero esto puede tener más de una interpretación: de un lado podemos mostrar que se trata de un indicador del desdén con el que los gobiernos miran la salud mental, pero también puede obedecer a que las culturas hacen una interpretación mucho más naturalizada de algunos síntomas que denotan presencia de enfermedad mental para la psiquiatría. Al tener tal postura, acompañada de marcos explicativos relacionados con los ciclos vitales de las personas, o con condiciones sobrenaturales que deben ser atendidas desde ámbitos que revisten un carácter mágico o religioso, una buena parte de la población desestima la posibilidad de consultar a un facultativo.

Con la ley 100 del 23 de diciembre de dicho año, se generan sustanciales modificaciones de carácter global, pues supone profundas modificaciones en la legislación sanitaria, consecuencias intersectoriales, cambio sustancial de las relaciones entre prestadores y usuarios y la aparición de nuevos actores. En esta Ley se señalaron como esenciales los principios de equidad, obligatoriedad, protección integral y calidad en la atención en salud, pero en el campo de la salud mental se privilegió la atención en los programas de hospital día, sin que le asistiera la posibilidad de transitar adecuadamente por el cambio, así como excluyendo los procesos que requerían hospitalización prolongada, las psicoterapias individuales por más de un mes, y validando la psicoterapia individual únicamente en la fase inicial de la enfermedad.

Estas Condiciones, lejos de acercarse a las propuestas comunitarias o la habilitación de centros ambulatorios de apoyo en salud mental, han terminado por instrumentalizar aún más

---

territorial, componen casi “la mitad del área de este país (...) están encerrados entre la selva y la falta de vías, infraestructura, telecomunicaciones y proyectos de desarrollo” (Antiguos territorios. Revista Dinero. sep 28 de 1998. Recuperado el 21 de agosto de 2018 de: <https://www.dinero.com/caratula/edicion-impresa/articulo/antiguos-territorios/15203>). Y se caracterizan también por la precaria o nula presencia del Estado, que ha generado la consolidación de institucionalidades paralelas, generalmente representadas en grupos armados guerrilleros

la atención, pese a las recomendaciones y declaraciones anteriores y posteriores a esta Ley. Ese panorama, impulsó a los pacientes y a sus familiares a dinamizar un mecanismo propuesto por la nueva constitución de Colombia: la tutela. En efecto, como respuesta a muchas insuficiencias en los procesos de atención, rehabilitación y seguimiento en salud mental, sobre todo a pacientes que presentan diagnósticos complejos, pacientes y familiares han establecido acciones de tutela que dieron paso a sentencias de la Corte Constitucional tales como la T-130 de 1993, la T-235 de 1993, la T-013 de enero 17 de 1995, la T-304/95, la T248 de 1998, la T-414 de 1999 y la T398 de 2000<sup>67</sup>.

En 1994 se promulga la Recomendación 1235 sobre Psiquiatría y Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. En esta recomendación, además de notificarse que debe redactarse el código de ética para psiquiatras, fundamentado en la Declaración de Hawái de 1977<sup>68</sup> y que la investigación científica en el terreno de las Salud Mental no debe iniciarse sin el conocimiento del paciente o su representante, y debe llevarse a cabo solo por el interés del paciente<sup>69</sup>; se presentan lineamientos generales que deben tenerse en cuenta en el accionar del ejercicio psiquiátrico en condiciones que impliquen la hospitalización del paciente<sup>70</sup>, comenzando a hablarse directamente de la contención

---

<sup>67</sup> En las que los jueces tendrán que dirimir conflictos relacionados con:

- Los acuerdos o desacuerdos que presentan los ciudadanos con respecto a la decisión de internamiento hospitalario provisional de los pacientes, en virtud de la consideración que tiene el facultativo sobre la gravedad de los síntomas presentados por el paciente.
- La negativa de los familiares a hacerse cargo de su paciente
- Las libertades en el ejercicio del consumo por parte de ciudadanos con adicción a sustancias psicoactivas
- La imposibilidad de hospitalización constante de sujetos que tengan comportamientos que afecten a su familia, a menos de ser declarados inimputables
- El derecho a la atención por urgencias y a los procedimientos que continuaren, en caso de que se vea seriamente afectada la salud mental y psicológica de una persona, al punto de que la misma comprometan los derechos fundamentales que a ella corresponden sino los de sus allegados más próximos, los de la familia como unidad y núcleo esencial de la sociedad que merece especial protección, y los de la colectividad.
- La hospitalización como una medida transitoria para las situaciones de agravamiento de la enfermedad, con el fin de estabilizar al paciente para poderlo retornar al medio ambiente del que proviene
- El hospital día y hospital noche como etapas intermedias de reintegración a la comunidad
- El fortalecimiento del paciente como actor social capaz de asumir roles creativos en de la comunidad.
- La obligación que tiene la familia en el tratamiento ambulatorio,

<sup>68</sup> Que es una suerte de decálogo de 2 páginas aprobado por la Asamblea General de la World Psychiatric Association, en el que se establecen unas guías éticas para los psiquiatras de todo el mundo. Ver anexo tres.

<sup>69</sup> Conforme también con la Declaración de Hawái “Todo paciente o sujeto de investigación es libre de retirarse, por cualquier razón y cualquier momento, de cualquier tratamiento voluntario o de cualquier programa de investigación o docencia en el que participe. Esta retirada, así como la negativa a participar en un programa, en ningún caso deben influir en los esfuerzos del psiquiatra para ayudar al paciente o sujeto. El psiquiatra debe detener cualquier programa de tratamiento, docencia o investigación, que a lo largo de su desarrollo resultase contrario a los principios de cuidado del paciente” Ver anexo tres.

<sup>70</sup> Los principios establecidos en las convenciones del Consejo de Europa sobre bioética son siempre de obligatorio cumplimiento y a su llegada a la institución psiquiátrica debe presentarse al paciente o a su acompañante, el código de los derechos del paciente. Además, el ingreso obligatorio de pacientes debe realizarse únicamente en casos en los que sólo el

farmacológica como reemplazo a la contención mecánica con la que se solía hacer el control de los pacientes en el medio hospitalario.

Ya en 1997, se instó a los Estados Miembros de la O.P.S. a:

“Desarrollar Programas Nacionales de Salud Mental; reorientar los Servicios de Salud Mental (de institucionales a comunitarios); desarrollar acciones de control de los trastornos afectivos, las epilepsias y las psicosis; fortalecer las acciones de promoción de la salud mental y el desarrollo psicosocial de la niñez; aumentar las asignaciones para programas de formación en salud mental; y mejorar la legislación y las regulaciones para la protección de los Derechos Humanos.” (Resolución CD 40/R19 del Consejo Directivo de la OPS).

En 1998, el Estado Colombiano adoptó su Política Nacional de Salud Mental, acogida mediante resolución No. 02358/98, en ella se integran: 1. Factores condicionantes de carácter biológico, ambiental, comportamental, social, político, económico, cultural. 2. Niveles de salud, medidos por la estructura de la morbilidad, mortalidad y discapacidad específicas por grupo étnico y de género; y 3. Criterios de priorización como la magnitud, vulnerabilidad y trascendencia de los diferentes fenómenos que determinan el estado de salud de la población. A nivel específico, la política propone reorientar y mejorar la calidad de la prestación de servicios de salud mental en el contexto del S.G.S.S.<sup>71</sup>, fomentar procesos de investigación básica y aplicada en salud mental y fortalecer la red de instituciones y la oferta de servicios<sup>72</sup>.

Para desarrollar estos objetivos la política en mención propuso actuar, conjuntamente con el componente de vigilancia en salud pública y con la investigación epidemiológica, sobre cuatro aspectos fundamentales: factores psicosociales y conductuales, que influyen en la salud

---

internamiento garantice la posibilidad de adelantar un tratamiento adecuado, o en casos en los que se evidencie serio peligro para el paciente o para terceros. En tales casos se debe contar con anuencia legal y todo el proceso debe contar con las disposiciones que permitan que el internamiento se haga de forma automática y regularmente revisada. Respecto al tratamiento, se requiere del equipo médico y de la salud adecuado para garantizar el correcto procedimiento, se hace fundamental la distinción entre enfermos mentales y deficientes mentales, debe registrarse en detalle el tratamiento que el paciente está recibiendo; las lobotomías y la terapia electroconvulsiva deben efectuarse de manera consentida; los menores de edad deben estar siempre acompañados de su tutor y se debe establecer un sistema de vigilancia para evitar acciones de tortura y “Trato o Castigo Inhumano” o Degradante. Además se prohíben las insinuaciones sexuales de los terapeutas hacia sus pacientes, se limita el uso de las celdas de aislamiento, se impiden las formas mecánicas de contención y a cambio de ella se proponen medios de contención farmacológicos administrados cuidadosamente.

<sup>71</sup> Se refiere al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

<sup>72</sup> La Política de salud, se sustenta en los ideales propios del discurso de “la calidad de vida”, y recoge algunas de las recomendaciones hechas por la O.M.S y los objetivos de normas y disposiciones internacionales anteriores, y promulga como búsquedas fundamentales: •Brindar una atención al paciente a través de tratamientos indicados, •Garantizar la prescripción de medicamentos, •Promover la atención por parte de un equipo interdisciplinario capacitado, • Ofrecer una atención individual integra al paciente en sus diferentes contextos, •Reconocer el lugar de familiares y cuidadores factor fundamental para la recuperación del paciente, •Velar por que se cumplan los objetivos de inclusión del paciente, rescatando su funcionalidad en varios aspectos de su vida como el familiar, el comunitario, el escolar y el laboral entre otros., En términos generales, se puede decir que los objetivos explícitos de esta política nacional son: promover la salud mental y prevenir la aparición de la enfermedad mental; controlar las enfermedades mentales; fomentar la cultura de la salud mental; mejorar el acceso, la cobertura y la calidad de la atención en salud mental en todas sus fases.

y en el desarrollo de la población; promoción de la salud mental y prevención de las enfermedades psiquiátricas; control de los trastornos psiquiátricos, estimulando las iniciativas legislativas al respecto y apoyando la formación del recurso humano; y la evaluación de programas y servicios de salud mental.

Como tradicionalmente ha sucedido con el andamiaje legal construido, también la política de salud mental ha presentado importantes obstáculos en su adopción y su implementación; el siglo se cierra con una clara tendencia, a atacar los altos índices de estigmatización y discriminación que afectan la vida y los procesos de socialización de las personas con padecimiento psíquico, impulsada sobre todo por organizaciones no gubernamentales de personas con enfermedad mental o de familiares de los mismos.<sup>73</sup> Además, se inicia un nuevo siglo en el que en torno a la salud mental aparecen preocupaciones mucho más claras respecto a las ansiedades, las depresiones, los intentos suicidas infantiles y adolescentes, el incisivo aumento de trastornos del comportamiento alimentario y la clara explosión del consumo de una buena variedad de sustancias alucinógenas, que no sólo derivan en las adicciones, sino que también inciden en el desencadenamiento de algunas formas específicas de psicosis<sup>74</sup>.

Todo ello a la luz de una mirada que desde la última década del siglo XX, comienza a abordar con menor timidez el asunto de la locura, denominada y conceptualizada en el ámbito de la salud mental; pero también de cara a una visión de la salud mental bajo el paraguas de un gran número de clasificaciones nosológicas que vuelven a deponer la pregunta por “la

---

<sup>73</sup> Al respecto se encuentra la siguiente aseveración en el Informe sobre la salud en el mundo. 2001 “El problema del estigma fue subrayado en el Informe del Director General de Sanidad de los Estados Unidos para 1999 (DHHS 1999). Dicho informe señalaba: «A pesar de la eficacia de las opciones de tratamiento y de las muchas maneras posibles de obtener un tratamiento idóneo, casi la mitad de los estadounidenses que padecen una enfermedad mental grave no solicitan tratamiento. Lamentablemente, en la mayoría de los casos la renuencia a pedir atención es el resultado de obstáculos muy reales. El más importante de esos obstáculos es el estigma con que muchas personas de nuestra sociedad marcan la enfermedad mental y a quienes la padecen». En resumen, el último medio siglo ha visto evolucionar la asistencia hacia un paradigma de atención comunitaria. Ello se basa en dos pilares fundamentales: el primero es el respeto a los derechos humanos de los enfermos mentales, y el segundo es el empleo de intervenciones y técnicas modernizadas. En los mejores casos, esto se ha traducido en un proceso responsable de desinstitutionalización, apoyado por profesionales sanitarios, consumidores, familiares y otros grupos progresistas de la comunidad”. Informe sobre la salud en el mundo. 2001 - Resolver los problemas de la salud mental. p. 54. [https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_ch3\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch3_es.pdf?ua=1)

<sup>74</sup> Informe sobre la salud en el mundo. 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas <https://www.who.int/whr/2001/es/>

locura”, para comenzar a responder a diferentes expresiones del padecer subjetivo, desde el sujeto mismo y no desde las condiciones que favorecen el apareamiento del sujeto sufriente.

### **Salud Pública y salud mental en Colombia.**

Para establecer la relación entre la salud pública y la salud mental, es necesario retroceder un poco en la historia política de Colombia, ya que se trata de un componente cuyo desarrollo se encuentra fuertemente vinculado con el surgimiento del Departamento Nacional de Higiene y Asistencia. Es por ello que, aunque el periodo que aquí nos interesa sea posterior, debe hacerse necesaria mención a momentos anteriores, pues la formación de un Estado Moderno se apuntalará en el proceso de industrialización, pero se trata de unos cimientos que estarán compuestos por las lógicas del patriarcalismo, el cacicazgo, las premisas judeo-cristianas, la constitución de la caridad<sup>75</sup> como ámbito en donde se evidenciaba el poder económico y el valor moral de quienes la ejercían y un ejercicio casi naturalizado de los métodos propios del clientelismo en el funcionamiento de lo público.

En el gobierno de Enrique Olaya Herrera (1930 a 1934) no sólo se adelantaron propuestas relacionadas con los derechos sindicales y de la mujer, sino que también se promulgó la Ley 1ª de 1931, por la cual se creó el Departamento Nacional de Higiene y Asistencia (encargado, entre otros asuntos de los programas asistenciales para las poblaciones vulnerables que dependían de las labores de la beneficencia, la higiene, los lazaretos y la protección de la infancia), separándolo del Ministerio de Educación.

Que antes de la Ley 1ª de 1931, la atención de la población vulnerable y de las premisas promulgadas por el higienismo, estuviese primero articulada con la Iglesia y los poderes locales y luego con Ministerio de Educación, advierte desde qué lugar se proponían las acciones, cuál era la concepción sobre salud y vulnerabilidad social, cómo se concebía la educación y de qué manera las acciones generadas en el campo de las enfermedades

---

<sup>75</sup> Valencia G., Pedro Luis. en un documento manuscrito donado póstumamente por su familia a la biblioteca de la Facultad Nacional de Salud Pública y publicado en el año 2007 sostiene que “el saber médico de la sociedad feudal está profundamente compenetrado por una nueva concepción: la caridad cristiana, nacida en la etapa de la descomposición de la sociedad esclavista del imperio romano” (Valencia G, 2007: 13) Si esta postura se pone en interdiálogo con el proceso de modernización del Estado Colombiano y las dinámicas propias de sistemas como el de la salud, vemos cómo en el caso de nuestro país, éste es uno de los sistemas en donde se evidencia cómo las características del feudalismo se conservan durante todo el siglo XX.

epidémicas, la higiene y los servicios sociales estaban relacionadas con la idea de la misericordia de los más poderosos o la filantropía de las almas buenas:

“La beneficencia, basada en la caridad cristiana y los poderes regionales, estaba lo suficientemente consolidada”(…)“y los médicos sostenían el ejercicio privado de la profesión (Hernández y Obregón, 2002: 57).

Así que, aunque existiese una tendencia hacia la consolidación de un Estado más intervencionista en estas materias, no se encontraba un nicho que le permitiera reubicar simbólica y objetivamente las iniciativas asociadas a la beneficencia no estatal, para introducir a cambio de ellas, una dinámica en la cual se posicionara la asistencia pública.

Una de las consecuencias de ésta situación es que incluso un decenio después de promulgada la Ley 1ª de 1931 y algunos años luego de haber sido creado el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, gran parte de las labores que el Estado había adelantado para ilustrar a población, a los funcionarios del servicio público y a los dirigentes gubernamentales, respecto al énfasis que debía darse a la destinación e inversión técnica de las partidas en salud pública, podían considerarse como frustradas. Para explicar esto Jaramillo (1938) manifiesta que:

“...no siempre había sido posible obtener la colaboración económica de las Asambleas y Consejos, ni la cooperación entusiasta de gobernadores y alcaldes. Tampoco se había podido impedir la acción nociva del político parroquial que aspiraba a satisfacer sus necesidades económicas, y las de sus familiares y electores, por intermedio de las organizaciones de higiene, y las todavía más funestas del cacique y del terrateniente que hostilizaban a las autoridades sanitarias porque éstas les exigían la modificación de hábitos ancestrales de vida y la ejecución de ciertas obras imprescindibles para la defensa de la salud pública y la de sus trabajadores” (Jaramillo S., 1938: 63).

En 1945, se creó el Ministerio de Higiene, por decreto 3181: “con el fin de orientar las políticas de higiene y salud con base en datos confiables y técnicamente recolectados” (Gonzáles et al, 2011: 137), al tiempo que se inauguró la División de Bioestadística a la que respondía, entre otras funciones, efectuar campañas para que estamentos, poderes eclesiásticos y cuerpos especializados (tales como el clero, las clínicas y los hospitales, las parteras, los médicos y las enfermeras) respondieran oportunamente a la necesidad de registrar los embarazos y los nacimientos, de monitorear las actividades relacionadas con los objetivos higienistas, tanto en los municipios como en los departamentos, intendencias y comisarías, y de hacer la denuncia obligatoria de las enfermedades infectocontagiosas que se presentaren en las zonas de su incidencia.

Vemos pues que hasta mediados del siglo XX, vigilancia y el control de la salud no era asunto exclusivo de los estamentos gubernamentales, sino que la iglesia y algunos actores ancestrales, como las parteras, eran reconocidos en su vínculo directo con asuntos relacionados a la vida, la muerte, los nacimientos y la enfermedad. Pero uno de los eventos fundamentales en el tránsito entre esta lógica sobre el tratamiento de aspectos relacionados con la salud mental y lo que luego se transformó en el sistema de salud, es la aparición de una versión más técnica del higienismo y posteriormente de la psicología como profesión.

En 1947 se crea la carrera pública de higienista (función técnica sanitaria nacional, desempeñada por profesionales de la medicina, la ingeniería sanitaria, la odontología y la veterinaria), y el 9 de julio de 1948 se funda en la Universidad Nacional el Instituto de Psicología Aplicada bajo la dirección de la psicóloga Mercedes Rodrigo (Hernández y Obregón, 2002; Moica Peña, 2012). De esta manera, la diversidad de saberes de las comunidades sobre sí, sobre sus cuerpos y sus padecimientos, fueron cediendo su lugar frente a la aparición formal de conocimientos técnicos, científicos y universales dominantes, que eclipsaron paulatinamente las epistemes alternativas, los lugares políticos de actores comunitarios, esas ontologías “otras” que por mucho tiempo hicieron parte del saber, el ser y el hacer de un país menos urbano, más rural.

En la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Asamblea General de Naciones Unidas incluye en 1948, la salud como uno de los derechos esenciales que deben ser favorecidos por los estados miembros de dicha organización, esto implica entonces la constitución de una perspectiva universalista del derecho al abordaje médico de todas aquellas entidades propias de lo humano que puedan ser categorizadas en el ámbito de lo patológico:

...“todas las personas, sean cuales fueren sus ingresos o fuentes financieras, su lugar de residencia y su raza, religión o convicciones políticas, deben recibir atención médica inmediata y apropiada” (O. P. S. /OMS, 1962: 40).

Sin embargo las preocupaciones esenciales en Colombia para la época –en sintonía con otros países- no estaban asociadas a la subjetividad, los problemas sociales que incidían en la vida de las comunidades, ni el asunto de la locura, sino que durante casi treinta años, entre 1950 y 1979, la labor estuvo centrada en la erradicación frustrada de la malaria; hasta que en

1979 la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) sostuviera que a lo que debería propenderse entonces era a su control<sup>76</sup>.

En el contexto internacional, la década de los 60's marca hitos importantes en la reivindicación de las ciudadanías y el advenimiento de movimientos sociales, pero también se trata de una década de conflictos políticos intra e internacionales y del fortalecimiento de una ideología basada en la utopía de los derechos humanos; que de acuerdo con Samuel Moyn (2015), citado por Galvis, F. (2017):

“...se han posicionado como valores culturales, morales y políticos con alcance global en las últimas décadas al precio del colapso o la pérdida de protagonismo de otras utopías: los movimientos pacifistas, los movimientos sociales surgidos a propósito del Mayo de 1968 francés, los movimientos cristianos, el comunismo, el Nuevo Orden Económico Mundial, las luchas anticoloniales por la autodeterminación de los pueblos, etc. Los derechos humanos siempre han sido <uno entre muchos> modelos modernos de libertad e igualdad, y han tenido que competir <en el terreno de la imaginación> con otros <idealismos>” (Galvis, F. 2017: 169).

La segunda mitad del siglo XX estuvo caracterizada por la participación de misiones médicas internacionales, especialmente norteamericanas, pero también alemanas e italianas. Con las misiones médicas norteamericanas se impulsa el fortalecimiento de las facultades de medicina del país, pero también la creación de otras, además de la consolidación de la formación de enfermeras, odontólogos, higienistas, “la titulación técnica y posteriormente profesional en licenciatura de bacteriólogos y de laboratoristas clínicos” (Fajardo & Solarte, 2016, p.403) y otros técnicos en el área de la salud.

Para el año 1961 la O. P. S. y la O.M.S. establecen que es necesario, que entre otros asuntos, los Estados asuman el mejoramiento de la nutrición de sus ciudadanos, garanticen los mínimos indispensables para la formación de nuevos técnicos y profesionales en las áreas de salud más requeridas, propendan por el desarrollo de una investigación científica cuyos resultados permitan el desarrollo de nuevas técnicas y procedimientos que posibiliten la prevención de las enfermedades epidémicas y la curación de otras cuya etiología

---

<sup>76</sup> Una anotación interesante aquí es la observación de Franco (1990) sobre la gran cantidad de significantes de origen bélico con los que se hace alusión a muchos momentos y objetivos asociados al proceso de erradicación de las enfermedades del orden epidémico y endémico de la época. Significantes tales como “conformar brigadas”, “organizar brigadas”, “identificar zonas”, “desarrollar campañas”, nos ha de dar cuenta, no sólo de la concepción del microorganismo como un enemigo, sino también con una realidad absolutamente sentida durante las guerras, asociada al número de bajas que ocurren durante las confrontaciones armadas por causa de la adquisición de algunas enfermedades de índole regional.

identificada (OPS/OMS, 1961), sin embargo, no aparecen referencias claras a las entidades nosológicas directamente relacionadas con la psique.

Esa misma línea, era formulado el Plan Decenal del Ministerio de Salud Pública de Colombia (1962–1971), que en el desarrollo de la Alianza para el Progreso tenía como fin “mejorar la salud colectiva y el bienestar social de los individuos, de las familias y de la comunidad”. Una de las estrategias planteadas fue la generación de los “centros de salud”, cuyas actividades estarían en pro del fomento, la protección y la reparación de la salud en el ámbito local, con énfasis en líneas como: higiene materno—infantil, nutrición, control de enfermedades transmisibles y atención médica y odontológica. Con relación a lo logístico, en el Plan Cuadrienal 1961 -1964<sup>77</sup> presentado por el gobierno de Alberto Lleras Camargo, se proponía un desarrollo e inversión importante en el plano de la logística hospitalaria, sin mencionar hospitales psiquiátricos o centros manicomiales:

“un aumento de la inversión en construcción y dotación de hospitales y centros de 1’495.000 pesos corrientes en 1957 a 7’579.000 pesos corrientes en 1960 (Colombia CNPEP, 1960: 243). En 1959, el déficit de camas hospitalarias era de 17.290 para alcanzar la meta de 4 camas por 1.000 habitantes. Pero el costo calculado en 1962 para las 20.000 camas necesarias era de 800 millones de pesos de ese año” (Hernández y Obregón, 2002: 139).

El plan era construir en la Nación 200 centros de salud, pero dadas las condiciones sociopolíticas del país, caracterizadas, entre otras cosas por un sistema político cerrado, de difícil movilidad, salvaguardándose desde el centralismo de los cada vez más recios vientos de guerra interna, solo lograron construirse 53 centros de salud y no todos contaban con el personal, el equipo o la logística necesarios para su apertura o para la ejecutoria de sus objetivos<sup>78</sup> (Hernández y Obregón, 2002). Habría que esperar hasta 1998, cuando finalizando el periodo de gobierno Nacional de Ernesto Samper y mediante la Resolución N. 2348, se configuró en Colombia la Política Nacional de Salud Mental, en la que aparecen cinco consultores principales: un psicólogo salubrista<sup>79</sup> y médicos, entre los que se encontraban tres

---

<sup>77</sup> “Primer plan de desarrollo elaborado por el Departamento Administrativo de Planeación y Servicios Técnicos<sup>10</sup> del Consejo Nacional de Política Económica y Planeación. Este documento ponía en evidencia que la idea de planificar las acciones del Estado se venía impulsando en Colombia y ya ofrecía algunas realizaciones” (Hernández y Obregón, 2002: 138)

<sup>78</sup> Es de anotarse que, por ejemplo, la oferta de enfermeras profesionales era considerablemente limitada, concentrada en ciudades tales como Bogotá, Cali y Medellín, y su remuneración muy baja: “había una enfermera de grado universitario por cada 16.000 habitantes (...) una enfermera por cada siete médicos, con una remuneración salarial muy baja (...) el 86% trabajaban en las principales ciudades capitales (Paredes, 1968).

<sup>79</sup> Carlos José Parales Quenza, Psicólogo – Salubrista, que para entonces era Psicólogo (Pontificia Universidad Javeriana) y Magíster en salud pública (Hebrew U)

médicos psiquiatras<sup>80</sup>. En esa resolución se acoge un concepto fuertemente acuñado en el país desde el primer decenio del siglo XX, que es el concepto de bienestar, en el que se albergan ideales propios del discurso de la Modernidad y de los denominados organismos garantes de derechos. No obstante, también se evidencia que hay un importante centramiento en la responsabilidad individual de los ciudadanos sobre aquello que le acontece y que deviene de sus propias capacidades. En dicho documento público de la Salud mental es definida como:

“la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente; un modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, ya sea cognitivas, afectivas, o relacionales. Así mismo el logro de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común. El campo de la salud mental, entendida como el resultado de expresiones biológicas, psicológicas y ambientales que se determinan mutuamente, y que se configura dentro de lo que podría llamarse procesos de alteración en la integralidad del ser humano, sobrepasa los tradicionales espacios en la psiquiatría y la psicopatología y se remonta a todos los factores y situaciones en los que se destaca un componente simbólico, comportamental afectando las condiciones de vida de las personas, su familia y la sociedad”<sup>81</sup>

Esto implica que incluso en las denominadas lógicas de las políticas garantes de derecho<sup>82</sup>, poner el acento en la responsabilidad del sujeto, implica un riesgo: el de desconocer el conjunto de determinantes sociales, políticos y económicos asociados con la salud o con dicho “bienestar”. Así entonces, se abre la pregunta sobre si esa particular concepción se hace de espaldas al riesgo o estratégicamente de frente a las lógicas del mercado del siglo por venir. Lo que adviene no es el sujeto responsable de sí, del que habla el psicoanálisis, sino que es un sujeto que debe hacerse cargo de todos sus padecimientos, porque éstos se conciben como una decisión. Es decir, que a partir de un discurso disciplinar vigente, se genera estratégicamente un conjunto de condiciones, leyes y procesos que terminarán pervirtiendo las significaciones profundas que hace el psicoanálisis sobre el sujeto. Se proclama el surgimiento de un sujeto responsable de su calidad de vida, de sus condiciones de bienestar, de su capacidad de autogestión de aquello que le atormenta e incluso de sus “capacidades intrínsecas” para desarrollar actitudes y pensamientos “resilientes”<sup>83</sup>. Pero también aparece

---

<sup>80</sup> Leonardo Mantilla Castellanos, Médico Psiquiatra; Manuel Javier Rincón Almanza, Médico Cirujano; Jairo Alfonso Luna Acosta, Médico Psiquiatra y María de los Ángeles Sala Méndez, Médico Psiquiatra

<sup>81</sup> Diario Oficial No. 43.338, del 13 de julio de 1998. Resolución N°. 2358 De 1998. (Junio 18). Ministerio de Salud. República de Colombia. Pp. 20 y 21.

<sup>82</sup> Término que incluso será tomado como base sobre el cuál se justificarán acciones, planes y programas en el gobierno siguiente, de Andrés Pastrana y que implicará una importante modificación de los discursos institucionales en los organismos relacionados con la salud y la atención a poblaciones en condición de alto riesgo o vulnerabilidad social.

<sup>83</sup> Fue Rutter quien tomó el concepto de resiliencia, acuñado inicialmente en la física y lo introdujo en las ciencias sociales en 1972, con el fin de nominar aquellas condiciones que se encontraban en ciertos sujetos que eran capaces de reaccionar con propiedad frente a las condiciones traumáticas y la experiencia de situaciones límite, superando los factores adversos que suelen estar asociados a las mismas. Rutter (2013)

una invitación velada a que los sujetos se conviertan en empresarios de sí mismos, porque aunque la política indica que están complejamente imbricadas la salud mental y la salud general, no agota todos los componentes sociales y políticos asociados a dicha salud general. Los sujetos incluso se han vuelto beneficiarios o cotizantes de un sistema de salud de carácter puramente privado y deben escoger entre paquetes de ofertas de salud primero y luego entre entidades prestadoras de salud. Galende (1998), asevera que en el cambio de las lógicas y modos de prestación del servicio de salud, se encuentran implicadas muchas nuevas formas de ver y ubicar al sujeto humano en las lógicas del capital, se halla entonces una reconfiguración de la salud mental con otros objetos y otros sujetos, cuyas dinámicas obedecen a las exigencias de competencia, competitividad, logros, objetivos, éxitos y tantos otros conceptos ligados al discurso empresarial.

Cuando la oferta de bienes y servicios que un Estado hace para que sus ciudadanos actúen bajo condiciones de libertad y autonomía, no se encuentra vinculada con posibilidades reales para su elección, se genera una ruptura interna el marco del deseo de los ciudadanos y de la configuración de la culpa. Es posible que éstos terminen aceptando jubilosamente la invitación a ser empresarios de sí mismos y a hacer con sus propias vidas aquello que se exige a la empresa en términos de indicadores de logro; pero sin las herramientas sociales, las condiciones personales y las posibilidades académicas con las cuales poder apuntalar el desarrollo de logros tan altos como los pretendidos.

“El sujeto que se agencia como empresario de sí, como administrador de su propia vida, no ha hecho otra cosa más que deslizarse y zigzaguear sobre las olas de la contingencia. Nada resulta más grato y nutritivo para el régimen económico actual que los entramados y cruces que se agencian en el azar, en el instante, en la coyuntura que significa para el sujeto la posibilidad de poseer, y en tanto posee, existe. (...) sujeto y empresa han terminado por afirmarse en una sola dirección. El agenciamiento ha cruzado las fuerzas para apuntalarse como ganancia, y es precisamente en dicha ganancia donde se conectan todas las fuerzas (saber, poder y deseo) para configurar un sujeto que se afirma, se reconoce, se piensa y se siente gestor o empresario de sí.” (González García, 2015: 209 y 210).

Pues bien, este sujeto “empresario de sí mismo” es el responsable de su propia salud, lo cual no se traduce en un rompimiento de las inequidades y desigualdades sociales, sino que las potencializa, porque "La desigualdad no es algo que las tecnologías neoliberales de gobierno se propongan combatir o eliminar. Por el contrario: las desigualdades son vistas como <funcionales> a la economía, pues ellas disparan la creatividad y animan la competencia" (Castro-Gómez, 2009: 190).

## **La Salud Pública y su tecnificación.**

En la década de los 60's, la O. P. S. organizó comités de expertos y publicaciones médicas en algunas áreas privilegiadas como la pediatría, la medicina preventiva, la fisiología, la farmacología y bioestadística, allí participaron algunos profesores y médicos colombianos entre los que cabe destacar a Héctor Abad Gómez, quien comenzaba a generar desarrollos importantes en el campo de la medicina preventiva y social<sup>84</sup> y que luego se convertiría en un importante innovador de su tiempo a partir de sus concepciones sobre la medicina, la educación, la educación popular y el desarrollo social. En el marco de un pensamiento integrador Abad Gómez, desarrollaba programas que permitieran democratizar el acceso a condiciones de salud para los pueblos, generando al tiempo condiciones de autonomía y reconocimiento de las condiciones diversas de los mismos. Se agenciaban discursos de ésta índole en Italia, Francia, Estados Unidos, Brasil y Argentina, pero no necesariamente calaban profundo en la idiosincrasia y en las prácticas de Estado en Colombia, incluso a pesar de que el estatuto eclesial de la teología de la Liberación estuviera fundamentado en el desarrollo de la II Conferencia General del Episcopado Latinoamericano de 1968, celebrada en Medellín.

Siendo Héctor Abad Gómez docente de la Universidad de Antioquia, generó una ruptura con las formas como se había concebido la medicina y propuso la capacitación de Promotoras Rurales de Salud, la cuales serían personas de las comunidades que en virtud de sus condiciones de liderazgo y deseos de saber, pudieran desempeñarse como una nueva clase de trabajadores del sector salud, cristalizando de manera más efectiva el logro de objetivos salubristas en las comunidades. Proponía una medicina renovada, de cara a los fracasos de la perspectiva hegemónica del ejercicio de ésta disciplina, caracterizada “por ser asistencialista y morbo céntrica, instruccional, acrítica y a-histórica” (Zea-Bustamante, 2017, p.182), para proponer procesos caracterizados por otras formas de relación con el otro<sup>85</sup>; por una redimensión del acto médico con un cuerpo de profesionales implicados en los procesos “que

---

<sup>84</sup> “Los aportes hechos por Abad Gómez se vieron reflejados años después en las propuestas de organismos internacionales en diferentes conferencias en salud, como la Primera Conferencia Mundial de Atención Primaria en Salud en la ciudad de Alma Ata, donde se propuso un modelo de salud que parte de la participación y la organización popular, y la Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en Ottawa, Canadá, donde se instó por la conjunción de acciones entre salud y educación” (Zea-Bustamante, 2017: 183),

<sup>85</sup> Acompañando y validando el surgimiento de nuevos(as) agentes sociales del sistema de salud cuyos saberes y experiencias previas serían el soporte fundamental de la construcción de empatía con los beneficiarios de los servicios, y nuevos conocimientos médicos adquiridos, les capacitaba para liderar acciones en las diferentes áreas de la salud

se vinculan y trabajan en comunidad a través de la participación, el diálogo y el empoderamiento” y un modelo de salud que “supera la visión morbo céntrica imperante en dicho momento social y establece la mirada preventiva” (Zea-Bustamante, 2017, p.183).

Pero además se trata de un médico que hace una ruptura no sólo discursiva, sino pragmática, respecto al modelo vigente de salud en la época. Se trata, en cambio de una institucionalidad colombiana en la que la transformación en las relaciones de poder es compleja, como lo afirma Jervis (1972) para referirse al caso europeo, pero cuya expresión bien puede extrapolarse para dar cuenta de la situación en Colombia:

“la tentativa del médico a renunciar a su poder institucional choca con la imposibilidad de desprenderse de una superioridad de conocimientos, que es un privilegio cultural o de clase. Su jerarquía sobre el paciente<sup>86</sup> es la última expresión de un privilegio que tiende indefectiblemente a reflejarse en la idea que el médico, en privado, se hace de sí mismo y del enfermo, usando conocimientos e instrumentos teóricos, de los cuales se halla desprovisto el paciente” (Jervis, 1972, p 297).

Abad Gómez comprende que la noción de salud debe estar ligada a un número importante de aristas no sólo fisiológicas, sino sociales, históricas, políticas, económicas y culturales. Plantea también un abordaje más allá del síntoma, que promueva la modificación de entornos ecológicos en los que la enfermedad se adquiere y/o propaga.

“El pueblo colombiano necesita trabajo, comida, vivienda, servicios elementales de atención médica, servicios epidemiológicos, educación, concientización. En vez de esto, se le ha dado, en general, superstición, engaño, confusión, pasiones. No sabe por qué se enferma. No sabe por qué es pobre. Así se deja explotar. Es al mismo tiempo, ignorante, enfermo y supersticioso. Cree que las enfermedades y la miseria “vienen de Dios”. No se atreve siquiera a exigir que sea más sano o mejor educado. No cree tener derecho a ello. Ve con impasibilidad que los hijos se le mueren por falta de leche, de atención, de los más elementales servicios. Se acuesta y se levanta con la miseria como su constante e inseparable compañera y apenas si protesta por ello. Está anestesiado” (Abad G, 2012 [1987]: 73 y 74).

Correspondiente con esta visión de la problemática, propuso acciones participativas, muy vigentes en otras latitudes del planeta, derivadas de todo un aparataje de pensamiento crítico que circulaba frente a los saberes que durante el siglo XIX y buena parte del siglo XX se sostuvieron como hegemónicos. Abad (1987) decía al respecto, que de cara a una época en la que todo comienza a ser cuestionado en tanto no tiene otra lógica que lo soporte, que no sea la tradición, es importante cuestionar también entonces la forma como los salubristas se ubican respecto a la vida y a la muerte, pues ha de pasarse de la medida relacionada con la “cantidad de vidas salvadas” a la ponderación de la “calidad de las vidas”, dimensión ésta que

---

<sup>86</sup> La expresión en cursiva es de la autora de esta tesis.

entonces situaría al salubrista, no solamente frente a un organismo que debe salvar, sino frente a un sujeto que significa su vida y que en esa manera particular de significarla, se encuentra con la dimensión de su propia dignidad. En ese orden de ideas, se introduce entonces la cuestión de la subjetividad allí donde lo primordial era la cuestión de la organicidad.

“Es de la calidad de la vida humana de la que debemos empezar a hablar los salubristas. No exclusivamente de la cantidad, como lo hemos venido haciendo hasta ahora. Este es un cambio profundo, revolucionario, importante, del enfoque tradicional de la salud pública, que debemos abocar desde ahora con franqueza y valor. Debemos abordar dicho tema con cuidado, con respeto, con humildad, porque su misma magnitud así lo exige, pero debemos abordarlo ya y con toda la decisión necesaria. Por todo esto estamos también enteramente de acuerdo con Sonis<sup>87</sup> cuando plantea lo siguiente: “El cisma que espera la salud pública en los próximos años será el que separará a los trabajadores del sector que rutinariamente cumplen con las actividades que consideran su responsabilidad profesional, de aquellos otros que visualizan su trabajo como parte de un cambio social en el cual ellos deben jugar como agentes de primera línea” (Abad. 2012 [1987]: 75).

En cierta sintonía con las aspiraciones de Abad y la experiencia que él mismo había tenido en la década de los 70's con las promotoras de salud, se hicieron esfuerzos por la formación de otro tipo de personal sanitario<sup>88</sup>, tales como odontólogos, ingenieros sanitarios, médicos veterinarios y auxiliares sanitarios.

“La O. P. S. Adelantó una intensa discusión en América Latina sobre el sentido, los alcances, las funciones, las dinámicas y proyecciones de la salud pública y de sus escuelas de formación” (...) encontrando “una limitada participación en la solución de los problemas de salud, como parte integral de los problemas sociales” (...). Este reconocimiento exigía fortalecer la acción en salud pública y articular este esfuerzo <a las técnicas de una planificación global de tipo económico-social y cultural> (...)“el carácter de las escuelas de salud pública, la preparación de personal técnico en salud, la enseñanza de disciplinas específicas y el desarrollo de un pensamiento planificador que posibilitara articular la labor del salubrista con las exigencias del desarrollo económico-social de los países” (Hernández y Obregón, 2002: 154).

En el caso de la psiquiatría y de los tratamientos de la enfermedad mental, no se avizora ruptura discursiva, ni un punto de quiebre concretos desde lo pragmático. Aunque Abad Gómez hace parte de una nueva generación de médicos que conceptualizan un hacer desde la democracia y la participación ciudadana, las dinámicas de modelo psiquiátrico hospitalario del país conservan las características de lo que Basaglia (1972) denominó como “situación asilar clásica”, en la que “no se puede hablar de una <relación médico-paciente>, puesto que ésta no existe” (Jervis, 1972, p 297).

---

<sup>87</sup> Se refiere al prólogo del libro de Sonis, Abraam (1971) “Medicina Sanitaria y administración de salud” Editorial El Ateneo, Buenos Aires

<sup>88</sup> Diferentes a los médicos y las enfermeras.

### **Notas sobre la formación en salud mental y el devenir curricular.**

En el año 1964, en la Universidad de Antioquia surgió la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP), con un programa de Maestría en Salud Pública que se planteó con una duración de un año. Luego, durante el periodo del Frente Nacional en Colombia “El gobierno de Lleras Restrepo<sup>89</sup> se caracterizó por el esfuerzo deliberado hacia la modernización<sup>90</sup> del Estado” (Pécaut, 1989: 82) y en virtud de ello se propendió por una mayor integración de los servicios de salud públicos y privados, haciendo de la planeación y la racionalización una estrategia fundamental para la operatividad de los proyectos, lo que redundó en mayores aportes provenientes de la cooperación internacional. En ese escenario se constituye el Sistema Nacional de Salud (SNS), del que haría parte “el conjunto de organismos que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad”. (Hernández y Obregón, 2002: 185) y para garantizar la mejor coherencia y continuidad posible de los procesos, se estableció una permanencia por 4 años del ministro de Salud Pública: Antonio Ordóñez Plaja, ayudada por los salubristas formados en la Escuela Nacional de Salud Pública de Medellín<sup>91</sup>.

“la atención primaria de salud es mucho más que una simple extensión de los servicios básicos de salud; abarca factores sociales y de desarrollo y si se aplica de manera apropiada influirá en el funcionamiento del resto del sistema de salud” (OMS/UNICEF, 1978: 45).

En la década de los 70’s una importante preocupación con respecto a la pertinencia de los contenidos curriculares en la formación de médicos en Colombia, asaltaba a las entidades académicas y oficiales del país, no porque los mismos no llenaran los estándares del conocimiento exigidos para la disciplina, sino porque se había evidenciado que los facultativos, no habían desarrollado estrategias concretas y pertinentes para atender las exigencias reales del contexto, ni habilidades para desarrollar trabajos comunitarios “que trascendieran el ámbito del hospital o el puesto de salud” (Restrepo Molina, 1974).

“Para llevar a cabo estos cambios, se planteó establecer un organismo de carácter nacional cuya función estaría centrada en definir criterios y directrices para determinar el número necesario de programas de licenciatura, descontinuar programas, establecer la orientación curricular de los

---

<sup>89</sup> Entre 1966 y 1970

<sup>90</sup> Modernizar significaba dotar de herramientas administrativas, políticas y financieras al Estado para intervenir y dirigir la economía por la senda del desarrollo económico y social, superando el inmovilismo de la clase política frente—nacionalista. (Hernández y Obregón, 2002: 184)

<sup>91</sup> Hernández y Obregón, 2002, cita a Ochoa y Ordóñez, 2002, para manifestar que a este grupo se dinamizaba bajo el liderazgo de Luis Carlos Ochoa y se le denominaba como “la fonda antioqueña”. Ochoa “había sido impulsado por la O. P. S. en su carrera de salubrista y planificador” (p.184)

programas de enfermería y del personal auxiliar, definir incentivos económicos para atraer personal a los estudios técnicos y establecer mecanismos de transferencia de los egresados de los Institutos Técnicos de Educación Media Diversificada (INEM) hacia programas de enfermería general” (Velandia, 1995, citado por Hernández y Obregón, 2002 p.241).

Ya en 1977 se elaboró el “Plan de Participación Comunitaria”, con el que no solo se pretendía ampliar la cobertura en la prestación de los servicios de atención primaria en salud, sino que también se esperaba fortalecer a las comunidades, generando la sensibilización de las mismas con respecto a prácticas de salubridad relacionadas con la prevención y la atención, esto generalmente mediante campañas educativas, lo que influyó en su efectividad e inspiró los Planes Nacionales de Participación de la Comunidad en Atención Primaria de Salud de 1981 y 1985:

“se propuso hacer énfasis en la capacitación de la comunidad para la administración de los recursos locales de salud, el desarrollo de actividades de atención primaria y la planeación integral de la salud” y “el plan de 1985 consideró que la responsabilidad de organización de la participación de la comunidad no era del sector salud, y que tampoco la comunidad debía ser co-gestora de los servicios de salud a nivel local, por lo que su objetivo fue promover el auto cuidado de la salud y la demanda racional de los servicios de salud”<sup>92</sup> (Hernández y Obregón, 2002: 186).

Comenzando la década de los 80’s, se estableció que para crear un vínculo suficientemente sólido y efectivo entre las comunidades y los objetivos estatales relacionados con la salud pública, y específicamente con la prevención de enfermedades contagiosas mediante la vacunación, era indispensable la colaboración de los líderes comunitarios e incluso otros actores sociales de gran impacto en las comunidades: parteras, profesores, farmacéutas del pueblo o el barrio, líderes religiosos, etc. y su trabajo mancomunado con los funcionarios de salud.

En la década de los 90’s se crearon los SILOS (Sistemas Locales de Salud) que permitían de una manera más efectiva el desarrollo de estrategias pertinentes de atención primaria, pero que –ante todo- obedecían a la necesidad de hacer viable los procesos de descentralización de los servicios y programas de Salud en el país. Esto redundó en la creación de nuevos programas o en la visibilización de la necesidad de atención nuevas poblaciones o problemáticas, como por ejemplo la población adulta y las enfermedades crónicas no

---

<sup>92</sup> Durante los gobiernos de los presidentes Alfonso López Michelsen (1974-1978) y Julio César Turbay Ayala (1978-1982),

transmisibles. Además se promovía la generación de planes, proyectos y programas que partieran de las necesidades sentidas de la población y no del escritorio del planificador.

En la ciudad de Cali, un importante ejemplo de ello fueron los programas de Salud Escolar y de prevención y atención de la violencia para el Distrito de Aguablanca que se generó a partir de la alianza entre la O. P. S., comunidad y Universidad del Valle (Arias, 2002; Vesga 2002 y Hernández, 2002b ). Pero el desarrollo de los SILOS, favoreció también el desarrollo de la medicina familiar y de currículos universitarios que viabilizaran el accionar de los profesionales con grupos y en las comunidades. Esto será un importante precedente para lo que luego será denominando el “Programa de Salud Mental Comunitaria para el Distrito de Aguablanca”, en Cali. De lo que se hará una detenida mención en el tercer capítulo de este trabajo.

### **El tránsito de la Psiquiatría en Colombia.**

*“La imagen cultural de la locura y de su represión no sólo contiene la justificación global de la psiquiatría como teorización especializada, erigida en defensa del sano, sino que sirve además para reorientar las necesidades de libertad, definiendo a ésta como lo que es «lícitamente sano» en oposición a la locura, imagen de una libertad no tolerada.” (Jervis, 1972: 286).*

Moicam (2012) sostiene que en Colombia las voces disciplinares relacionadas directamente con lo “psi” (la Psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis) han sido “el marco conceptual teórico y práctico desde donde se han desarrollado las estructuras de la atención en Salud Mental en Colombia”. (p. 8). No obstante veremos que la perspectiva psiquiátrica ha tenido notable preponderancia y que el viraje realizado por los psiquiatras colombianos hacia las perspectivas conductuales y biologicistas, comenzando la segunda mitad del siglo XX, suspendieron buena parte del desarrollo del psicoanálisis que sólo finalizando la década de los 80’s vuelve a aparecer con algún impulso, dada la incidencia de la Escuela del Campo Freudiano en Medellín.

De hecho, puede ser más prudente afirmar, junto con Vásquez (2017) que:

...”los médicos colombianos se apropiaron desde comienzos del siglo XX de conceptos como degeneración, diátesis, herencia mórbida y estigmas de degeneración para describir, clasificar y definir las enfermedades mentales presentes en el territorio colombiano. (...) Durante ese periodo la

teoría de la degeneración sirvió como el marco conceptual y teórico para comprender la etiología, la génesis y la evolución de las enfermedades mentales” (p. 15).

Vásquez (2018) estudia el papel de la teoría de la degeneración en la comprensión de las enfermedades mentales en Colombia, sosteniendo incluso fueron referente hasta mediados del siglo XX, para explicar la patogenia, etiología y clasificación de las enfermedades mentales, teniendo como apoyo teórico a los “degeneracionistas franceses de la segunda mitad del siglo XIX: Bénédicte Morel, Valentin Magnan, Théodule-Armand Ribot, Prosper Lucas, Étienne-Jean Georget, Jean-Pierre Falret, Jacques-Joseph Moreau, Emmanuel Régis, Henri Dagonet” (p. 26).

En la década de 1870 “se fundaron los primeros establecimientos para enfermos mentales en Bogotá y Medellín” y “se inauguraron las primeras cátedras de enfermedades nerviosas y mentales, también en las facultades de Medicina de Bogotá y Medellín” (Rosselli, 1999: 241) y hacia 1916 conceptos acuñados previamente, tales como herencia mórbida o diátesis<sup>93</sup>, serían los pilares desde los que se iba a instalar por mucho tiempo la teoría de la degeneración, cuya incidencia en la praxis psiquiátrica fue muy fuerte y que se encontraba estrechamente vinculada con la forma en que se concebía política y socialmente al sujeto en condición de diversidad cultural y racial. En efecto, herencia mórbida o diátesis serían conceptos con los que iba a ser posible elucidar cualquier tipo de condición “desviada” de los civiles.

“La presencia en esa red de cualquier elemento desviante hizo posible la emergencia de un estado anormal en el individuo y en sus descendientes. A partir de ese momento, el saber psiquiátrico adquirió el poder de relacionar los desvíos, los retardos, los desequilibrios, las anomalías, al proceso de la degeneración o, en todo caso, a un estado que no era precisamente el de la enfermedad, sino el mundo de los comportamientos humanos. Fue también a partir de ese momento que la psiquiatría dirigió su mirada de lo estrictamente patológico de las enfermedades mentales, hasta ese fondo causal permanente de las anomalías, constituyéndose en un saber que juzgaba los desvíos de la norma (biológica, social y patológica) desde una racionalidad genealógica y colectiva” (Vásquez Valencia, 2017 p.35).

Los efectos sociopolíticos no se hicieron esperar, pues la racionalidad que apuntalaba el marco explicativo de la enfermedad mental, sobretodo en la primera mitad del siglo XX en Colombia, hizo que el carácter de la problemática identificada en un sujeto, no sólo le implicase a él mismo como persona, sino que fuera ligado a la naturaleza de su genealogía, su

---

<sup>93</sup> Identificada por Vásquez (2017) “como un estado constitucional mórbido a partir del cual se determinaba el origen, evolución y transformación de todo tipo de enfermedades, comportamientos, síntomas y estigmas tanto a nivel individual como colectivo” (p. 27)

raza o su cultura. La condición entonces sería expuesta como una suerte de tara que se posee por el hecho mismo de pertenecer a un linaje, de tener una clase específica de piel o de rasgos fisionómicos compartidos con su sociedad, familia o cultura.

“En ese sentido, el estudio clínico de las enfermedades mentales, pensado a partir de la teoría de la degeneración no solo tuvo un impacto en la manera en que los médicos colombianos comprendieron, definieron y trataron esas enfermedades en términos epistemológicos y prácticos, sino que a partir de ese horizonte discursivo, un nuevo conjunto de problemas comenzó a perfilarse, relacionado con las costumbres, los vicios y las condiciones de vida propias del pueblo colombiano”. (Vásquez Valencia, 2017 p.35).

Para el periodo que nos interesa, vamos a dar cuenta de los diversos movimientos e incluso cambios o ajustes paradigmáticos en la Psiquiatría, como la disciplina “psi” con mayor relevancia respecto al hacer – poder sobre la enfermedad mental, no sin antes afirmar que durante todo el final del siglo XX la psicología, el psicoanálisis y la psiquiatría no logran un vínculo perdurable, ni hacen posible un diálogo, un debate o una colaboración sostenida con respecto a las problemáticas que interesan al país en general o al sistema de salud en particular. Incluso para la fecha en que se escribe éste trabajo de grado, apenas se logran construir algunos atisbos de lo que pudiera ser un trabajo interdisciplinar en el marco de la praxis y de la investigación en salud mental. Podríamos sostener, haciendo eco a Alarcón (1985) cuando se refiere a la psiquiatría latinoamericana en general, que en Colombia, incluso a su propio pesar, la psiquiatría ha sido el receptáculo de corrientes ideológicas o doctrinarias mundiales, que no necesariamente se han forjado como “rutas epistemológicas”, pero que si se sostienen con la fuerza misma del dogma. Dogma éste que hace que sólo hasta hace poco en Colombia se nominaran algunas salas, servicios u centros hospitalarios, como unidades, clínicas o de salud mental, allí donde tradicionalmente establecía como nombre bautismal “lo psiquiátrico”: Hospital Psiquiátrico, sala de atención psiquiátrica, unidad psiquiátrica, entre otros.

Pero contrario a la contundencia misma con la que suele definirse la oferta de servicios “psi” desde la predominancia psiquiátrica, nos encontramos con la laxitud de la división y definición categorial de las entidades diagnósticas. Tanto que Muñoz<sup>94</sup>, uno de los psiquiatras cardinales de esa parte del siglo en Colombia, se preguntaba con gran inquietud sobre la

---

<sup>94</sup> Rodrigo Muñoz Barragán, de quien se hará una mayor referencia en el siguiente aparte.

inestabilidad que las nosologías comenzaban a presentar desde mediados del siglo XX<sup>95</sup>, aunque también reconociera que los “desórdenes mentales” que experimentaban una nosología más estable podrían ser: “los trastornos afectivos; las alteraciones psicóticas, como la esquizofrenia; las adicciones a drogas, y los trastornos orgánicos, como la enfermedad Alzheimer” (Arteaga P, 1997: 99).

Durante el periodo que comprende la década de los 60's y los mediados de los 80's, en Colombia, el tratamiento de las enfermedades mentales se hacía fundamentalmente desde dos modelos distintos: el manicomial y el de la atención privada de alto costo. El primero acoge una mayor franja poblacional, pero sobre él, el profesor de psiquiatría de la Universidad del Valle, Roberto Perdomo Hoyos, referenciaría en 1984, que se trata de un modelo reclusorio en condiciones de hacinamiento, carente de una relación médico-paciente, en tanto los cuidados son delegados al personal auxiliar de enfermería, cuyas prescripciones médicas suelen obedecer a estereotipias sobre la enfermedad y cuyas terapéuticas se encuentran centradas en la visión biologicista.

Entre los psiquiatras más influyentes de la perspectiva psicodinámica se encuentran Arturo Lizarazo (formado en Chile), José Francisco Socarrás, y Hernán Quijada (formados en el continente Europeo). Ellos formaron el ‘Grupo de Estudios Psicoanalíticos’ que en su evolución se convertiría en Sociedad Psicoanalítica colombiana (1961), pero aunque muchos psiquiatras se dejaron seducir por las propuestas epistemológicas, éticas y terapéuticas que se proponía desde ese modelo, la fuerza paradigmática de los últimos 30 años del siglo XX no estuvo allí.

Si bien desde finales de los 80's se escuchan más claramente las voces sobre la necesidad de una modernización, no del sistema hospitalario, sino –en general- del sistema de salud pública. Las propuestas que de allí derivan no son plenamente ejecutadas y sólo algunos operadores del servicio de salud, logran acercarse tímidamente a las propuestas planteadas en el marco de una prevención de los riesgos, una promoción de la salud y la atención y rehabilitación de la enfermedad. Una de las explicaciones puede ser que la formación de

---

<sup>95</sup> A ello ya nos hemos referido con mayor amplitud en el aparte relacionado con los catálogos y manuales diagnósticos en el primer capítulo del presente trabajo.

psiquiatras en la época no estaba diseñada para proveer a los futuros especialistas un corpus conceptual y unas herramientas prácticas orientadas hacia ese fin<sup>96</sup>, pues ello implicaría “cambios drásticos en su orientación, en la forma y contenido de los programas de adiestramiento, en la dirección que debe tomar la investigación y en la manera de prestar servicios a la comunidad” (Perdomo, 1984: 93).

Para la década de los 80, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina había aprobado los programas de Residencia en Psiquiatría para las universidades de Antioquia, del Rosario, Pontificia Javeriana, Nacional y del Valle, que desde el punto de vista conceptual se hacía:

“Sobre la base de tres principios fundamentales: la orientación ecléctica de la enseñanza, el empleo del método científico en la evaluación de los conceptos utilizados en psiquiatría y la utilización de los factores socioculturales de la comunidad como marco de referencia para las labores del especialista” (Perdomo H., 1984: 91).

La orientación ecléctica se basaba en la idea de la adaptabilidad, pero se había producido un importante viraje en su orientación, pues ya no se buscaba como fin primordial la adaptación fisiológica del paciente<sup>97</sup> a expensas de sus contenidos emocionales y de las condiciones de su entorno medioambiental; sino que al tiempo que se reconocía la incidencia de los factores biológicos en la generación de una entidad psiquiátrica específica, también era posible reconocer la existencia de otros factores detonadores propios de una dinámica psíquica compleja<sup>98</sup>.

Acerca de la incidencia del método científico, la psiquiatría en el país fue pasando de una producción profundamente ligada a lo que podría denominarse como una filosofía del

---

<sup>96</sup> Que al estar cimentado en la atención en, con y dentro de la comunidad, requiere de otras formas de participación de la psiquiatría.

<sup>97</sup> Recordemos que desde los albores del siglo XX, la psiquiatría en Colombia se fue alejando de las perspectivas francesas, para –paulatinamente– irse inscribiendo en los postulados del positivismo italiano y en las explicaciones biologicistas e incluso evolucionistas, que permitió el asentamiento de la teoría de la degeneración en el país.

Es decir que se realizó un “abandono de una psicología espiritualista y sensualista, al paso que una visión materialista, determinista y orgánica se impuso como nueva forma de comprender las enfermedades mentales y la criminalidad. El saber alienista clásico, organizado alrededor de las nociones de manía, demencia, idiotez e imbecilidad y que se basaba en el problema del delirio entendido como un trastorno de la representación fue sustituido por una nueva visión que abordaba esos mismos problemas en términos de instinto, inclinaciones y voluntad, o como pérdida de la determinación moral, es decir, como un automatismo. En otras palabras, se trata de los acontecimientos que permitieron pasar de una concepción de la locura entendida como delirio a una concepción patológica de los actos, de los impulsos y de la voluntad” (Vásquez Valencia, 2018: 19)

<sup>98</sup> Posición influenciada por el pensamiento psicoanalítico.

cerebro, o a un relato casuístico aproximado al orden de lo literario más que al rigor investigativo propio de metodologías basadas en el dato evaluable y medible; hacia un trabajo en donde se verificaban los resultados en tratamientos, se comparaba la efectividad psicofarmacológica a partir de grupos control, se hacía un manejo estadístico de los datos, aplicaciones de escalas psicométricas y otras más que invistieran de mayor relevancia científica a los aportes de nuestros psiquiatras nacionales. Perdomo (1984), pondera ese momento específico en que la disciplina cede en su carácter primordialmente especulativa, para objetivar los datos puesto que, a su juicio, se trata de un cambio que reviste:

“...gran importancia, pues la realización de programas de salud mental requiere trabajos de investigación que permitan identificar, por ejemplo, factores que inciden negativamente en la salud mental de la comunidad y grupos humanos expuestos a riesgo mayor de padecer enfermedad mental. Además, para conseguir la colaboración de la comunidad en la labor preventiva y curativa de la psiquiatría<sup>99</sup>, es indispensable adquirir primero un conocimiento exacto de la situación actual de la enfermedad mental” (Perdomo H., 1984: 91).

El conocimiento y optimización de los factores socioculturales del entorno en la formación de psiquiatras en la década de los 80's buscaba permear el currículo centrado hasta entonces en la labor psiquiátrica intrahospitalaria o circunscrita a la atención en consultorios médicos, proponiendo una mayor apertura respecto de los ámbitos, los métodos y las condiciones de atención en salud mental, que incluyese la atención en la comunidad. Se trataba, en palabras de Perdomo (1984), de un enfoque mediante el cual se lograría “que el especialista adopte como sustrato de su trabajo los factores culturales de la comunidad y sus necesidades, así como los recursos de la misma que puedan utilizarse en el diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad mental” (p. 91).

Entre los psiquiatras de mayor influencia en Colombia encontramos cuatro, uno de ellos muy importante en la historia de la psiquiatría en Cali, por sus vínculos directos con la Universidad del Valle, con el Hospital Psiquiátrico Departamental del Valle y por sus producciones en la Revista Colombiana de Psiquiatría. Además de Humberto Rosselli, estos psiquiatras son Maximiliano Rueda, Rodrigo A. Muñoz y Carlos A León. A partir de las diferentes publicaciones sobre estos personajes, resulta altamente difícil construir una semblanza ligeramente aproximada al plano de lo histórico, pues las referencias entre ellos

---

<sup>99</sup> En concordancia con los parámetros de la O.M.S., y en particular con el séptimo informe del comité de expertos en salud mental, relacionado con la psiquiatría social y la actitudes hacia la colectividad.

como gremio resultan siendo verdaderas exaltaciones a sus respectivos logros y dimensiones humanas, que de lo que parece dar cuenta es de la condición altamente egocéntrica en la que se ubican.

Por ejemplo, Rodrigo A. Muñoz Barragán es un psiquiatra formado inicialmente en Colombia y luego en Estado Unidos, que fue elegido como presidente de la A.P.A.<sup>100</sup>, convirtiéndose en el primer latinoamericano en ostentar ese cargo. Por ello en el volumen 28 No.3 de la revista Colombiana de psiquiatría (1999), se le hace un homenaje, en donde Rosselli (1999) afirma que: “el reconocimiento de la A.P.A. hacia Muñoz, da cuenta de la madurez alcanzada por las ciencias de la Salud Mental en Colombia y cita a Alarcón, Renato (1998) quien a su vez, en un artículo escrito para la publicación periódica Médico Interamericano en New York, bajo el título: *Haciendo historia (Un hispano en la Presidencia de la Asociación Americana de Psiquiatría)*<sup>101</sup>, menciona que Muñoz "es, en buena medida, el obsequio que la Psiquiatría hispánica da a la norteamericana para decirle claramente que también el Sur del continente genera, nutre y comparte aspiraciones trascendentes" (Rosselli, 1999: 248).

Lo cierto es que Muñoz Barragán se encontraba trabajando en la Universidad de Washington, precisamente en un periodo en el que la psiquiatría norteamericana comenzaba a construir la pretensión de ser menos especulativa y hacerse más experimental y mensurable. De ahí su inclinación a buscar estrategias, técnicas y procedimientos que le permitirán validar el diagnóstico psiquiátrico más de un juicio clínico en donde prevalecía la interpretación subjetiva y que podía llevar a la contradicción diagnóstica entre las apreciaciones de diversos colegas. Consecuentemente, participó en la construcción de los criterios diagnósticos propuestos por el grupo de San Luis, para una cantidad reducida de trastornos y con fines investigativos, que al hacerse confiables pudieron ser luego ser aceptados por los comités

---

<sup>100</sup> Que a sus 155 años de existencia ya contaba con más de cuarenta mil psiquiatras asociados y era la asociación psiquiátrica más importante del mundo

<sup>101</sup> En palabras del psiquiatra Rodrigo Muñoz: “La A.P.A. se inició en 1844 como la unión de un grupo de administradores de asilos para alienados en los Estados Unidos. Solamente hasta los años 30 del presente siglo los psiquiatras salieron de los hospitales mentales y empezaron a tener consultorios, convirtiendo a la Psiquiatría en una especialidad más poderosa; era, entonces, un grupo de profesionales ayudándose los unos a los otros. Posteriormente, durante las décadas de los 50 y los 60, se presentó un importante aumento en la producción científica” (Arteaga P, 1997 p. 92)

constructores del DSM, e incluso por la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

Ya en 1977, Muñoz Barragán se vincula con la Universidad de California y comienza a desarrollar sus trabajos sobre los entonces denominados desordenes afectivos, los trastornos de ansiedad, la anorexia y bulimia nerviosas, las psicosis reactivas breves y las hasta entonces denominadas psicosis post-parto. Se trata de un autor prolífico, pero uno de los asuntos que mayormente llama la atención, teniendo en cuenta que parte de una perspectiva ligada a la visión dominante de la enfermedad mental desde la perspectiva organicista, es que éste psiquiatra logra hacer virajes novedosos de su episteme, para concluir que: “el uso de historias de casos que cubren una amplia gama de problemas y la cooperación entre psiquiatras, médicos y trabajadores sociales puede ser una ayuda definitiva para la recuperación del paciente”<sup>102</sup>. Se asiste pues a un proceso de separación paulatina del Psiquiatra Muñoz desde su postura inicial hasta otra en la cual le es posible proponer un trabajo mancomunado con otras disciplinas. Este autor afirmó que los pacientes con esquizofrenia o enfermedad maniaco-depresiva tendían a tener pocos problemas en otras áreas: “el 82% de los que tenían problemas de abuso de alcohol o drogas también tenían otros problemas. La mayoría de los problemas sociales eran asuntos interpersonales que respondían mejor a un tratamiento limitado centrado en situaciones específicas”<sup>103</sup>

Y en 1979 presentó en el XVIII Congreso Nacional de Psiquiatría de Medellín un trabajo sobre las relaciones entre psiquiatras y psicólogos y luego, en el Congreso de la A.P.A en Washington, donde atestiguaba que:

“La psicoterapia y los psicotrópicos son más efectivos y mejor dirigidos en cuanto tratamos más pacientes en nuestros consultorios, en la comunidad, en marcos académicos, en áreas rurales, en servicios para veteranos, en las prisiones y en cualquier otro sitio en que los podamos hallar» (Rosselli, 1999: 247).

Cabe mencionar que casi paralelamente a los aportes de éste psiquiatra, en 1978, de llevó a cabo la Declaración de Alma Ata, que se constituiría en el punto de partida para la

---

<sup>102</sup> Recuperado mediante Database: PsycINFO, desde <http://psycnet.apa.org/record/1979-21226-001> en el mismo documento se hace mención a que su segunda publicación fue en la revista Hospital de Colombia de Laurentino Muñoz, bajo el título de “La Compasión y la Medicina” (p.245)

<sup>103</sup> Tal como posteriormente lo señalará George Engel, en lo que será el fundamento primordial del famoso Modelo Biopsicosocial sobre el que se sopolta la salud en general y mucho más la enfermedad mental.

reorganización de los sistemas regionales y nacionales de salud “el fin de recuperar, proteger y promover la salud para todos”. Ello incluiría la necesidad de generar desarrollo en atención integral en el primer nivel, de la salud del individuo, la familia y a la comunidad, articulando su accionar con los niveles secundarios y terciarios del sistema de salud.

“No se reduce a la curación, rehabilitación, prevención y promoción dentro del sector salud, sino que compromete la acción de las comunidades y de otros sectores para afectar los determinantes sociales de la salud” (Vega Romero, Román et al; 2012: 393).

Otro psiquiatra que se convierte en importante referencia, aunque anterior a Barragán, fue Maximiliano Rueda Galvis (1886-1944), quien fuera profesor de la Facultad de medicina en Bogotá, con una perspectiva biologicista de las enfermedades. Rosselli (1999) repite la condición de exaltación a la persona y logros profesionales de sus colegas al calificarlo como el primer "psiquiatra completo", pero en éste documento se desea subrayar esto, pues se trata de un significativo que no debe pasarse por alto, en tanto presupone la existencia de un sujeto que ejerce un rol en la condición de totalidad del mismo, pero que –además- tiene una visión poco integradora de las perspectivas de la psiquiatría, dirigiéndose a las miradas más biologicistas de dicha disciplina. Lo que confirma el carácter organicista sobre el que se ubica la episteme y la praxis psiquiátrica en Colombia durante gran parte de la segunda mitad del siglo XX y que permite a Rueda Gálvis generar un importante interdiálogo con las perspectivas vigentes en la Facultad de Medicina de París, en donde los Marchand, Toulouse y Courtois elogiaron sus avances en estudios de cuatro entidades diagnósticas y un tratamiento: la parálisis general, las psicosis parasitarias, las encefalitis psicóticas, el delirio agudo mortal y la malarioterapia.

Con respecto a la parálisis general, Giménez-Roldán, S. (2016) afirma que para el siglo finales del siglo XIX y hasta muy adelantado el siglo XX, se conoció como Parálisis General Progresiva “a una forma terciaria de neurosífilis parenquimatosa del cerebro causada por el microorganismo *Treponema pallidum*” (p. 83) y este autor agrega que esta entidad representó un verdadero hito histórico, debido a que los estudios que se hicieron sobre la misma, permitieron a mundo médico “demostrar que algunos trastornos mentales y neurológicos podían tener una causa biológica” (p. 83)<sup>104</sup>. A las psicosis parasitarias se les ha dado varias

---

<sup>104</sup> Giménez- Roldan, S (2016) menciona también que “Jaime Vera López (1858-1918) realizó en 1880 su tesis doctoral <Ligeras consideraciones clínicas sobre la parálisis general progresiva de los enajenados [sic]> sobre 32 pacientes

denominaciones, como suele ocurrir con gran parte de los cuadros nosológicos propios de la psicopatología: Delirio de parasitación, delusio parasitorum, delirio dermatozoico, o incluso posteriormente como síndrome de disestesia crónica cutánea. Se trata de “un cuadro psiquiátrico en el que el paciente tiene la convicción delirante de estar infectado por parásitos” (Rodríguez-Cerdeira et al, 2010, p.441)<sup>105</sup>. Las encefalitis psicóticas agudas azotémicas eran aquellas encefalitis en las que se evidenciaban importantes alteraciones del estado mental, viéndose seriamente comprometidas dimensiones tales como la orientación, el pensamiento y el comportamiento. El delirio agudo mortal puede definirse como es un estado de excitación mental y fisiológica, en donde los pacientes presentan una marcada agitación mental y motriz, aumento de temperatura corporal y exacerbación de la fuerza, sin que a ello le asista una correlación de fatiga<sup>106</sup>. Y la malarioterapia consistía en un tratamiento mediante el cual se proponía la cura de las Parálisis Generales Progresivas, generando la inoculación del virus de la Malaria<sup>107</sup>.

Lo que puede identificarse aquí, en el caso del Dr. Rueda G., es la decidida ubicación de sus investigaciones y abordajes conceptuales de la psiquiatría desde un paradigma biológico, que en su momento se denominaba incluso como físico-personal: Físico porque la racional y científica de la etiología de la enfermedad mental se realiza desde argumentaciones

---

evaluados en el sanatorio del doctor Esquerdo de Madrid, destacando la frecuente asociación de deterioro cognitivo y de anomalías pupilares.” Como un dato adicional de interés que vale mencionar, Giménez-Roldán informa que aún se conserva un compendio de esa tesis doctoral, con 37 páginas, en la biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense y otro en el Ateneo de Madrid.

<sup>105</sup> En 1894, George Thibiérge, reporta y documenta el primer caso conocido, pero lo describe bajo el término de “acarofobia”, dos años después Perrin reporta la entidad, identificándola con otro término la neurodermatitis parasitofóbica, y mucho después en el año de 1938, el neurólogo Karl Axel Ekbohm, no sólo utiliza el término “praesenile Dermatozoenwahn” (delirio prenenil parasitario dermatozoico), sino que también describe su diagnóstico, su etiología, su pronóstico y tratamiento. Ya en 1946, Wilson JW y Miller HE. Wilson y Miller introdujeron el término “delusion of parasitosis” (delirio de parasitosis). (Vázquez, 2007; Rodríguez-Cerdeira, 2010; Muñoz, 2015).

<sup>106</sup> En 1832 por Calmeil describió la psicosis amenazadora para la vida y en 1849 por Luther V. Bell introdujo la «manía de Bell», también se le llegó a conocer como «catatonia fatal», «psicosis exhausta» y «esquizofrenia hipertóxica». Ya en el siglo XX Shulack (1944) describió la «agitación psicótica» con las siguientes características clínicas: aparición súbita, agitación extrema con ansiedad y agotamiento, alucinaciones, comportamiento violento que requirió restricción física y probable muerte por paro cardíaco, previa presentación de taquicardia, hipotensión e hipertermia.

<sup>107</sup> Bottasso, Oscar (2017), entre otros autores, hace referencias importantes respecto a esta terapéutica tan particular: afirma que Julius Wagner-Jauregg, cuando estaba a cargo de la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Viena, observó que “los pacientes sífilíticos con parálisis general progresiva mejoraban tras cursar cuadros febriles” (p. 7), así que resolvió provocar episodios febriles a partir de la inoculación en los enfermos del Plasmodium vivax que es “uno de los agentes causales de la Malaria, como lo habían señalado en 1880 y 1884, dos médicos de los ejércitos de los EEUU y Francia, George Sternberg y Charles Louis Alphonse Laveran, respectivamente” (p. 7). A partir de sus experimentos Wagner-Jauregg encuentra una cura para las parálisis generales y por ello se hizo acreedor al premio Nobel de Medicina en 1927. Fue entonces cuando se aprobó como un descubrimiento de punta que, en palabras de Bottasso (2017), “la malaria aguda <curaba> pacientes con neurosífilis” (p. 7)

basadas en el orden de la constitución y la naturaleza corporal; y personal, porque pone su acento explicativo en las condiciones intrínsecas del individuo fisiológico y patológico.

Es de anotar que en el primer decenio del siglo XX, en Colombia, el Dr Putman, un Bogotano que en París había sido discípulo de Charcot y que murió en el año 1915 en la batalla de Palonegro, cuando se desempeñaba como Jefe de la Ambulancia de los Ejércitos del Gobierno; había descrito tres grandes grupos causales de la locura: Intelectuales, morales y físicos. Estos habrán de ser ejemplificados por Putman<sup>108</sup> en el segundo tomo de su tratado práctico de Medicina Legal, en 1908. En lo que respecta a las causas personales fisiológicas, se reconocen aspectos tan disímiles como la edad, el sexo, el temperamento, la constitución física, la herencia, la idiosincrasia, los hábitos, las funciones y desarreglos genitales, el embarazo, la lactancia e incluso las profesiones. Mientras que en las causas personales patológicas se encuentran entidades nosológicas de la época como el histerismo, la hipocondría, la catalepsia, las neurosis, las epilepsias, las hemorragias, las conmociones cerebrales, algunas enfermedades del oído interno, la sífilis, la tuberculosis, algunas afecciones digestivas, las úlceras, el alcoholismo y la intoxicación por opio. Tanto en la primera como en la segunda categoría etiológica se encuentran pues aspectos tan distintos entre sí que se puede intuir que pese al intento genuino de construir marcos explicativos sobre los cuales poder apuntalar la locura, prevalece ésta en tanto enigma.

Comencemos aquí la necesaria referencia al psiquiatra Ecuatoriano Carlos A. León, quien fuere el fundador y primer gerente del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, se trata de una figura fundamental en la historia de la psiquiatría de la ciudad, en tanto ha sido también docente de la Universidad del Valle, y como investigador, se ha destacado por sus estudios sobre los fenómenos locales y su relación con el padecimiento psíquico. Con respecto a este último rol, en el año de 1968 se vinculó al Estudio Piloto de Esquizofrenia, promovido por en nueve países por la Organización Mundial, dentro de ésta investigación se realizó un sistemático seguimiento, evolución y pronóstico de los pacientes esquizofrénicos y a partir de los resultados obtenidos a lo largo de 26 años, mediante el cual pudo poner en

---

<sup>108</sup> “Un influjo importante de la psiquiatría francesa llegó a Colombia por medio de Carlos E. Putman (1850-1915), quien fue el precursor de la psiquiatría y la medicina legal en Colombia (...) hizo una propuesta fisiológica y fisiopatológica de corte organicista como causas de la psicosis. Si bien en sus preceptos no desconoce la importancia de los aspectos biológicos, manifiesta una realidad dicotómica del psiquismo: material y espiritual” (Arango-Dávila, 2012. p.16s).

cuestión el paradigma mediante el cual se sentenciaba que los esquizofrénicos estaban condenados a un deterioro paulatino e irremediable. Al respecto escriben un artículo en el que manifiestan en su estudio longitudinal con pacientes en condición de diagnóstico de Esquizofrenia, han encontrado que

...“dentro de la notable heterogeneidad del curso y de la evolución final, la mayoría de los casos muestra resultados favorables y, en particular, la evolución social revela proporciones muy bajas de perturbación severa. De igual modo, las pocas y cortas hospitalizaciones, la escasa duración de los períodos de psicosis manifiesta y el uso esporádico del tratamiento, sugieren la existencia de un proceso menos maligno que el atribuido usualmente a la esquizofrenia. La persistencia del poder normativo de los paradigmas, aun cuando se demuestra su falta de validez, es un fenómeno bien estudiado y reconocido en la historia del desarrollo científico. La noción de la esquizofrenia, concebida como un trastorno que conduce de manera inevitable al deterioro, ha mostrado una tendencia a perpetuarse a despecho de todos los intentos de modificarla. Es afortunado, por lo tanto, haber acumulado evidencia científica representada por estudios de seguimiento de largo plazo y de amplia cobertura que coinciden en demostrar la alta probabilidad de que los pacientes se recuperen. Este trabajo se suma a otros estudios contemporáneos cuyos resultados refutan la inexorabilidad del deterioro esquizofrénico y señalan el camino para un muy necesario cambio de paradigma.”(León y León, 1996: 34).

El psiquiatra Carlos León, también ha sido estudioso de la violencia y en el año 2000, publicó sus “Reflexiones sobre la violencia” en las Memorias del VII Simposio Internacional de Actualizaciones en Psiquiatría. Pero tal vez haya dos asuntos que pueden aparecer aquí como de especial relevancia con respecto a la postura del psiquiatra Carlos A. León entre 1970 y 2000. El primer asunto está asociado con su autodenominación en un artículo presentado en 1999, como: “un psiquiatra ecléctico en torno al tema del cambio de paradigmas en la psiquiatría”, mostrando el paso histórico, pero también el tránsito mismo hecho por él, de la psiquiatría biológica como orientación predominante en el campo general de la psiquiatría; hacia una perspectiva en donde se comienza a refutar que la esquizofrenia sea necesariamente una entidad gradualmente deteriorante, para culminar hasta 1999, en los estudios de las neurociencias<sup>109</sup>, la biología molecular, los avances en la psicofarmacología y de la informática y su incidencia en la manera como se concibe y aborda lo mental.

“...se observa en el terreno de lo psicológico un creciente uso de la neuropsicología, y una clara sustitución del interés en los fenómenos emocionales e inconscientes por la adopción del modelo cognitivo, cuyas premisas básicas postulan que la conducta humana actúa en función del

---

<sup>109</sup> En las que figuran: “la neuroanatomía, la neuropatología, la neuroquímica, la neurofisiología, la neurofarmacología, la neuroendocrinología y la psiconeuroinmunología; y estos estudios se complementan con la investigación genética molecular y el desarrollo de nuevas tecnologías para la obtención de imágenes o registros, tales como la resonancia magnética, la tomografía por emisión de positrones o de protones, la espectroscopia, el mapeo cerebral, la magnetoencefalografía, los potenciales evocados en relación con eventos y la magneto estimulación transcranial” (León, C, 1999. pp. 25 -26).

conocimiento, el cual a su vez consta de representaciones mentales susceptibles de ser manipuladas o modificadas. Por su parte las así llamadas “ciencias cognitivas” muestran una especial predilección por el uso de conceptos tomados de la informática, como aquellos empleados en la simulación de redes neurales y en el diseño de la inteligencia artificial” (León, C, 1999: 26).

El segundo asunto que cobra relevancia, está asociado a otro artículo suyo, muy anterior al de 1999 denominado “*El duende y sus víctimas*”. Se trata de un texto del año 1974, que no obstante se referencia posteriormente al de 1999 por la interesante condición integrativa e interdisciplinaria que allí expone. Se trata de un caso de posesión demoníaca de la que León escribirá, que gran parte de los casos presentados con este fenómeno, parecen tener un origen común: un grave conflicto interpersonal en un contexto que ofrece un mínimo de oportunidades para la corrección o la reparación de las respuestas fallidas, razón por la cual el sujeto se siente irremediamente atrapado en un laberinto emocional. que al no ser resuelto oportunamente, llega a convertirse para quien lo padece en algo tan intolerable, que emergerán emociones autodestructivas como la rabia, el temor o la culpa. León dirá que:

“En estas condiciones, aún un cerebro funcionalmente sano sería incapaz del esfuerzo por mantener por lo menos una apariencia de integración; pero si a causa de daños estructurales, o de experiencias defectuosas del aprendizaje, el cerebro está impedido para el adecuado desempeño de su tarea integrativa, la perturbación emocional alcanza límites extremos. La avalancha de emociones de emergencia se percibe como una amenaza inminente de desintegración y caos, lo cual se traduce en el plano sintomático por la aparición de intensa angustia, temores de alienación y estados disociativos<sup>110</sup> Esto puede ocurrir a través de la adopción de un modelo predeterminado, con lo cual las experiencias del sujeto se incorporan a una pauta consagrada por la tradición cultural. Uno de estos modelos o pautas es la "persecución por espíritus malignos" o la "posesión demoníaca" (León, C.A., 1974. p. 350).

Por último, para reforzar su propuesta de consolidación de cooperaciones interdisciplinarias para la comprensión, estudio y abordaje terapéutico de los fenómenos mentales, León presenta una experiencia de su anecdótico profesional que da cuenta que cómo termina concibiendo el conocimiento sobre lo mental desde la interacción, no sólo con otras disciplinas y saberes académicos, sino incluso con la posibilidad de interlocutar con los saberes populares; asunto al que él se refiere, pero del que sólo terminará hablándose de manera insistente muchos años después en el escenario de la salud mental en Colombia.

León evoca y escribe:

---

<sup>110</sup> Que representa para el paciente “la oportunidad concreta de expresar de manera simbólica impulsos inaceptables y amenazantes” (León, C.A. 1974: 50)

“...quisiera recordar las palabras de un curandero, a quien encontré durante la visita a una de las víctimas del duende. Él había sido llamado para encargarse del caso desde su comienzo y estaba muy familiarizado con todos los detalles del mismo. Luego de comentar sobre la complejidad de los fenómenos ocurridos y de expresar su beneplácito por mi presencia se refirió, no sin cierta sorna, a mi condición de "especialista eminente" y terminó diciendo en tono declamatorio: "es de esperar que la colaboración de las mentes produzca un gran éxito final..." (León, 1999: 30).

Lo que aquí plantea León, es que se va forjando una mirada más flexible a las nuevas tendencias de ese siglo que envejece. En esa circulación de saberes y perspectivas, es posible escuchar tímidamente las voces del comunitarismo, del que –como ya se ha mencionado- se hablará en el capítulo siguiente, pero sobre lo cual se decide retomar a Arango Dávila (2012), para decir que entre 1975 y 1990 se plantearon programas de aplicación comunitaria de la psiquiatría, por los psiquiatras Carlos Climent, Carlos León y María Victoria de Arango. Este tipo de experiencias, reportes y publicaciones no volvieron a generarse hasta que ya en el crepúsculo del siglo XX, apareciera la experiencia de Salud Mental Comunitaria para el Distrito de Aguablanca.<sup>111</sup>

---

<sup>111</sup> Aunque incluso hasta 2012, Arango Dávila afirmara que “no existe un Departamento de Psiquiatría que defina en su práctica y producción intelectual una visión en salud mental y psiquiatría comunitaria, lo que se refleja en la formación de los psiquiatras, quienes tienen un énfasis básicamente asistencialista.” (p. 17S)

### CAPITULO III: SANTIAGO DE CALI Y SU RELACIÓN CON LA LOCURA.

*“La locura, en sus diferentes modos de ser, remite a las reglas de constitución de ciertos discursos con pretensiones de verdad, a ciertos “juegos de verdad”. No se trata solamente de reiterar la trivialidad de que el concepto locura (como el de sexualidad, o delincuencia, o enfermedad) varía con el tiempo. Se trata de interrogarse al respecto de las condiciones que permiten según las reglas del decir verdadero o falso reconocer a un sujeto como enfermo mental. Interrogar al respecto de la locura al nivel de los “juegos de verdad” significa introducir la sospecha de que la locura no existe “esencialmente”, que tan sólo existe localizada en un conjunto de reglas que generan sus condiciones de visibilidad. Significa también que el enfermo mental no es sino una de las formas de objetivación del sujeto en el seno de un determinado discurso y de una práctica concreta” (Terol, 2013: 289-290).*

En éste capítulo se pretende mostrar cómo en Cali, la relación de la sociedad con los fenómenos asociados a la enfermedad mental se ha transformado de la mano de aspectos propios de su desarrollo urbanístico<sup>112</sup>, pero también de aspectos que se relacionan con el cambio en las representaciones sociales sobre la locura provenientes del carácter higienista propio de la modernidad, del desarrollo internacional de la industria farmacéutica, del auge en las ciencias “psi” de los manuales diagnósticos, así como de los movimientos antipsiquiátricos y los discursos (e incluso personajes) que de una u otra manera se resistieron a la subalternización.

Dube (2001) propone una historia antropológica en la que el campo de los <hechos> se vincula con el “dominio —menos consciente— de las formas populares de imaginar” (p. 30) y retoma el acento que Certeau pone en lo significativo de la “singularidad” y “la necesidad de reconsiderar lo típico y lo único en las narraciones históricas” (p.31)<sup>113</sup>. Con esa perspectiva es posible hacer un relato de locura y un relato de ciudad, de cara a las narraciones institucionales, pero también de aquellas situaciones y sujetos sociales que parecen irrumpir desde las hendiduras de los discursos institucionalizados.

Nos encontramos entonces con otros actores de la polifonía, que no son sólo los disciplinares, traducidos aquí en las ciencias “psi”; ni los legales o jurídicos, evidenciados en el conjunto de políticas, leyes, resoluciones y declaraciones internacionales que inciden en el campo de la salud mental en Colombia; sino también aquellos inscritos en la compleja trama social donde esos discursos chocan, se viabilizan, se actualizan o —paradójicamente- se

<sup>112</sup> sobre todo los factores socio-económico y culturales del mismo

<sup>113</sup> Lo que implica “una negativa a presentar los eventos y los procesos que se exploran en términos de meta-narraciones” (p.31).

subalternizan. En este punto nos encontramos con unas lógicas culturales y unas dinámicas sociales en las que se pone en juego algo más que el imaginario colectivo sobre locura: se ponen en juego algunos “locos” y sus formas particulares de habitar, interrogar, pero también de responder a la configuración de Cali como ciudad. Es por ello que cuando aquí se hace referencia a las formas populares de imaginar, se convoca no sólo a Dube (2001), sino también a Guha (2002), Chatterjee (2001) y Chakrabarty (1999); mencionados por Rodríguez (2010), para hacer referencia a la “experiencia plural de lo simbólico-imaginario” (p. 45) con la que se enuncia la heterogeneidad en las formas de ser, la complejidad en las preguntas que un sujeto tiene sobre el cómo, cuándo, porqué y para qué en una sociedad, y la pluralidad o alternatividad en las respuestas a esas cuestiones.

Como el tema de nuestro interés es el tránsito de la locura en términos de discursos legales y disciplinares, tendremos que hacer mención –a propósito de la subjetividad individual y social y de procesos de individuación y socialización- al hecho de que todo sujeto social se apropia de los rasgos identitarios compartidos pero también se reconoce en la diferencia con los otros. Esto implica pensar que en el proceso mismo de subjetivación cada sujeto encuentra sus propias pistas para acoplarse, pero también para desarticularse de las condiciones que su espacio social y su tiempo histórico esperan de él. Lo anteriormente dicho nos introduce no sólo en el ámbito de las identidades compartidas, sino también en el de la configuración de la diferencia, e incluso de lo diferente como “anormal”.

De acuerdo con los planteamientos de Galaz (2012), se puede sostener que la diferencia, en términos de sus dinámicas corresponde a relaciones sociales generadas desde factores identitarios e imaginarios sociales que se sostienen de los discursos socio-políticos, económicos y culturales, pero que en una mutua incidencia, también los fortalecen o debilitan. La diferencia se construye como una relación en movimiento. Es posible distinguir aquello que comporta la diferencia a partir de un conjunto de matrices de poder constituidas por prácticas institucionales y por imaginarios sociales (fundados en discursos culturales), de las cuales se identifican categorizaciones individuales y grupales en las que los distintos sujetos se alinean, se reconocen, se autclasifican y clasifican al “otro”, generando condiciones propias o ajenas, simbólicas y/o materiales de inclusión o exclusión. Las diferenciaciones que resultan significativas en un contexto no son algo fijo y estable, no funcionan como

condiciones inamovibles en las relaciones sociales, pero aunque son contingentes y propias de marcos socio-históricos particulares, se trata de visiones del mundo y posiciones del ser que no suponen periodos de corta duración. Es precisamente por esta condición que se producen procesos de subalternización<sup>114</sup> de lo diferente. (Galaz, 2012).

Durante el periodo de estudio del presente trabajo, se evidencia el surgimiento en Cali de procesos de abordaje y tratamiento de la locura en el campo de las disciplinas “psi” que constituyeron el andamiaje para la generación de algunas propuestas centradas en lo comunitario. No obstante, dichas propuestas no tuvieron la incidencia suficiente en las políticas de salud pública, ni se constituyeron como modelos de acción sostenidos en el tiempo. Lo contrario sucedió en países como Argentina, España, Canadá y Cuba, para mencionar algunos, en donde estos proyectos fundamentados en lo comunitario, sirvieron de plataforma para constituir programas, modelos e incluso políticas públicas en el campo de lo denominado como “salud mental”, que incluyeron otras perspectivas posibles en los procesos de atención, tratamiento y rehabilitación de sujetos con diagnóstico de enfermedad mental.

Finalizando el periodo colonial las disposiciones en torno al tratamiento de la locura en Colombia, fueron materializadas oficialmente en la caridad cristiana mediante los servicios prestados por los Hermanos de San Juan de Dios<sup>115</sup>, tal como sucedió en la España del siglo XIX, en donde la Orden Hospitalaria de Hermanos de San Juan de Dios, eran los dueños del manicomio, que –además- tenía sucursales en muchas provincias. Ellos actuaban con total independencia del Estado y captaban importantes dividendos por la labor generada, que no estaba sometida a vigilancia o control, aunque en algunas ocasiones las Diputaciones como representantes estatales pudieran enviar a algún inspector como parte de los rituales sociales de Estado, para que hiciera visitas que no revestían rigor alguno. Los autores arriba mencionados, expresan incluso con cinismo que “todo quedaba reducido a una visita de

---

<sup>114</sup> “La palabra subalternización vendría a indicar la dinámica histórica, social y cultural entre los grupos hegemónicos y las personas que son sometidas a esta mayoría, y la posibilidad de autonomía y resistencia de éstas. Haría referencia a los sujetos apartados que están desplazados incluso físicamente hacia los márgenes, y categorizados desde la concepción”. (Galaz, 2012: 94).

<sup>115</sup> Juan de Dios Huarte de San Juan (1529-1588), fue un médico “nacido en el pequeño pueblo de San Juan del Pie del Puerto, en Navarra. Su libro “Examen de los Ingenios para las Ciencias” (1575) fue un auténtico “best-seller” de su tiempo, llegando a tener sesenta y dos ediciones (Ramis, 1943), pudiéndose decir justamente de él que es el primer tratado de Psicología Médica, en el que se establece una teoría de la personalidad, una tipología psicológica basada en conceptos fisiológicos, y la posible aplicación de esos conceptos sobre todo en pedagogía y sociología. Su base es la observación de la naturaleza, un necesario retorno a las fuentes hipocráticas, con un énfasis psicobiológico que marca una neta diferenciación del neomanismo medieval” (González de Rivera, 1998: 190)

“cumplimiento” –cumplimiento y miento- amenizadas con unas pastas y unas copitas de ginebra” (según Martínez Pérez et al. 2007: 175).

En el caso colombiano, paralelamente a los procesos y procedimientos terapéuticos en el campo hospitalario, se mantuvieron algunas prácticas médicas indígenas y africanas fusionadas con las creencias populares españolas que eran dinamizadas por algunos curanderos y médicos; mientras tanto las disposiciones gubernamentales y eclesiásticas que buscaban promover y sostener “el buen funcionamiento de la sociedad” se mantenían a espaldas de otras posturas posibles en relación a los sujetos que en dicha sociedad presentaban comportamientos asociados a “la locura”.

Para el periodo Republicano figuras médicas como José Félix Merizalde, señalaban que los llamados “desarreglos mentales” se originaban en los excesos, los sentimientos, los vicios, las pasiones y la alimentación. Por ello era importante defender un orden moral estricto que incluyera la condena de los vicios y la promoción de la frugalidad y la higiene. Al equiparar la locura con la inmoralidad, se generaban las condiciones para la condena social de lo que posteriormente habría de denominarse nosológicamente como psicosis, traducida en censura y desprecio social hacia quienes eran señalados como enfermos.

Con la creación de la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca en 1870, se determina también el año de aparición de los primeros asilos para enfermos mentales en Colombia. Cuatro años después, en 1874:

“...surge el primer asilo de carácter exclusivamente femenino, el cual sirvió durante casi un siglo a la formación de psiquiatras, quienes se encargaron de introducir teorías y prácticas terapéuticas que se encontraban a la vanguardia en otros lugares del mundo”. (Ospina. 2006: 304)<sup>116</sup>.

Llama la atención el discurso de inauguración de la primera piedra sobre la cual se funda el primer hospital psiquiátrico o “Asilo para locos” en Santiago de Cali, que compartirá su espacio físico con lo que en la época se denominó como reformatorio juvenil. Leamos pues

---

<sup>116</sup> Por su importancia para el tema de la investigación que aquí se presenta, es fundamental hacer referencia casi que textual a una especie de cronología del surgimiento de las prácticas de internamiento del enfermo mental en Colombia de Benavides: “Para este periodo de tiempo se fundaron los siguientes establecimientos en Bogotá: Asilo de Locos (1874) y Asilo de San Diego para varones (1883). Se percibe, en Suramérica, una proliferación de fundaciones de hospitales mentales en toda Latinoamérica, entre los que se cuentan: el Manicomio de Río de Janeiro: 1852, La Casa de Orestes, Santiago de Chile (1852), el Hospital de Lima (1863), el Manicomio Nacional de Uruguay (1880) y el Asilo de Quito (1887)” (Benavides Silva. 2009. p. 187)

una apartado de dicho discurso, publicado en la compilación de los discursos pronunciados con motivo de la celebración del centenario de Cali, en 1910:

...“No otra cosa podíamos esperar del noble y levantado carácter de nuestro actual gobernador.<sup>117</sup> Él sabe que aquí se enjugarán muchas lágrimas; que aquí se devolverá la tranquilidad a muchas familias; que dentro de las paredes de este edificio quedarán ocultos muchos espectáculos repugnantes que a diario presenciamos, y tal vez, y Dios lo quiera, que aquí recuperarán la razón muchos enajenados y se enmendarán muchos delincuentes”( p. 145)<sup>118</sup>

En 1937 los establecimientos manicomiales se concibieron como hospitales neuropsiquiátricos, pasando de una concepción asilar de beneficencia pública destinada al tratamiento y atención de los locos y otros “anormales” marginales, a una idea de institución clínica especializada en el tratamiento médico de los problemas asociados a la enfermedad mental.(Simpson, 2015; Ospina, 2006; Rosselli, 1968). Pero “mientras que los asilos masculinos lograron esa transformación, los femeninos continuaron restringidos a la figura del refugio de mujeres, casi hasta la década de 1960”. (Ospina Martínez, 2006: 307).

El 17 de junio de 1941 la Asamblea del Departamento del Valle del Cauca expidió la ordenanza No. 64 “ por la cual se dispone la construcción de un hospital manicomio para asistencia y tratamiento de los dementes vallecaucanos” se apropian \$10.000 para compra de un lote y \$30.000 para la construcción del edificio. No obstante el Asilo San Isidro fue construido y fundado en 1944:

“...con el no muy noble propósito de custodiar a niños con problemas de carácter, a sociópatas y a enfermos mentales rechazados y estigmatizados por la sociedad caleña, mientras era posible adelantar su traslado a uno de los asilos de Bogotá o Pasto, destinos finales de estos pobres desgraciados, en alguna de las sillas disponibles en el bus destinado a este objetivo, sin que entre tanto se brindara ningún tratamiento médico o cuidado especial, aparte de la vigilancia para evitar su fuga.” (Campo Cabal, Gerardo, 2005: 483).

Sin embargo, el documento afirma también que en épocas anteriores los pacientes eran hacinados en un lote baldío circundado por alambre de púas, donde permanecían semidesnudos, inactivos, sin recibir ninguna medicación y sometidos a la mofa del público y al mal trato de los guardianes. Por su parte, la Asamblea del Departamento del Valle del Cauca, con la ordenanza núm. 12 de 1945, decide la fundación de la Universidad Industrial del Valle del Cauca (Campo, 2005).

---

<sup>117</sup> Refiriéndose a Pablo Borrero Ayerbe, quien fue el primer gobernador del Valle del Cauca durante el periodo 1910-1912.

<sup>118</sup> Centenario en Cali, compilación de los discursos pronunciados con motivo de la gran fecha, 1910, imprenta comercial Cali

En el año de 1950 se da el reconocimiento de la personería jurídica según resolución No. 32 del 16 de julio de 1951 al “Asilo de Dementes San Isidro”, y en 1954 la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle inició algunas actividades docentes en el campo de la Psiquiatría, que consistieron en conferencias y demostraciones clínicas esporádicas, sin ceñirse a un plan curricular sistemático.

En 1955 se funda el Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle y la facultad de Medicina de la Universidad del Valle, siendo el “Asilo de locos San Isidro”, el único sitio donde se podría efectuar la enseñanza clínica de la psiquiatría. Para la época, era un viejo caserón destartado que había servido previamente como escuela correccional y se convirtió luego en el único establecimiento público para el cuidado de enfermos mentales en el Valle del Cauca<sup>119</sup>. Un año después, éste departamento académico universitario es designado como entidad consejera en aspectos técnicos y médicos del Asilo de Dementes San Isidro.

El psiquiatra Carlos Alfredo León, describía la institución Asilo de dementes San Isidro como “un depósito de deshechos<sup>120</sup> humanos provenientes del rechazo social; una mezcla indescritible de pacientes psicóticos y epilépticos deteriorados, deficientes mentales, lisiados e inválidos de toda clase, mendigos alcohólicos y pacientes seniles”.

“Como el personal a cargo de la vigilancia a veces no acudía de inmediato a recibir los nuevos pacientes, quienes los traían los arrojaban al recinto por encima de las tapias y más de una vez se produjeron fracturas de huesos por las caídas. Los pacientes yacían tendidos en los patios carentes de los cuidados médicos más elementales y en condiciones higiénicas y alimenticias deplorables. A los pacientes agitados se les reducía en calabozos; eran encadenados al piso provistos de camisa de fuerza y sometidos a baños de agua fría con manguera. (...)Las actividades sólo se orientaban a proteger a los guardianes de la supuesta peligrosidad de los pacientes y en cuanto al manejo de cuidados la noción imperante podría sintetizarse en el principio de que <los locos nada sienten>”<sup>121</sup>.

Lo que es posible encontrar, son tres formas particulares de habitar la locura en la ciudad: el loco deambulante, generalmente ubicado en espacios específicos de la ciudad; el enfermo mental del medio hospitalario y el loco embrujado o poseído, cuyo lugar de curación estaba en la iglesia, donde el brujo o el espiritista. Por otro lado, junto con un acercamiento

---

<sup>119</sup> Página web oficial de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle

<sup>120</sup> SIC

<sup>121</sup> Reseña histórica de la Especialización en Psiquiatría, de la Universidad del Valle. Rescatado de: [http://salud.univalle.edu.co/medicina/ciru\\_plastica/Rotacion/Postgrado/90\\_investigacion\\_ii.pdf](http://salud.univalle.edu.co/medicina/ciru_plastica/Rotacion/Postgrado/90_investigacion_ii.pdf)

del orden de lo policivo con respecto a la locura, ligado a construcciones etiológicas implacables que comenzaban a tener gran impacto respecto a la manera como se designa médicamente al “loco”, encontramos a aquellos cuya presencia se resistió a la subalternización, aun cuando fueran socialmente investidos como sujetos que portaban el manto de la locura.

### **Los visibilizados**

*“Si por la quinta vas pasando  
es mi Cali bella que vas atravesando”  
(Cali aji. Grupo Niche. 1990).*

Halbwachs (1950) cuando maneja el tema de la memoria individual y la memoria colectiva, muestra que la primera lleva consigo la impronta de la vida común, esa que se desarrolla en el marco cotidiano de los días y que se encuentra cargada de emociones y de encuentros y desencuentros con el otro, generalmente con el otro significativo. La memoria individual se vive al interior de la subjetividad, como una superposición de recuerdos y experiencias, en donde no necesariamente se diferencian las temporalidades: pasado, presente y futuro parecen bifurcarse, yuxtaponerse, unirse o compendiarse según la emocionalidad de los tiempos, y esa es la superposición de la memoria individual. Halbwachs pone especial acento en el vínculo vivo de las generaciones y de otros grupos de pertenencia social:

“en el círculo de nuestros padres, vemos la huella de que dejaron nuestros abuelos. No nos dábamos cuenta antes porque lo que más nos llamaba la atención era aquello que distinguía a una generación de otra. Nuestros padres avanzaban por delante de nosotros y nos guiaban hacia el futuro. Llega un momento en que se detienen y nosotros les adelantamos. Entonces, tenemos que volvernos hacia ellos y nos parece que ahora han vuelto al pasado, y se confunden entre las sombras de antes” (Halbwachs, 2004: 69)

La memoria colectiva, aparece entonces como un retablo más bien constante de formas de vivir, sentir y actuar las vidas y de responder a los acontecimientos. Es algo que puede ser definido en tanto su condición de permanencia, razón por la cual los acontecimientos se resuelven en similitudes. En cambio, la historia:

“... es un cuadro de cambios y es natural que se persuada de que las sociedades cambian sin cesar, porque fija su mirada en el conjunto y casi no pasa año en que, en una región de ese conjunto, no se produzca alguna transformación. Ahora bien, ya que para la historia todo está ligado, cada una de esas transformaciones debe reaccionar sobre las otras partes del cuerpo social y preparar, aquí o allí, un nuevo cambio” (Halbwachs, 2004: 84)

Como se enunció al finalizar el anterior aparte de éste capítulo, en esa Colombia de mediados del siglo pasado, con ciudades provinciales aún y menos cosmopolitas, la historia del loco no siempre estuvo asociada al confinamiento o a un lugar impensable por la sociedad. En Colombia, el loco podía ser un sujeto reconocido socialmente, a quien se le daba la investidura de personaje urbano. De allí que contemos con muchas referencias de seres que habitando la diferencia, se constituyeron como sujetos reconocidos socialmente: personajes cuya cotidiana existencia transcurría en espacios públicos o privados compartidos con los miembros de la sociedad o de la comunidad a la que los mismos pertenecían. Incluso en la ciudad de Cali, algunos de estos locos representativos tuvieron interacción social cercana con miembros de la élite social, una clase a la que no pertenecían y con la que no hubiese sido posible interactuar, de no haber sido por “la locura”.

Con respecto a la locura, debe decirse que en Colombia aparece una atenuada predilección por el estudio de los casos clínicos de los hombres, siendo notablemente mayor el número de casos documentados en hombres que en mujeres y en todos ellos se vincula la locura con comportamientos que han merecido sanción penal. (Castañeda, 2005 y Ospina Martínez, 2006).

...“Tanto para la prensa como para los estudios sobre la locura en Colombia aluden no solamente a célebres personajes como el General Pedro Aldemar Sánchez, el homicida "pasional" Jorge Zawadzky, el Conde de Cuchicute y los asesinos de Gaitán y Uribe Roa Sierra del primero y Galarza y Carvajal del segundo, sino que además hacen evidente que todos ellos fueron hombres procesados jurídicamente (...)Las representaciones espectacularizadas de la locura en nuestro país entre la población masculina parecen estar atravesadas por una idea de <amenaza al orden social>, mientras una invisibilización de los casos femeninos alude precisamente a lo contrario: a una idea de <no-amenaza política o social> de las mujeres, reemplazada en cambio por una idea de <inutilidad> o <daño del buen servicio> (...) provocados por la enfermedad mental”.” (Ospina Martínez, 2006: 306-307).

Se tienen referencias claras sobre la presencia protagónica de algunos “locos” entre 1930 y 1990, tanto en Cali, como en Bogotá, Barranquilla y otras ciudades colombianas, que aún en la actualidad son reconocidos y recordados como figuras importantes, e incluso emblemáticas. Esto propone una suerte de “historia de la locura” en las provincias y ciudades de nuestro país, en poca consonancia con la “historia de la locura” europea, que es la comúnmente estudiada como referente académico en los campos del saber asociados a la salud y la enfermedad mental. Todo ello sugiere una suerte de convivencia tácita en los

primeros 70-80 años del siglo XX con los hoy llamados “anormales”, pero que no es visible 30 años después.

Los procesos históricos por los cuales se generan los cambios en la configuración social de los habitantes de las ciudades, como vecinos, habitantes o ciudadanos, están mediados por eventos coyunturales, pero también por procesos sociales de diversa índole, que al ponerse en juego inciden en la inclusión o exclusión social de estos sujetos “diferentes” en la Cali urbana. Ahora bien, no es posible hablar de manera general de las representaciones sociales de la ciudad sobre aquellos que pertenecían al grupo poblacional más vulnerables por su condición subjetiva: las personas con un cuadro de comportamientos y/o síntomas, asociados a lo que hoy se diagnostica como enfermedad mental.

Para Goffman la idea del “otro” como extraño a lo considerado como normal, es múltiple y se encuentra sujeta al relativismo cultural. Este autor afirma que toda la interacción social supone expectativas (que no necesariamente han de estar en el plano de la conciencia) sobre los atributos del otro, para que ese otro sea considerado como aceptable, es necesario que las características que posee “encajen con un yo que sea a la vez coherentemente unificado y apropiado a la ocasión” (Goffman, 2000 [1956]: 50). Siguiendo los términos de éste autor, comprender el carácter subjetivo de las representaciones sociales, implica reconocer al sujeto social como productor de sentidos subjetivos en los diferentes momentos de su vida social, pero también como un portador o representante de las producciones colectivas, los significados culturales y la emocionalidad propia de la dimensión temporo-espacial en la que transite su vida. Los procesos de urbanización y modernización de los territorios, inciden en las representaciones sociales sobre el carácter de “ciudadanía” y por lo tanto en la configuración de “lo ciudadano”, porque -entre otras razones- “la significación emocional de las representaciones sociales toma formas diferenciadas en los campos de actuación que se constituyen en torno a éstas” (González Rey, 2008: 239)

En el caso de Cali, es importante mencionar que la constitución del Asilo para locos y las posibilidades que ello abre a la reclusión psiquiátrica, pudo haber incidido en la relación de los ciudadanos, tanto con el “loco deambulante”, como con aquellos que pertenecen y habitan en el seno de una familia. Posteriormente parece haberse generado una fuerte inclinación y preponderancia por la medicalización y la hospitalización de pacientes

diagnosticados con alguna forma de psicosis; pero en los años 90's, las opciones médicas y de las disciplinas mediadas por el conocimiento "psi" aparecen permeadas de alguna manera por otras formas de tratamiento de las psicosis que generan a su vez algunos modelos o proyectos de intervención como lo son el Hospital Día y la Salud Mental Comunitaria.

Ahora bien, todos los cambios del entorno, que en el caso de las ciudades se vinculan en un complejo entramado de aspectos sociales, económicos, políticos e incluso demográficos, están relacionadas con el cambio en las condiciones de vida urbana de sus habitantes, y generan formas "otras" del vínculo social que afectan de una u otra manera, la forma de habitar la ciudad.

Al respecto Fabián Forero B., en un artículo del periódico el Tiempo y Patricia Lora en otro artículo con publicación fechada del 28 de julio de 2008, mencionan que en el sector céntrico de la Bogotá de finales del siglo XIX y principios del siglo XX se recuerdan personajes cuya condición de locura unida a una forma particular coexistir y cohabitar con los demás habitantes de la época les permitió caracterizar la vida capitalina al punto de permanecer fuertemente arraigados en la memoria histórica de esa ciudad.

Los personajes sobre los que ambos autores hacen mención son:

"El Bobo del Tranvía"	"El Conde de Cuchicute"
"Pomponio"	"El Artista Colombiano"
"El Loco Perjuicios" (Manuel Carrera)	"El Doctor Goyeneche"
"El loco Tamayo" Salomón Sánchez	"La Aguatera Petrolina"
"Gonzalón"	"La Loca Margarita" <sup>122</sup>
"Cuchuco"	

Esta última es, según la pluma de Ángela Becerra -quien la referencia en "El penúltimo sueño" (2005)<sup>123</sup>- Margarita, la loca, la sabia, la poética, la profunda, la mujer enamorada que

<sup>122</sup> Inspirado en ella, el músico tolimense Milcíades Garavito compuso la rumba criolla "La loca Margarita"

<sup>123</sup> "Una noche la había rescatado [...] de una conversación inconexa que había mantenido con una mujer que decía llamarse Margarita e imitaba a la perfección a la famosa loca de vestido rojo, pelo enmarañado y cinta en la cabeza que solía deambular por las calles dando vítores al partido liberal..."

- ¿Quieres un consejo? le dijo Margarita.
- Deja de andar en tus deseos. No traen más que problemas.
- ¿Y si no puedo?

se equivoca con el objeto de su deseo, la mujer en quien el despecho opera en forma de locura. Desde Becerra (2005) tenemos también a una Margarita feliz que rápidamente pasa del pensamiento profundo sobre las experiencias trascendentales de la vida, a la repetición automática de consignas políticas y proclamas partidistas (Becerra, 2005: 163)

Cuando en el departamento del Valle del Cauca se hace referencia a los personajes pintorescos de sus municipios, muchos de éstos se encuentran relacionados con “la bobada o con la locura”, que en términos de los manuales diagnósticos serían traducidas como retardo mental la primera, y la segunda, como trastornos del espectro de la esquizofrenia. Entre éstos, los “bobos” de Tuluá y Ricaurte<sup>124</sup> adquieren una singular importancia, dada la referencia que a ellos suele hacer el escritor Vallecaucano Gustavo Álvarez Gardeazabal<sup>125</sup> en obras tales como La Boba y el buda<sup>126</sup>, El Bazar de los Idiotas<sup>127</sup> y El Divino<sup>128</sup>.

En el escenario local, podemos también hacer mención a que la Cali de mediados del siglo XX, fue habitada por personajes insertos en el marco médico-psiquiátrico y social de la locura, que aun así adquirieron protagonismo ciudadano relacionado con lo pintoresco de sus acciones o la contundencia de su presencia en las calles, plazas y avenidas de la ciudad: Jovita Feijoo, el General "Batata" y el Loco Guerra, entre otros. Se trata de una ciudad que hasta 1970 contaba entre de sus habitantes y peregrinos cotidianos de ciudad, a muchos y muy representativos personajes llamados “locos”.

- 
- Entonces, apechuga con el dolor de lo imposible. Vivirás lamiéndote la herida, tragándote las lunas insomnes, yéndote de tus pensamientos sin irte, viendo sin mirar, viviendo prisionero entre las sombras. ¿Qué te crees tú?

Margarita miró a Joan y continuó:

- Antes de ser loca, fui enamorada. Aprendí a atravesar la noche con suspiros, puñales de vacío. Me enamoré del que no debía, y empezó a rondarme la locura, hasta instalarse dentro. Ahora soy feliz. He comprobado que en este mundo de diferencias, cuanto más loco, más cuerdo estás. Hazme caso: aprende a vivir con lo que eres. Separa el deseo de la intención.

Joan no pudo seguir hablando. No entendía lo que aquella mujer, que de repente había comenzado a lanzar consignas contra el partido conservador, le había dicho.” (Becerra, 2005, p. 163)

<sup>124</sup> En donde una buena parte de los habitantes del corregimiento de Bolívar, presentan una discapacidad intelectual conocida como Síndrome del X-Frágil.

<sup>125</sup> Literato, escritor, periodista y docente universitario, que en el ámbito de la política ha sido concejal de Cali, Diputado del Valle, alcalde de Tuluá y Gobernador del departamento.

<sup>126</sup> De la cual, su primera edición data de 1972. Fue la obra Ganadora del Premio Ciudad de Salamanca

<sup>127</sup> Publicada en 1974. Fue llevada a la televisión en 1983, época en la cual la telenovela en Colombia se caracterizaba por su incursión en los elementos cómicos y comenzaba a explorarse la idiosincrasia de las regiones.

<sup>128</sup> Publicada en 1986 y llevada a la televisión nacional un año después de su publicación.

El recuerdo de sus particulares formas de hacer presencia en las dinámicas cotidianas de la ciudad se evoca en los desfiles del Cali Viejo y sus figuras suelen ser una imagen recordada en eventos significativos de la ciudad como “el alumbrado decembrino” de 2009. Incluso se ha instituido como figura emblemática de esa forma no muy lejana de caleñidad a Jovita Feijoo, con un monumento en el parque de los estudiantes<sup>129</sup>, ubicado en la bifurcación de la carrera 15 con calle 5, entre el único hospital infantil de Cali, la histórica institución educativa de Santa Librada y una de las actuales estaciones del M.I.O.<sup>130</sup>

En el diario el Tiempo, del 29 de diciembre de 2007, se señala que Diego Pombo, el creador del monumento: "trata de rescatar la memoria colectiva y que la ciudad pueda tener referentes de identidad cultural". Para Pombo, Jovita es un ícono que bien vale la pena recuperar: "Fue una mujer valiosa a la que la vieja Cali reconoció y que esperamos la Cali del Tercer Milenio le rinda homenaje". Y agrega que para celebrar la inauguración de dicho monumento, cada mes la Corporación Salamandra del Barco Ebrío, crearía espectáculos y actividades lúdicas en el parque de los estudiantes para darle vida a la 'Reina'.

### **Jovita Feijó**

*Te escucho en los parques  
junto a las palomas  
bautizando estatuas,  
poniéndole collares  
y zarcillos de pluma a las palabras,  
las palabras desbordadas en el colorete,  
improvisando ágoras en el barrio,  
en las taquillas,  
en las peluquerías.  
Mestiza,  
malabarista de vientos,  
obra poética del polvo,  
reclamante de las pobres urgencias de los tuyos,  
también ardiste en los espejos  
y una reina siempre te contestó  
en vestidos de gala y medias rotas,*

*Quijote y Dulcinea  
que iluminó cada día ordinario,  
con el escarabajo azul de la fantasía.  
Te invoco reclamando en todos la  
belleza,  
el derecho de alimentar los espejos,  
agitar las calles,  
regalar flores,  
nombrar la indignación  
en tu armadura de encaje y terciopelo.  
No ha sido inútil tu alegría,  
tus ojos abiertos en las sombras,  
hieren de aurora los aljibes,  
hierven de insurrección,  
Jovita en llamas*

*Fragmento de Jovita en Llamas.  
Poema de Adalgiza Charria.*

---

<sup>129</sup> En este último caso, según una publicación del periódico el Tiempo, fechada el 29 de diciembre de 2007, se trata de una iniciativa de la Secretaría de Cultura del Municipio de Santiago de Cali, la Cámara de Comercio de Cali, Megaproyectos y un taller de joyería, que donó las joyas que luce la escultura de Jovita.

<sup>130</sup> Nombre dado al sistema de transporte masivo de la ciudad de Santiago de Cali.

De ella, decían que era loca. Lo cuenta en detalle el poeta Javier Tafur González en su novela ‘Jovita, o la biografía de las ilusiones’. Loca, escribe el poeta, porque a veces la veían hablando sola y con los ojos brotados. O porque se bañaba en el río Cali sin susto (Cruz, S., 2010). Pero lo cierto es que era y sigue siendo considerada la Reina de Cali, aunque su cuerpo sin vida haya sido encontrado el 15 de julio de 1970, en el baño de la habitación en donde vivía en alquiler.

Se trataba de una casa que fue propiedad de doña María de Jesús Correa madre de la también tradicional y emblemática Amparo ‘Arrebato’<sup>131</sup>, quien también vivía allí y era amiga de Jovita. Esta residencia estaba ubicada en la Carrera 1A No. 16 - 77, en el barrio El Hoyo, al norte de Cali. Sobre la muerte de Jovita, se dice que sufrió un infarto fulminante mientras tomaba su ducha rutinaria de las 4:30 am, antes de tomar su café. (Moldón, J. et al, 2017; Ospina, Y., 2017; Arenales, R. 2016; Salazar Jiménez,. 2014 y Cruz, 2010)

Para referirse descriptivamente a ella, Moldón, J. et al (2017), citan al director de teatro Jorge Luis Zabaráin, para quien “Jovita Feijóo fue una mujer que atravesó la historia moderna de Cali, fue reconocida como la reina de la ciudad, y no era precisamente porque fuera la más bella; sino por su personalidad y su locura. Eso de estar loca en ella, fue una característica particular que la llevó a la fama”.

Jovita, nació en 1910 en el Bolo - Alizal, sector rural del municipio Vallecaucano de Palmira. Su verdadero nombre era Jovina y cuentan que soñaba con ser cantante y que gustaba mucho de un corrido mexicano llamado ‘Piquito’. Al morir tenía 60 años de edad.

A su llegada a Cali, Jovita se desempeñaba laboralmente como empleada del servicio doméstico en casa de una familia de judíos, pero un día fortuito del año 1937, cambió su rutina y su tránsito por la ciudad dejó de obedecer a las mínimas lógicas exigidas socialmente para la “normalidad”. Estando en la Plaza de Caicedo de la ciudad de Cali, decidió participar en un concurso de canto en un programa radial de la emisora Radio Higuera, denominado ‘La hora de los aficionados’, dirigido por Hernando Bueno. Dentro de las reglas del concurso, se había decidido que si los participantes no cantaban bien, serían interrumpidos con un audio de unos perros ladrando, y a Jovita no le fue bien, pero a pesar de escuchar el audio de los

---

<sup>131</sup> Ambas (madre e hija) también fallecidas

perros, ella prosiguió con su canto, generando mucha risa entre los asistentes. Para los locutores, se trataba de una anécdota curiosa y vieron en ella un personaje simpático, así que bromearon diciendo que la coronaban como Reina de la simpatía. (Moldón, J. et al, 2017; Ospina, Y., 2017; Arenales, R. 2016; Salazar Jiménez,.,

Muchos afirman que Jovita “era loca por maleficios, brujería”; Arenales (2016) explica el comportamiento de Jovita como consecuencia de una estulticia congénita y uno de los sobrinos de Jovita afirma que es muy posible que sus delirios tuvieran como razón profunda el impacto que para ella tuvieron dos muertes muy significativas, que se produjeron de manera cercana en el tiempo: la de un sobrino al que amaba como a un hijo, y la de doña Joaquina Feijóo, su señora madre (Cruz, 2010. Párrafo 12 a 14). En todo caso, por la razón que fuere, para Jovita la intervención de los locutores no sería una broma, es más, fue un referente que ella misma se encargó de tomar muy en serio. Se trató de una investidura que portaría incluso más allá del fin de sus días: Jovita se había convertido en Reina<sup>132</sup>.

Como toda una digna Reina, Jovita se engalanará con los mejores atuendos<sup>133</sup>, promoverá el mejoramiento urbanístico de los barrios y sectores por los que habita o transita<sup>134</sup>, participará de los más importantes eventos cívicos de la localidad<sup>135</sup>, ingresará sin restricción a lugares insignes y exclusivos de la ciudad<sup>136</sup>, será fotografiada con importantes

---

<sup>132</sup> “Sí. Jovita Feijóo se autoproclamó reina de reinas, así tuviera piernas peludas porque no le gustaba depilarse. Y la ciudad aceptó a su reina, una soberana sin una tuerca, decían algunos” (Cruz, S. 2010, párrafo 16)

<sup>133</sup> “Jovita estaba loca, hablaba sola “con la mayor impudicia y sin asomo de prejuicio alguno, se bañaba desnuda en las aguas del río Cali, ante la mirada atónita de transeúntes y paseantes” (Arenales, R., 2016 párrafo 7). “y se paseaba por la ciudad con ropajes de colores que le regalaban las mujeres de la alta sociedad. Ella misma se proclamó como la reina de reinas y así se quedó en la memoria de los caleños” (Redacción Diario El País. 2015. Párrafo 3).

<sup>134</sup> “la ropa que ella usaba, así como su maquillaje y sus joyas, se las regalaban las señoras de las clases altas de la ciudad. Así que claro, las élites también la aceptaron como ícono así como también los artistas de la época.” (Ospina, Y., 2017. Publicación On line párrafo 10)

<sup>135</sup> “Si veía un hueco en una calle o veía que el alumbrado público tenía problemas, se iba para la alcaldía a hablar con el alcalde, que le abría las puertas de su despacho y lograba que resolvieran los problemas. Ese trabajo que ella hacía fue, en gran medida, lo que más cariño y popularidad le granjeó sobre todo en barrios como San Nicolás, La Merced, San Antonio, El Peñón, Granada, el Obrero, que ella se recorría todos los días, absolutamente todos los días” (Ospina, Y., 2017. Publicación on line párrafos 6 y 7)

<sup>136</sup> ...”en la Feria, encabezaba los desfiles repartiendo besos encaramada en máquinas de bomberos” (Cruz, S., 2010, Periódico on line párrafo 7).

“Cuentan que nunca le faltó un palco en la Plaza de Toros de Cañavalejo, que encabezaba el desfile del Cali Viejo de cada 28 de diciembre en la Feria de Cali, y que además hacía saques de honor en los clásicos de fútbol entre el Cali y América. Se ganó el amor de los caleños. (Redacción Diario El País. 2015).

<sup>136</sup> “Y entraba al Club Colombia derecho, sin ser socia. Y les cantaba la tabla a los concejales que no iban a trabajar” (Cruz, S., 2010, Periódico On line párrafo 8)

personajes de la política, la farándula y la sociedad local y nacional<sup>137</sup>, se desplazará por la ciudad en transporte público que para ella será gratuito<sup>138</sup>, así como lo será también el acceso a ciertos servicios relacionados con la belleza<sup>139</sup> y el confort<sup>140</sup>

Pero, hay que decirlo, también Jovita fue sumamente importante para muchos personajes en la ciudad, como el periodista cubano José Pardo Llada<sup>141</sup>, el artista Hernando Tejada, Fernell Franco<sup>142</sup>, Carlos Alberto Zuluaga<sup>143</sup>, Javier Tafur<sup>144</sup>, Adalgiza Charria<sup>145</sup> Fernando Vidal<sup>146</sup> y Diego Pombo<sup>147</sup>

2014 y Cruz, 2010)

---

<sup>137</sup> “Su aceptación fue total en toda la sociedad caleña de la época, al punto de que en el año de 1968 es elegida Reina de los ingenieros mecánicos de Univalle, en un reinado en el que participaron muchachas estudiantes de esa carrera” (Ospina, Y., 2017. Publicación on line párrafo 12)

<sup>138</sup> “Y se tomaba fotos con los presidentes de su época: Eduardo Santos, Rojas Pinilla, Carlos Lleras Restrepo. O con actrices como María Félix” (Cruz, S., 2010, Periódico on line párrafo 7)

<sup>138</sup> “Jovita está convencida de ser la reina y entonces ella tomaba taxis o se subía a los buses y no pagaba, y los conductores no le cobraban. No pagaba porque era una reina, entonces no tenía por qué hacerlo. Y asimismo la invitaban a tomar a café, a almorzar, a comer”. (Ospina, Y., 2017. Publicación On line párrafo 8)

<sup>138</sup> “Y si paraba un bus, no le cobraban el pasaje, era Jovita. Si se lo cobraban, se ponía brava y se saltaba la registradora”. (Cruz, S., 2010, Periódico on line párrafo 8)

<sup>139</sup> Había una peluquería en el barrio El Peñón a la que ella iba a arreglarse el cabello y las uñas y que no le cobraba... La ciudad entera de verdad se portó como si ella fuera una reina. (Ospina, Y., 2017. Publicación On line párrafo 9)

<sup>140</sup> ...“Y luego empieza a pasar lo que todos sabemos: a Jovita la llaman para hacer los saques de honor de los clásicos de fútbol, le dan un sitio especial en la Plaza de Toros, sale en las Ferias de Cali sobre el carro de bomberos, etc.” (Ospina, Y., 2017. Publicación On line párrafo 9)

<sup>141</sup> José Pardo Llada “organizó una colecta para el hogar de Jovita desde su columna Mirador, en el periódico Occidente. Pero Jovita tenía miedo con esa plata que le recogieron. Creía que la iban a secuestrar. Por eso cambió de residencia y alquiló una pieza en la casa de Amparo 'Arrebato', para despistar a sus secuestradores imaginarios”. (Cruz, S., 2010. Párrafo 15)

<sup>142</sup> Quien en muchas ocasiones hizo estudios fotográficos a Jovita: “Como se sabe, Fernell Franco la fotografió y de hecho le regaló unos afiches con su imagen que ella vendía y con lo que se ayudaba para sobrevivir. (Ospina, Y., 2017. Publicación On line párrafo 12)

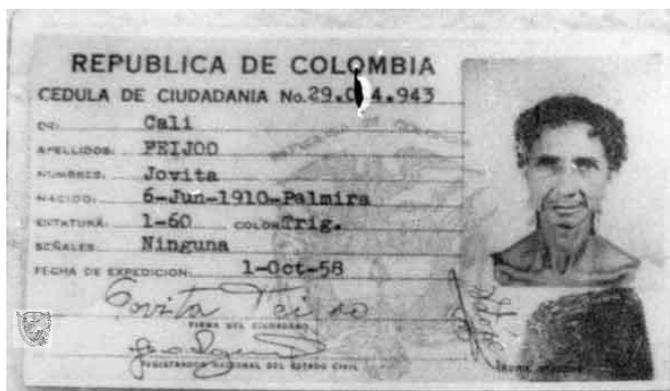
<sup>143</sup> Que ha hecho de su casa en el tradicional barrio San Antonio, de Cali, un museo en honor a Jovita. Carlos Alberto Zuluaga “piensa que la respuesta está en que Jovita era un ser superior, “extraterrestre”, que llevaba una pasión desbordada por alcanzar lo que quería, una energía que pocos tienen. Por eso aún se recuerda a Jovita, 'la loca', 'la reina’”. (Cruz, S. 2010, párrafo 15)

<sup>144</sup> Poeta que escribió la biografía de Jovita en forma de novela 'Jovita, o la biografía de las ilusiones'. El poeta Tafur dice que Jovita “interpreta entre nosotros ese delirio de poderse afirmar y no dejarse poner cadenas. Jovita es un Prometeo sin cadenas, Quijote femenino. Hay seres que cumplen con los formalismos, que le tienen miedo al ridículo. Jovita no. Ella pasó al imaginario venciendo esos temores y encarnando el delirio que a muchos les da miedo expresar. Por eso era admirada. Por eso aún se le recuerda”. (Cruz, S. 2010, párrafo 14)

<sup>145</sup> Periodista, gestora social y poeta que escribió el poema Jovita en Llamas.

<sup>146</sup> Para el teatrero Fernando Vidal, Jovita se hace inmortal porque; “Primero, fue una mujer que vivió sola. Segundo, nunca trabajó pero siempre se sostuvo y, como si fuese poco, fue la representación emblemática de la aspiración en medio de un imaginario popular, que tenía y tiene como referencia el abolengo y los apellidos. Además, Vidal hace hincapié en que Jovita se hizo popular en medio de una ciudad que se pinta de ser liberal pero es más goda que la conservación de las momias aztecas” (Moldón, J. et al 2017. párrafo 6)

<sup>147</sup> Escultor del monumento a Jovita, que se erige en el Parque de los estudiantes, sobre la Calle 5 de la ciudad de Cali, en un sitio estratégico de la misma. “Diego Pombo le elaboró una escultura de colores pasteles que fue inaugurada en el 2008 en el Parque de los Estudiantes, el cual sin duda es más conocido como el Parque de Jovita”. Redacción Diario El País. (2015) “Diego Pombo cree que Jovita es inmortal porque su figura representa a Cali, su idiosincrasia y ese fervor de la ciudad por los reinados. También por su trabajo social”. (Cruz, S. 2010, párrafo 15)



s. n. & s. n. (1970). *Cédula de ciudadanía de Jovita Feijoo & 500294*.  
*Santiago de Cali: Biblioteca Departamental Jorge Garcés Borrero*

El suyo fue un entierro multitudinario, como nunca antes fue visto en Cali. Los diarios de la ciudad cubrieron la noticia y en sus fotografías se observa que una densa muchedumbre de caleños acompañó el féretro desde dos lugares también emblemáticos de la ciudad: Catedral de San Pedro, en la Plaza de Caicedo, y el Cementerio Central, en donde fue enterrada y cuyos restos aun reposan en el osario N°. 411. Con respecto al legendario evento en el que se constituyó la muerte y los funerales de Jovita, se dice que camino hacia el cementerio, se hicieron presentes carros de bomberos y locomotoras que pitaban como muestra del tributo que se daba a esta mujer que se había convertido en insigne personaje representativo de la idiosincrasia local, un ícono irrenunciable de la identidad caleña<sup>148</sup> (Cruz, S., 2010; Redacción Diario El País, 2015).

“Imaginarla a ella: mujer pobre, casi analfabeta, que recorre las calles de una ciudad con sus ropas de colores estruendosos, con sombreros de encajes y guantes hasta los codos en un calor que supera los 33 grados; ella que recorre la ciudad lanzando besos, repartiendo sonrisas. Imaginarla a ella, imaginar su locura. (...) Y luego imaginar esa ciudad: hombres y mujeres que la saludan, que esperan su sonrisa, que la llaman ‘reina’ y la consideran reina y sueltan carcajadas de burla y acaso de lástima mientras la ven caminar, con sus ropas que alguna vez fueron espléndidas, prendas descartadas por las damas de alta sociedad. Imaginarla con su rostro pintarrajeado y luego sentada junto al alcalde, y también en su sitio de honor en la Plaza de Toros o en la inauguración de cualquier evento público: un nuevo edificio, una nueva carretera, la Feria de Cali. (...) Imaginarla a ella, a Jovita Feijoo y a la ciudad entera que fue su escenario: la mujer que se juzga a sí misma reina –y lo que sea que eso signifique- y la ciudad que en el desconcierto de conocer a ese ser con la capacidad absoluta de creer plenamente en su locura, la segunda y le dice que sí, que es la reina, y le ofrece su lugar como soberana: en las calles, en las plazas de mercado, con sus ropas de segunda, de tercera y de última mano”. (Ospina, Y. 2017. párrafos 1 a 3)<sup>149</sup>.

<sup>148</sup> Haciendo una clara hipérbole Moldón, J. et al (2017) dirán que “su entierro fue uno de los más multitudinarios que se han registrado en la historia de la ciudad. Tan grande, dicen los literatos, como el de Aquiles en la *Iliada* o el de la Mamá Grande de García Márquez” (párrafo 7).

<sup>149</sup> Ospina, Y. (2017); ¿Quién fue ‘Jovita’, la reina infinita? *Especiales El País*. Diario El País. Cali, Julio 09, 2017 – Recuperado el 10 de octubre de 2018 de [www.elpais.com.co/feria-de-cali/2017/quien-fue-jovita-la-reina-infinita.html](http://www.elpais.com.co/feria-de-cali/2017/quien-fue-jovita-la-reina-infinita.html)

### **El loco Guerra (Eugenio Cosme Guerra)**

Según Salazar J. (2014), por cada moneda que el loco Guerra recibía, ofrecía a cambio una bendición y por cada moneda que le negaban, ofrecía un insulto de gran calibre. Muy bien vestido, con saco y corbata, Solía ir a los oficios religiosos matutinos en la iglesia de San Judas Tadeo. Arriba a Cali cuando Jovita se está despidiendo y al igual que ella, era natural de Palmira. El espacio urbano en donde solía circular era entre el centro y el norte de la ciudad (Avenida Sexta, el Paseo Bolívar, El Puente Ortiz, La Plazoleta del Correo y los paraderos frente al Centro Administrativo Municipal), y uno de los lugares emblemáticos de la Cali de ese entonces, en donde era común encontrarlo, era el café de los turcos, donde “llevaba a cabo sus tertulias con poetas, pintores, políticos y clientela en general” (Salazar J., 2014).

Al igual que Jovita, Eugenio Cosme inspiró el espíritu creador del pintor Diego Pombo, a quien dedicó en 1984 una colección de pinturas titulada *La banda de Guerra*. Seis años después, el loco Guerra enfermó, el médico José Ignacio Peña le prestó atención gratuita, y el periodista cubano José Pardo Llada<sup>150</sup>, junto con Diego Pombo pusieron en venta la colección, para cubrir los gastos de su recuperación, sin embargo el Loco Guerra murió el sábado 10 de junio del año 1991 a las 11 de la mañana en la cama N°. 27 del Hospital de San Juan de Dios. También a él, la ciudadanía caleña decidió acompañarlo en un copioso sepelio llevado a cabo en el Cementerio Central. De este personaje se recordarán frases como:

“Yo doy la bendición en la calle y bendigo al pueblo, pa' que el pueblo me conozca como rey o como poeta o como profeta” (...) “Edifiqué doctrina política, misa y película, edifiqué culto divino e iglesias santas, bendito seas” (Salazar J., 2014).

### **Otros exponentes de la locura urbana**

En ese universo de los desquiciados del llamado Cali Viejo, rondaba un tal Pacho Zorrilla, de quien cuentan había sido mozo de espadas y que provenía de una muy distinguida familia; pero ya extraviado en su propio mundo olvidó su distinción originaria, para hacerse

---

<sup>150</sup> Que para la época era el periodista radial más influyente, y que se había exiliado en Cali, luego de distanciarse de Fidel Castor, con quien había luchado en la Sierra Maestra De él escritor vallecaucano Gustavo Álvarez Gardeazabal diría que “fue, tal vez, uno de los más grandes hitos históricos de Cali. Transformó buena parte del imaginario de la ciudad, conoció como nadie a los caleños y nos enseñó, a muchos, el oficio de político y periodista” (Diario El Tiempo. Redacción el tiempo. Santiago de Cali, 07 de agosto 2009).

un deambulante de ciudad, de cuyo verbo solía emerger una contundente cadena de improperios como reacción a las acciones de sus conciudadanos que él consideraba ofensivas hacia su persona.

Por su parte, “Yo te curo”, cuyo nombre de pila era Francisco Montoya Pérez, fue un legendario y festivo yerbatero negro que fungía como el alquimista de la ciudad, fabricaba pócimas mágicas con las que prometía curar todo mal, o como dicen de él “fabricaba píldoras producto de sus locas fantasías”.

Un orate profundamente enamorado de Cali, era Ernesto Bustamante, un loco borrachín al que se le conocía como Pellejera, con una hermosa caligrafía que le permitió ser escribiente de notaria. De él también se dice que fue quien hizo célebre el tradicional: *¡Viva Cali, Chipichape y Yumbo!*

También era común encontrarse por las inmediaciones del barrio Santa Rosa con un particular y voluntario guarda de tránsito pastuso a quien llamaban *Barrigaemula*, frente al cual los motoristas debían cumplir con obligatorias paradas, pues de un momento a otro irrumpía en la vía, atravesándola sin cuidado alguno y haciendo que el tráfico vehicular frenara de improviso.

Además del lugar que ocupan personajes como los anteriormente mencionados en la historia local urbana de las primeras décadas del siglo XX en algunas ciudades de Colombia, puede mencionarse también lo que ocurre en poblaciones como Ricaurte (Valle del Cauca-Colombia) con personajes reales que posteriormente inspiran la creación de obras de la literatura nacional como *La Boba y el Buda*, novela en la cual un conjunto de sujetos “anormales” denominados como “bobos” constituyen la fuente de inspiración para dar cuenta del devenir de un pueblo. Todo ello sugiere una suerte de convivencia tácita, hasta las primeras décadas del siglo XX, con los hoy llamados “anormales”, pero que no es visible en la actualidad. Incluso la figura del “loco del barrio”, con el cual los niños, el vigilante, el cura, las amas de casa y la “señora caritativa” generaban alguna forma de vínculo social, tiende a tener ahora otro lugar.

Ahora bien, es importante no asumir con ello que la experiencia vital de todo y toda ciudadano o ciudadana que pudiera estar clasificado fuera del grupo de “los normales” estaría

asociada a condiciones de libertad individual e integración social: al tiempo que Jovita, Guerra, Batata y otros hacían parte de vida cotidiana de Cali, también se esperaba que la constitución formal del “Asilo para locos”, se constituyera en la liberación del sufrimiento de muchas familias que tenían a un “enajenado” dentro de sus miembros.

### **Improntas de la(s) disciplinas y las praxis.**

#### Rutas significantes

El “Acta de Salud Mental” (1959) de Gran Bretaña, acuñó el término de psiquiatría comunitaria para referirse al conjunto de procesos extra hospitalarios que podían ser generados mediante una oferta en salud mental prestada por diversos servicios sociales que no implicara la hospitalización, que redujera los tiempos de internamiento cuando la hospitalización fuese necesaria, y que evitara el fenómeno conocido como “puerta giratoria”, con el que se describe la reincidencia constante de un paciente en el escenario hospitalario.

Posteriormente, en 1973, el Italiano Franco Basaglia, fundó en su país el movimiento socio-político *psiquiatría democrática*<sup>151</sup>, que cinco años más tarde derivó en la “Ley Basaglia”<sup>152</sup>. Paralelamente, en Canadá el sociólogo Erving Goffman adelantaba estudios que luego le permitieron acuñar el término de “*Institución Total*” para referirse al fenómeno que

---

<sup>151</sup> Psiquiatra italiano que propone que un verdadero cambio en el abordaje de la locura debe ser definitivamente de carácter social. Motivo por el cual defendía posturas que implicaran un viraje completo sobre la forma como se establecía la relación médico-paciente, proponiendo una democratización de la misma. Por ello le era posible afirmar por ejemplo que “La relación médico-paciente mejora con la toma de conciencia por parte del médico de su carácter de oprimido y opresor... El planteamiento de la antipsiquiatría es absurdo. La alternativa no es eliminar o cambiar esas personas de las instituciones hospitalarias, sino fomentar y asumir las contradicciones”. Para Basaglia, la ideología dominante de un territorio o momento histórico, incide directamente en los desarrollos de la ciencia e incluso ponen dichos desarrollos a su merced. Los poderes dominantes entonces dominan a la ciencia y lo que sucede de época en época es que la forma misma de dominación cambia, pero no la dominación en sí “Se advierten claramente tres etapas en la psiquiatría moderna -prosigue Basaglia- En el siglo XIX, bajo la influencia de la incipiente revolución científica, se produce la psiquiatría de los electroshocks; después, con el desarrollo de los fascismos, la violencia se acentúa: entonces tiene lugar la psiquiatría de los shock con insulina, las lobotomías ... ; en el actual momento, más democrático, el poder se difumina; es el momento de los barbitúricos y la psicoterapia... Todo el mundo quiere tomar barbitúricos y hacer psicoterapia...” dice Basaglia. El País. Madrid. Febrero 5 de 1978.

<sup>152</sup> La ley Basaglia (ley 180 del 1978) fue la precursora en los movimientos de supresión de los hospitales psiquiátricos y en su lugar propiciar la apertura de Centros de Salud Mental (C.S.M.) Comunitarios, que actuarían como soporte fundamental para el desarrollo de programas y acciones asistenciales relacionadas con la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de pacientes psiquiátricos. Al respecto de ésta Ley, Pascuale, Evaristo (2009) Afirma que: “Fue también una ley revolucionaria por sus nuevos paradigmas científicos, que fastidiaba a los académicos, despertaba miedos escondidos por los locos libres, combatía privilegios económicos y de comodidad (el mercado paralelo de los psiquiatras públicos y de las clínicas privadas, obligó a trabajar más y más cerca del paciente). <Si los pacientes están cerrados, el psiquiatra está libre; si los pacientes están libres, el psiquiatra está preso> (F.Basaglia)”

el modelo basado en la hospitalización, generaba sobre los procesos identificatorios y de exclusión social de los sujetos hospitalizados.

En América Latina, la Declaración de Caracas (1990)<sup>153</sup>

“...reconoció que la atención psiquiátrica convencional no es compatible con los modelos comunitarios promulgados anteriormente, donde la descentralización, la participación, integralidad, la continuidad y prevención sean sus ejes. Dicha declaración añadió, además, que el hospital psiquiátrico no debe ser la única modalidad de atención ya que es un obstáculo para alcanzar los logros planteados debido a diversos factores como: “a) aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social, b) crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo, c) requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental, d) Impartir una enseñanza insuficientemente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores” (OPS/OMS, 1990)<sup>154</sup>

Pero en las prácticas llevadas a cabo en el abordaje de la enfermedad mental, no sólo incide el cuestionamiento que para la época se hizo del modelo reclusivo y luego del proceso de atención intrahospitalaria, sino que éste se derivó con todo y sus tensiones y contradicciones, de una serie de condiciones históricas atravesadas también por lo que se gestó en la Academia, en las Instituciones y en las políticas públicas de la época.

Rojas et al (2002) declaran que –como ocurre en muchos casos- la pretendida misión de “limpiar” la significación de algo, cambiando el término que lo define, no ha sido exitosa en el caso del “Hospital Psiquiátrico”. En el imaginario social éste es un espacio que sigue siendo nominado por algunos sectores sociales como manicomio, hospicio o asilo. La modificación significativa no ha revestido mudanzas o transformaciones profundas en la representación que la ciudadanía se hace de dispositivo. Es el significado “Manicomio” el que persiste en el imaginario común respecto a la oferta de servicios que se hace de los actuales “hospitales psiquiátricos”.

Lo que sí se evidencia, según Rojas et al (2002) es el cambio en la concepción de la enfermedad mental, por lo menos en la concepción del gremio médico sobre la misma, que la concibe como una alteración de la estructura anatómica del cerebro o de su funcionamiento y no como una degeneración moral o perturbación de la razón. No obstante, aparece aquí uno de los tantos elementos paradójales propios del asunto de la locura y sus dispositivos terapéuticos o de reclusión; pues aún con el cambio de significantes y de concepciones

---

<sup>153</sup> A la que nos hemos referido en los Marcos legislativos y políticas públicas.

<sup>154</sup> Citada por Ministerio de Salud y Protección Social – Organización Internacional para las Migraciones, 2013

profundas sobre las entidades diagnósticas, es posible afirmar que en la oferta terapéutica durante el periodo de estudio no operaron cambios significativos.

En los ámbitos sociales, terapéuticos y conceptuales el tratamiento dado a las condiciones de padecimiento psíquico de las personas, ha seguido higienizándose tanto en las formas como en los vocablos; sin embargo advino con notable fortaleza el tiempo de su tecnificación. Vemos entonces que se pasa del loco al enfermo mental; de los electrochoques a las terapias electro-convulsivas (T.E.C.); del sujeto amarrado al sujeto inmovilizado mecánica o farmacológicamente; de lo morboso a lo patológico; de la tara degenerativa al trastorno; de la penalización a la rehabilitación; del vicio a la dependencia y de la drogadicción a la toxicomanía.

Koselleck (2004) da cuenta de la complejidad que reviste el abordaje del mundo de los conceptos, pues incluso aquellos significantes que estuvieron fuertemente asociados a significados contundentes -que parecerían cubiertos de sentido y que permitían asociaciones claras entre la palabra y la idea- podían cambiar o quedar obsoletos frente a la producción de alguna “ruptura política, social o mental, o un descubrimiento decisivo” (p. 32). Koselleck (2004) también menciona a Schultz (1979) para dar cuenta de las causas en el viraje del sentido de un término, haciendo que un significante deje de asociarse a un significado, de la modificación de los conceptos y las circunstancias; de las que hemos de mencionar dos: 1. Que la realidad se transforme y por ello deba reconceptualizarse (entonces el significado de la palabra permanece constante, pero las circunstancias han cambiado y se requiere de otros significantes) o 2. Que el significado de la palabra cambie, pero la realidad previamente apprehendida por ella permanece constante y la semántica debe encontrar una nueva forma de expresión para ajustarse de nuevo a la realidad (Koselleck, 2004: 31).

Lo que sucede en el ámbito de la locura, es que las condiciones socio-políticas han cambiado: internacionalmente se ha configurado incluso la idea del ciudadano como sujeto de derecho; en la esfera nacional se constituye también un conjunto de normas que obligan al resituamiento de algunos poderes, como el poder médico y de algunas condiciones civiles que solían ser invisibilizadas, como las de los “enfermos mentales”; pero también a nivel de lo local, se comienzan a cambiar las condiciones de categoría y estatus social, las instituciones

comienzan a transitar los caminos de la modernidad y ello implica el cumplimiento de los mínimos requeridos en protocolos de atención para hacer viable el desarrollo de sus objetivos.

Los discursos y prácticas sobre el tratamiento de la locura, comienzan a permearse por posturas políticas y convenios internacionales de los gobiernos de diferentes países, ya sea para el intercambio comercial o en nombre de la salvaguarda de los derechos de la población.

Rojas (2002) menciona por lo menos cinco declaraciones internacionales que se ubican en esa segunda categoría: La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948); La Declaración De Helsinki (1964) y de Tokio-Helsinki, para la regulación de la investigación biomédica en seres humanos; La Declaración de Hawái (1977) que recoge una apuesta ética de la psiquiatría; La Declaración de Caracas (1990), con disposiciones relacionadas con la desinstitucionalización de enfermos mentales crónicos, y la Declaración de Madrid, aprobada por la Asamblea de la Asociación Mundial de Psiquiatría, que retoma los aspectos de la ética profesional de los psiquiatras y reevalúa las declaraciones de 1977 en Hawái y 1986 en Viena.

Documentos oficiales de Colombia, tales como el modelo para la desinstitucionalización de personas con trastorno mental y larga estancia hospitalaria, en el marco del sistema general de seguridad social en salud y protección social en Colombia, sostienen que:

“En América Latina, la Declaración de Caracas constituyó un hito importante en la acogida de estas reformas y promovió varias iniciativas a lo largo del continente. Desde entonces se han registrado importantes experiencias en varios Países de América Latina y el Caribe, las cuales han demostrado la posibilidad de mejorar la atención en salud mental, cuando se conjugan la voluntad política, la asignación de recursos y la capacidad técnica de implementar las reformas necesarias. La O.M.S. considera que a pesar de lo justo de los objetivos de la Declaración de Caracas y todos los avances mencionados, los indicadores muestran que las metas establecidas allí continúan sin cumplirse (OPS/OMS, 2013). (...) En Colombia, luego de la ley 100, se ha dado un proceso paulatino de “des-hospitalización” (externalización de las personas con trastornos mentales). Sin embargo, la reducción de las estancias hospitalarias no ha significado un cambio de paradigma en la atención de las personas con trastornos mentales, siendo aún la clínica o el hospital psiquiátrico el eje de la atención de las mismas, mientras que las alternativas de atención y rehabilitación en comunidad son pocas”. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, p. 6).

Entre los cambios de paradigmas generados durante la segunda mitad del siglo XX, se incluye el de la salud mental y con ello el de la reclusión psiquiátrica. Documentos oficiales del gobierno Colombiano, citan a Moreno (2002) para afirmar que:

“El auge de la psicofarmacología, de las corrientes sociales dentro de la psiquiatría y la influencia de los cambios sociopolíticos que se estaban sucediendo, relacionados en gran medida con las instituciones, trajeron consigo una visión reformadora de la psiquiatría tradicional. Los debates

sobre la igualdad, la democracia y los derechos humanos introdujeron nuevos elementos para el análisis de los hospitales psiquiátricos vistos, entonces, como instituciones en donde predominaba el modelo psiquiátrico convencional caracterizado por el aislamiento social, la coartación de libertad y la masificación de pacientes”(Ministerio de Salud y Protección Social – Organización Internacional para las Migraciones, 2013: 6).

Benavides (2009) con respecto a las concepciones sobre enfermedad mental en Colombia, pone su acento en lo que él llama tres instancias o esferas sociales, de las que el lector podría identificar al menos cinco órdenes: la medicina, los saberes y prácticas populares alrededor de la enfermedad mental, la iglesia, los marcos legales y lo que puede denominarse como el contexto-dinámica-poder político. Su hipótesis fundamental es que los modelos de representación social de la enfermedad mental en Colombia se fueron configurando, muy gradualmente, tanto de los elementos constitutivos (concepciones y prácticas) del esquema traído por los occidentales (especialmente los españoles), así como de los componentes que hacían parte de los modelos indígenas, afrodescendientes y mestizos de dicha enfermedad.

Pero el plus de su detenida pesquisa bibliográfica se evidencia el proceso de superposición de representaciones sociales sobre la enfermedad mental y la manera en que el Estado pretende, dentro de sus políticas, regular la generación de prácticas de exclusión y de represión hacia el enfermo mental. A esta perspectiva regulatoria del Estado, las prácticas y saberes populares han respondido tímida pero constantemente (es posible decir incluso que soterradamente) al punto de permanecer vigentes por lo menos para ciertos sectores de la población colombiana, como lo vimos con los visibilizados de la locura en la ciudad de Cali.

La academia y sus desarrollos.

Aquí se ha puesto el acento en asuntos cardinales en el ámbito de los discursos que resultan trascendentales en el abordaje de la locura y la salud-enfermedad mental. Se ha mostrado la articulación e incluso la dislocación de discursos entre el aparato legal, la política pública, la representación social de la locura y la manera como se viabiliza en la prestación de los servicios de salud. Pero en este momento es fundamental hacer énfasis en la formación en las disciplinas “psi” y su incidencia en el tratamiento de la locura y la enfermedad mental. Formación ésta que también se relaciona con las publicaciones y estudios realizados en tesis y revistas especializadas en Colombia.

Ya habíamos mencionado que en sus inicios, la formación de psiquiatrías en América Latina, se desarrollaba mediante la praxis misma en el medio hospitalario y no era necesariamente el resultado de una formación curricular. Cuestión esta que comenzó a operar cambios en Buenos Aires y Caracas, cuando en la década de los 40's comienzan los cursos de postgrado: En 1942, bajo la dirección de Oswaldo Loudet se abre el de Buenos Aires y en 1949 el de Caracas, bajo la dirección de Raúl Ramos Calles (Ibáñez P., 1983).

Los estudiosos con publicaciones sobre psiquiatría en los primeros momentos de desarrollo conceptual de la disciplina en nuestro continente fueron: José Ingenieros (desde 1902), Juliano Moreira (desde 1905), Hermilio Valdizán (desde 1920) y Honorio Delgado (desde 1924). Rojas (2002); cita a Roselli, 1974, para reportar el comportamiento editorial que permitió la expansión del conocimiento sobre temas relacionados con la enfermedad mental en los inicios de la psiquiatría en América Latina, y al respecto indica que:

“La primera revista en lengua española dedicada al tema de la psicoterapia fue publicada en Argentina por Gregorio Bermann en 1936 bajo el título de Psicoterapia, quien también fundó en 1951, junto a Claudio de Araujo Lima la primera Revista Latinoamericana de Psiquiatría, sucedida bajo la dirección de Guillermo Vidal desde 1954 con el nombre de Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. Hay que señalar que durante algún tiempo circuló la Revista APAL como órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, coeditada por la Asociación Brasileña de Psiquiatría. Para finales del Siglo XX y comienzos del XXI casi todos los países latinoamericanos cuentan con una o más publicaciones periódicas en el ámbito de la psiquiatría, salud mental, neurología y/o neurociencias. Como válido esfuerzo editorial de estos tiempos debe destacarse la Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría, dirigida por Guillermo Vidal, Renato Alarcón y Fernando Lolas, y publicada por la Editorial Médica Panamericana de Buenos Aires en 1995” (Rojas, 2002: 13)

La interrelación entre la Universidad del Valle y el Asilo San Isidro, desde inicios de la segunda mitad del siglo X.X da cuenta de unos procesos formativos que van a tender a la integralidad entre la praxis y la episteme.

Campo Cabal (2005) revela cómo en febrero de 1956, el Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle, fue designado como entidad consejera en aspectos técnicos y médicos del Asilo San Isidro, con poderes amplios, (pero sin presupuesto) para introducir cualquier clase de modificación en las normas de asistencia clínica. Inmediatamente, se procedió a cambiar el nombre de la Institución por el de “Hospital Psiquiátrico”, se inició la elaboración de historias clínicas, se puso en vigencia un sistema de normas y regulaciones para el manejo terapéutico de pacientes desde su admisión hasta su salida y se obtuvo la participación activa de estudiantes de medicina e internos para el cuidado clínico de los

pacientes, como parte integral de su entrenamiento. Este autor también afirma que a finales de la década de los 50's del siglo pasado “se abolieron todas las formas irracionales de restricción física” refiriéndose a formas específicas de tortura o tratos crueles, a formas de intervención sobre el cuerpo del paciente que no fueran avaladas como procedentes o incluso necesarias por el discurso médico especializado.

Esto responde a un discurso que comienza a tener repercusión, por lo menos en el ámbito de lo moral, respecto al tratamiento dado al paciente, pero se apoya también – evidentemente- en la aparición y manejo cada vez más común de sedantes o medicamentos depresores con los cuales era evidentemente posible generar condiciones de conductas más controladas en los pacientes. Cuerpos más dóciles.

Al respecto vale la pena hacer un paréntesis para hacer referencia a consejos dados a los psiquiatras por sus colegas Kraepelin y Bleuler:

“Los pacientes no permanecen en el baño, salen del agua una y otra vez, se contorsionan y ruedan por el suelo. Lo que se puede intentar a continuación es calmarlos un poco con un sedante, como nioscina, sulfonal, trional o veronal, lo que puede hacerles permanecer horas en el baño” (Kraepelin, 1919: 257)

“La apomorfina es un medicamento depresor esencial. (...) una herramienta eficaz para educar a los pacientes, puesto que el paciente permanece totalmente consciente pero más calmado, de modo que su conducta mejora” (Bleuler, 1950:486)

Antes de dar cierre al paréntesis es pertinente decir que Bleuler reconocía que frente a su propuesta se podía abrir un debate ético, y adelantándose a ello se permitió afirmar que se trataba de elegir entre dos males: el que un paciente agitado afectara el descanso nocturno de todos los paciente que pernoctaban en una sala hospitalaria, o que se indujera al vómito al <paciente molesto> a fin de garantizar el descanso de sus compañeros de habitación. Se puede ver aquí que es posible minimizar la operación de las “formas irracionales de restricción física” arriba mencionadas, ante la aparición de formas de aquietamiento más técnicadas e higiénicamente validadas. Cerremos aquí el paréntesis para continuar con el desarrollo académico de los tratamientos de la locura en la ciudad de Cali.

Desde 1959, el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle ofreció a los médicos graduados un programa de residencia en la especialidad de psiquiatría; y dos años después de ello, en octubre de 1961, aunque con una demora de veinte años respecto a la expedición de la Ordenanza No. 64, entró en servicio la primera etapa del

Hospital Psiquiátrico San Isidro y “con el respaldo entusiasta de la Junta Directiva del Hospital se inició una activa campaña para adelantar la construcción del nuevo hospital”.

Por esa misma época, en 1964 la Asociación Colombiana de psiquiatría comienza la publicación de la Revista Colombiana de Psiquiatría, órgano de divulgación científica y profesional, cuya dirección –para el periodo que aquí nos ocupa- estuvo en manos de los doctores Ricardo Azuero (1964 – 1965), Humberto Rosselli (1966 – 1979), Rafael Salamanca (1979 – 1983), Roberto Chaskel (1983 – 1994), Carlos Arteaga (1994 - 2002)

Mediante la Resolución 679 de 1967, se impulsó la creación de unidades de salud mental en hospitales generales, y desde entonces comienza a proponerse el desestimular la construcción de nuevos hospitales mentales y, a cambio, promover la creación de centros de salud mental comunitarios.

Sobre ello, la Resolución Número 2358 de 1998<sup>155</sup> refiere que :

“Los esfuerzos del Ministerio de Salud por reestructurar la atención psiquiátrica se remontan hacia finales de los años sesenta con la Resolución 679 de 1967, y mediante la cual se impulsaba la creación de unidades de salud mental en hospitales generales. Desde entonces se ha venido insistiendo en la atención psiquiátrica en hospitales generales, la determinación de no estimular la construcción de nuevos hospitales mentales y la creación de centros de salud mental comunitarios.” (p. 18)

No obstante unos años después, en 1971, fue fundada La Clínica San José en Cali. Aunque la presencia de la Orden San Juan de Dios en Colombia se remonta al año 1596 cuando llegan los primeros religiosos a Cartagena de Indias, la Orden Hospitalaria en Colombia se llevó oficialmente a cabo el 20 de diciembre de 1920 con la llegada de Fray Alfonso Galtés y siete religiosos más a quienes les fue encomendada la administración del Hospital Psiquiátrico de Nuestra Señora de Las Mercedes de Santafé de Bogotá y sólo 50 años después se construye la clínica en Cali.

En 1976 la Universidad del Valle, solicita el cambio de su programa de formación universitaria en consejería psicológica por la carrera de psicología y en 1985 comienza el funcionamiento de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana en la ciudad de Cali.

---

<sup>155</sup> Por La cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental

De los artículos y tesis que se presentan entre 1970 y 2000 (ver anexos tres, cuatro y cinco) podemos decir que:

Las disciplinas no psiquiátricas que mayormente se interesan por el asunto de la locura y el asilo, son en principio filosofía, trabajo social y muy posteriormente terapia ocupacional, psicología y sociología.

Ha de decirse que los primeros trabajos, excepto desde la filosofía, tienden a ubicarse en una condición casi que suplementaria a la psiquiátrica y se tiende más a apoyar la resolución de problemas relacionados con la adherencia al tratamiento o las problemáticas sociales en los periodos de hospitalización, que a vislumbrar el develamiento asuntos que denoten un interés centrado en el paciente y su subjetividad.

Encontramos que frente a las dificultades presentadas por el alto índice de deserción del tratamiento en pacientes ambulatorios, lo que resulta más preocupante son las implicaciones económicas que representa tener un paciente en condiciones de irregularidad respecto al tratamiento; con el consecuente reingreso al ámbito hospitalario y la consabida dinámica de puerta giratoria. Para responder a ello se revisan condiciones asociadas al sistema de creencias, a las rutas diversas del tratamiento que son soportadas en nociones mágicas y religiosas de la enfermedad, en la condición de las relaciones interpersonales en el orden de la familia, las figuras de autoridad y el lugar que ocupa el enfermo, dando como resultado una revisión instrumentalizada de los datos.

Esto va a ser distinto a finales del siglo XX, porque comienzan a aparecer psiquiatras Colombianos con perspectivas antropológicas y antropólogos asociados a la Psiquiatría que, junto con el surgimiento de nuevas tendencias en la psicología y en las ciencias sociales, propenderán por un centramiento en el paciente como sujeto, pero antes de llegar a ese punto de interés, la psicología y el trabajo social tenderán a poner su acento en el mejoramiento de los servicios y la operatividad de los mismos.

Una de las primeras tesis encontradas en el área de trabajo social muestra un claro interés en aportar a la comprensión de un factor de riesgo para el proceso mismo de hospitalización: condición del paciente y su familia; pero se trata aquí de una cuestión que se aborda a favor de respuestas que fortalezcan el sistema hospitalario.

Se encuentra también una tesis en la cual el discurso sobre la locura es abordado desde una perspectiva crítica de la filosofía. Muy cercano –tal vez por la época en que fue escrito- a los planteamientos de Michel Foucault quien para la época ya había publicado: *Enfermedad mental y personalidad* (1962), *Historia de la locura en la época clásica* (1961), *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica* (1963), *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas* (1966) y *La arqueología del saber* (1966). Esta tesis se compromete con una postura ideológica del concepto de locura a la luz de las teorías que cuestionan la visión de éste fenómeno desde la perspectiva normalizadora y propone una pregunta constante sobre lo que podemos denominar como el sujeto implicado en aquello de lo cual padece.

También desde el ámbito del trabajo social, y antes del posicionamiento en la ciudad de discursos relacionados con las teorías sistémicas, aparece una tesis sobre el asunto del vínculo social del paciente en condición de hospitalización psiquiátrica. Este documento prioriza, la cuestión de la familia y la manera en que desde una disciplina particular (trabajo social) ha de hacerse un abordaje de la misma. A pesar de ser ésta una tesis contemporánea con la de filosofía, anteriormente expuesta, no parte de una crítica sobre el aparataje desde el cual se apuntala la locura, sino que –como ya se había visto en trabajos de grado anteriores- convoca más bien un deseo de “contribuir” en términos de una intervención técnica disciplinar al conjunto de actividades que desarrollan en un hospital psiquiátrico, con énfasis en las modalidades de hospitalización para entonces vigentes.

Llama la atención que entre las primeras tesis encontradas desde la disciplina psicológica, no se plantean asuntos relacionados con una problemática particular de la institución o el sujeto en condición de padecimiento psíquico, sino más bien con la cuestión de la aplicabilidad de un instrumento, con el fin validar o descartar la posible existencia de una lesión cerebral. Por ello podría decirse que los primeros encuentros del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle (en adelante HPUV) con la investigación local en psicología, estuvieron marcados más por lo instrumental, que por lo crítico; asunto muy parecido a lo que se observa en trabajo social.

Esta tendencia se sostuvo por casi dos décadas y la deserción de pacientes en programas ambulatorios tendía a ser la mayor preocupación.

No se trata solamente del empuje que incluso desde su propio nombre “El Hospital Psiquiátrico” hace a los aspirantes al título en otras disciplinas para psiquiatrizarse el abordaje de diferentes problemáticas, sino que se trata de algo que ocurre en la manera misma como los estudiantes universitarios se ubican respecto del tema de la salud-enfermedad mental, de la evaluación, la medición, el control y el poder. Esto se corrobora en la forma como abordan investigativamente la cuestión, que sigue siendo la misma una vez creada la unidad de salud mental del HUV. Curiosamente sigue pensándose el asunto desde los sujetos y no desde la institución como posibles agentes responsables de la discontinuidad o la interrupción de los tratamientos.

Desde la perspectiva de una necesaria recuperación de funcionalidad del paciente, no sólo como objetivo, sino también como mediadora de la curación o estabilización de su salud mental. Surge una tesis en Terapia Ocupacional unos años antes de que esta disciplina comience a adquirir gran fortaleza en el proceso de recuperación de los pacientes en el ámbito hospitalario primero y luego en lo ambulatorio y lo comunitario. En el caso particular de la tesis mencionada, se propone el estudio de la recuperación de funcionalidad en pacientes agudos, sin que los aportes y propuestas de intervención logren ser dinamizadas en el marco de los procesos hospitalarios.

Ya finalizando el siglo XX, debe decirse que en noviembre de 1992<sup>156</sup>, hace su segunda visita a Colombia el doctor Gianfranco Caecchin, quien fue uno de los más reconocidos estudiosos de finales del siglo XX de la salud mental desde la perspectiva psicoanalítica, incursionando en el campo de la terapia sistémica, e inaugurando el modelo de terapia familiar de la escuela de Milán con otros científicos de lo social. En ese contexto, comienzan a surgir con mayor fuerza, algunas tesis de grado en trabajo social en las que se estudia la familia y su dinámica como soporte social. En el caso de la tesis “*La Familia: factor de recuperación o de enfermedad del paciente esquizofrénico*” se presenta un recuento de las teorías ya existentes respecto al tema, tratando de ratificarlas a la luz de las experiencias clínico-investigativas en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

---

<sup>156</sup> El Tiempo. Bogotá, 06 de noviembre 1992

Cabe anotar que asistimos aquí a los años desde trabajo social y psicología, se intenta que las investigaciones sirvan de soporte para la consolidación de las teorías vigentes. Encontramos dos tesis hacen parte de ese repertorio de producciones: una que aborda el posicionamiento social y estratégico del HPUV; encontrando que a la fecha de la publicación no aparecían competidores potenciales, pero que tenía como gran debilidad su dependencia al entonces denominado ISS<sup>157</sup>, que para ese momento ya se encontraba en crisis. La otra, es un trabajo de grado que sintetiza una descripción etnográfica de las características generales del Hospital Psiquiátrico San Isidro de la ciudad de Cali, con un énfasis particular en los pacientes femeninos de la sala siete. El criterio orientador ha sido tomar el hospital Psiquiátrico como una institución total en el sentido que le otorga a esta noción el sociólogo Erving Goffman, en su famoso libro *Internados*. En este caso se toman como referente algunos aspectos que este autor destaca como característicos de una institución total y se trata de ver cómo esos elementos sirven de criterio para llevar a cabo una descripción de lo que ocurre en el hospital en cuestión.

Se encuentra también una monografía desarrollada en el marco del proyecto de investigación: *Del asilo al hospital. Procesos de institucionalización de la salud mental en Bogotá y Cali, 1940-1970*, en la que se evidencia que el cambio institucional de San Isidro se enmarca en un contexto de posguerra con cambios profundos en la práctica y enseñanza médica, y en el modo en que se define la salud y la atención psiquiátrica. A nivel nacional, Colombia experimenta un avance relativo en términos de urbanización, comercio, industrialización migración interna, así como la modernización de los servicios de salud en el país. Esta monografía presenta un recuento histórico para identificar qué actores de la Universidad del Valle estuvieron involucrados y particularmente cuáles fueron los aportes del Departamento de Psiquiatría a nivel administrativo, clínico, docente y arquitectónico en la constitución de San Isidro como un hospital psiquiátrico.

De otro lado, en el ámbito de la psicología, entre 1970 y 1990 se encuentra una gran recurrencia de estudios asociados a la medición y a la evaluación, a la realización de estudios

---

<sup>157</sup> Iniciales con las que se designaba al Instituto de Seguros Sociales, la cual fue una entidad pública encargada de garantizar la seguridad social de los empleados del sector privado en el Estado colombiano.

comparativos y a una visión de una psicología desarrollista. Es en esa tendencia, que se pueden encontrar tesis en donde la aplicación de test o baterías proyectivas, objetivas o mixtas, parecen ser especialmente seductoras para quienes serán los futuros graduados en psicología. Para la época, el test de Rorschach, por ejemplo, era uno de los test proyectivos más importantes, y como otra clase de test psicológicos, este permitía medir una amplia serie de rasgos de personalidad y marcaba algunos rasgos psicopatológicos.

Ahora, muchas tesis no necesariamente se centraban en la aplicación de pruebas para realizar medición o evaluación de sujetos, sino que también era posible efectuar correlaciones entre los test que conforman una batería particular, para medir su confiabilidad y posteriormente acudir a su aplicación en el ámbito clínico. Muchas veces en la “clínica de las enfermedades mentales”.

Los Test de Aptitudes Mentales se convierten en una herramienta para que los psicólogos midan las condiciones -en términos de competencias mentales- de la población a la que sean aplicados. Generalmente durante este periodo, la gran cantidad de test son aplicados en los campos educativo y organizacional, pero no se sustrae de esto el campo clínico.<sup>158</sup>

La monografía de Herbert Echeverri A., aparece cuando comienzan a constituirse condiciones normalizadoras con respecto a los hábitos de las personas y los estudios de las actitudes y hábitos de estudio comienzan a hacer su tránsito hacia el higienismo del aprendizaje. También en este grupo encontramos 5 de 8 monografías cuyo énfasis está asociado al rendimiento escolar, bajo la premisa del logro o el mejoramiento del mismo en los diferentes niveles de aprendizaje escolarizado. Se encuentran adicionalmente dos tesis cuya pregunta está puesta en el estudiante como sujeto, una de ellas para proponer la evaluación y posterior orientación de la denominada vocación profesional, que finalmente supone una condición particular del estudiante, y otra de carácter más cualitativo que se interroga por los

---

<sup>158</sup> De otra parte la estandarización de Test, se convierte en una actividad e interés importante durante la séptima y buena parte de la octava década del siglo XX. En Cali, por ejemplo, es claro el efecto de la presencia de docentes como Floralba Cano, quien se constituye como un referente de autoridad en el campo de la Psicometría en Colombia. Para el periodo que aquí interesa, esta psicóloga habrá de escribir los siguientes textos en el campo de la medición y evaluación psicométrica: Elementos de estadística al servicio de la evaluación de alto rendimiento (1971), Los test psicológicos y su valor ante la ley (1983) y Manual de construcción de pruebas de conocimientos (1996)

rasgos de personalidad de los primíparos universitarios en el sector público. Investigaciones todas que apuntan a la medición, la normalización del sujeto y la estandarización de su comportamiento.

Aparecerán también trabajos de corte monográfico desde los modelos epistemológicos conductuales y psicoanalíticos. Del primero da cuenta un estudio sobre algunas de las perspectivas defendidas por un Conductista Radical: Skinner, para quien la conducta de un organismo se presenta por que en el pasado fue reforzado en situaciones similares a la actual. Aunque éste autor no rechazó que el comportamiento humano estuviese ligado a intereses, intenciones y deseos; sí rechazó que los mismos fueran una “exégesis de la conducta, porque aun tales propósitos e intenciones tienen que ser esclarecidos y sus orígenes siempre se encuentran en la historia de reforzamiento de la persona”.

Joel Otero es el coautor de otra de las tesis encontradas. Se trata de un personaje que más adelante será docente del programa de Psicología de la Universidad del Valle, y promoverá el concepto de clínica de lo social, en el que habría de acuñar los aportes realizados por el psicoanálisis, la sociología, el pensamiento griego y la estética, al estudio del sujeto y su vínculo social. El estudio desarrollado, casi quince años antes, desarrolla la pregunta por el alcoholismo, de la que derivan sus notas, que son un conjunto de reflexiones enmarcadas desde el psicoanálisis Freudiano y Lacaniano. Posteriormente, cuando es docente de Univalle, Joel Otero mostrará, entre otras cosas que el asunto de las adicciones es que resuelven “en una estabilización o en una progresiva reclusión, la situación, al menos en la medida en que evitan la emergencia de las supuestas reales estructuras patógenas que subtenderían su empleo.” Respecto al alcoholismo, Otero retomará en un ensayo fechado del 2013 que:

“El alcoholismo, si bien no resultaba ser una estructura en sí, formaba parte indiscutible de las drogadicciones, las cuales con su inclusión delataban que el modelo psico-patológico había pasado a ser otro asunto. No sólo se redefinía un nuevo mapa que rearmaba el escenario de lo mórbido (ampliación del espectro y redefinición de las territorialidades de lo reconocidamente sintomático), el alma había pasado a ser -luego de la clave freudiana que le asignaba ya condición de “aparato”- el más refinado, contundente, e intangible armado tecnológico (sin olvidarse de lo terrorista que la daba al tiempo como bomba de realidad suplementaria, condenada a implosionar continuamente y - más tarde o más temprano- definitivamente a estallar)” (Otero, Joel, 2013. p. 28)

En la medida en que va concluyendo el siglo, comienzan a perfilarse de manera más vigorosa estudios de carácter cualitativo, aunque debe decirse que algunos de ellos ya comienzan a aparecer en la década de los 70's. (Ver anexo tres) Pero tanto en las aulas

universitarias, como en la Revista de Psicología, la tendencia hacia lo experimental, lo cuantitativo y lo comportamental, será notoria.

En la década de los 80's la psicología comienza a articularse tímidamente con las problemáticas de la época y a establecer interlocución con la sociología, la literatura, la antropología, las artes y la historia. Pero además comienza a verse de frente con el cambio mismo de paradigmas allí donde los modelos aparecían anquilosados: ello moviliza enormemente la pregunta de la psicología como ciencia. Asistiendo a la germinación de lo que luego será todo un concierto de nuevas tendencias, nos encontramos frente a una disciplina que no alcanza a responder desde sí a las preguntas tan complejas que está realizando el campo de la salud mental, lo que la llevará en los albores del siglo XXI a fortalecer cada vez con mayor fuerza el diálogo con las ciencias sociales.

### **De la reclusión y al comunitarismo en Cali**

*“La subjetivación es un modo de enfrentamiento ético a las técnicas que coaccionan y circunscriben la individualidad. A partir de una función de desujeción y de la formación de un sí mismo, mediante una práctica libre de sí consigo, se presenta la subjetividad como emergencia de una singularidad irreductible tanto a un efecto de las normas sociales en vigencia, como a la actualización de formas universales y soberanas” (Vignale, 2014: 5).*

En Colombia, la Junta de Beneficencia del Estado Soberano de Cundinamarca fundó en 1874 la Casa de Locas, en la ciudad de Bogotá, muy posteriormente se fundó el Hospital Neuropsiquiátrico (1968), y ya durante la segunda mitad del siglo XX:

“los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios fundaron a su vez las siguiente clínicas y hospitales mentales: Hospital San Rafael de Pasto (1932), Casa de Reposo de Chía (1935), Clínica del Perpetuo Socorro en Pasto (1949), Clínica de San Juan de Dios en Manizales (1953), Clínica de la Paz en Bogotá (1956), Clínica de la Inmaculada en Bogotá (1957), Residencias el Sagrado Corazón en Medellín (1960) y Residencias de San Juan de Dios en la Ceja (1963)” (...) En las capitales de departamentos Colombianos se produjeron otras fundaciones: Manicomio de Varones de Barranquilla (1933), Hospital Mental Rudesindo Soto de Cúcuta (1943), Clínica Nuestra Señora del Perpetuo Socorro en Pasto (1949), Hospital Psiquiátrico San Isidro en Cali (1944), Clínica los Ángeles en Medellín (1951”). (Benavides, 2016. Par. 7).

Obsérvese cómo en la ciudad de Cali aparece la opción de internamiento en un periodo en donde parece pulular la alternativa de construcción de estos centros o instituciones en Colombia (entre 1930 y 1960). Las condiciones de atención psiquiátrica en San Isidro resultaban bastante parecidas a las que ilustradas en los estudios sobre historia de la psiquiatría

o de la locura, en la Francia anterior al siglo XVIII <sup>159</sup> antes de la segunda revolución psiquiátrica propuesta por Pinel. Es importante destacar que dicha psiquiatría anterior al modelo planteado por Pinel, se caracterizaba por el establecimiento de manicomios de reclusión permanente, que terminaron siendo dinamizados como cárceles de locos y que incluso servían de reclusión a delincuentes, prostitutas y sujetos incómodos para la perspectiva higienista de la época en tanto era factible que los allí reclusos fuesen sometidos por ejemplo a inmersión en agua, sangrías, azotes, sometimientos a efectos gravitacionales que generaban sangrado por nariz y oídos en los enfermos, etc. (Huertas, 2001 y 2004, Scheff, 1973 y Weiner, 2002).

De acuerdo con el último estudio macrodiagnóstico de salud mental (1986-1987):

...“para 1986 el país contaba con 11 hospitales mentales ubicados en 9 servicios seccionales y una capacidad de 2.549 camas en el subsector oficial y 2.690 en el privado. Las unidades de salud mental estaban distribuidas en 15 servicios seccionales con 340 camas”(…) “...para 1987 se registraron “2.787 camas en el subsector oficial, de las cuales 343 se ubicaban en unidades de salud mental. El subsector privado contaba con 2.677 camas, determinando una tasa de 0.18 por mil para el total nacional, seguramente con amplias variaciones entre las diferentes regiones del país debido a la inequidad existente” (Resolución 2358 de 1998. hoja 18)

Desde 1990 la Organización Mundial de la Salud propuso la implementación del componente de salud mental en los servicios locales de salud fundada en los siguientes criterios: Las tareas de salud mental deben hacer que los servicios resulten más eficaces y propender a la prevención de los trastornos psiquiátricos y neurológicos; la atención de la enfermedad mental no siempre requiere atención de especialista, por ello las personas con discapacidad severa por enfermedad mental pueden y deben ser tratadas por fuera del hospital y en comunidad; y los síntomas físicos pueden ser expresión de una enfermedad mental así como la enfermedad física puede generar un trastorno mental.

Según la Política Nacional del Campo de la Salud mental, elaborada en 2005 por la Asociación Colombiana de Psiquiatría se reconocen dos periodos en los servicios en salud mental en Colombia, cuyo punto de corte se ubica en la Ley 100 de 1993. En el primer periodo, los servicios eran dependientes del Ministerio de Salud, y se observó durante el

---

<sup>159</sup> Página de la especialización en psiquiatría de la Universidad del Valle.  
[http://salud.univalle.edu.co/pruebas/colombiamedica\\_new/index.php/comedica/article/view/91/90](http://salud.univalle.edu.co/pruebas/colombiamedica_new/index.php/comedica/article/view/91/90)

mismo un marcado incremento de las prestaciones del servicio en salud mental tanto en el sector público como en el privado.

En esa época funcionaban once hospitales psiquiátricos y se abrieron unidades de salud mental en hospitales generales (que pasaron de cinco en 1973 a más de 20 en 1991 y a 16 en 1997). Había también varios servicios especializados de atención a la farmacodependencia (33 en 1991), servicios de salud mental infantil y de adolescentes, hospitales de día y granjas talleres. Así mismo, se incrementó el número de servicios de carácter privado (30 en 1997), distribuidos en 13 departamentos, aunque localizados en su mayoría en el Distrito Capital (20%), Antioquia y Valle (13,33% cada uno) y Atlántico (10%). Igualmente, creció el número de servicios de consultas externas (191 para 1991, incluyendo los servicios integrados al primer nivel de atención a cargo de médicos generales<sup>160</sup>).

En el segundo periodo, con la Ley 100, los servicios de salud mental adquirieron “independencia del Estado” y quedaron sometidos a una lógica de mercado, en la que deben garantizar su viabilidad financiera y su autosostenibilidad.

Ahora bien, para el caso de Cali, es importante mencionar que al margen de la ley 100, en el año 1994 un grupo de mujeres llamado “Red de Mujeres Fuerza Viva” pidió a la Secretaria de Salud Pública Municipal una capacitación sobre enfermedad mental, ya que se había detectado una alta proporción de madres comunitarias que estaban presentando alteraciones en su comportamiento y que habían sido internadas en el Hospital Psiquiátrico San Isidro.

En ese momento se encontraba un programa de Convenio Internacional Colombia-Italia en la ciudad de Cali, llamado “Cooperación Técnica PTREV: Programa de Desarrollo Local Integrado en el Distrito de Aguablanca” enfocado en servicio de Salud Mental Comunitario, educación y empleo, priorizando jóvenes en alto riesgo.

Dado que no había apoyo ni programas de atención que contribuyeran a mejorar el estado de salud mental de la población del Distrito de Aguablanca, el Programa PTREV con apoyo de la Secretaría de Salud Pública Municipal, la Alcaldía, la Secretaría de Bienestar Social y un equipo de profesionales del Hospital Carlos Holmes Trujillo, apoyaron la propuesta de la cooperación italiana para iniciar un trabajo enfocado en la desinstitucionalización de los enfermos mentales según el modelo italiano<sup>161</sup>.

---

<sup>160</sup> Tomado de: Política Nacional del Campo de la Salud mental: Fuerza impulsora del desarrollo del país y de la garantía de derechos, Elaborada en 2005 por la Asociación Colombiana de Psiquiatría

<sup>161</sup> “De Memoria”. Memorias Proyecto de Salud Mental Comunitaria para el Distrito de Aguablanca. 1995-1998

Se convocó a un grupo de personas de la comunidad, en especial a las mujeres de la Red Fuerza Viva para dar inicio a una serie de capacitaciones en diferentes temas, y finalizada la primera fase se dio inicio a una etapa práctica en apoyo a nivel de consulta con la psiquiatra y la psicóloga, acompañándolas en la atención a sus pacientes. Adicional a esto se dio inicio a un taller de teatro financiado por la cooperación italiana donde se involucraron pacientes usuarios de estos servicios. El manejo de psiquiatría estaba enfocado en el apoyo y motivación a pacientes que se encontraban en un cuadro depresivo severo, instándolos a que participaran en este taller y esto se logró gracias al apoyo obtenido en la visita domiciliaria y al acompañamiento ejercido por las personas involucradas de la comunidad.

La experiencia e impacto dejado por este proyecto que se desarrolló entre 1996 y 1997 permitió el empoderamiento de la comunidad y de la Secretaria de Salud Pública Municipal de Cali en la Problemática de la Salud Mental.

Cabe resaltar que el Estado no tiene información sobre el comportamiento de la oferta y demanda de servicios en salud mental, para periodo comprendido entre 1994 y 1998:

“La información disponible en el Ministerio de Salud con respecto a utilización hospitalaria para 1994 (último año disponible) no aporta datos para varias instituciones de atención psiquiátrica en el país. Adicionalmente, existen vacíos en varios centros de atención en cuanto a cifras sobre camas, total de egresos, egresos cama/año, porcentaje de ocupación, promedios de estancia y atención por consulta externa. Esta situación le confiere el carácter de necesidad urgente a la actualización de los datos sobre oferta institucional, así como a la integración de los datos de salud mental en el Sistema de Información en Salud” (Resolución 2358 de 1998)

A partir de la Política de Salud Mental propuesta en 1998, se promovía la salud mental desde el interior de la comunidad; es decir, la prevención de la enfermedad mental en los contextos mismos donde habitan las personas propensas a ser afectadas por un desequilibrio mental. Según el Comité de expertos en educación sanitaria de la O.M.S

"la finalidad de la educación sanitaria consiste en ayudar a los individuos a alcanzar la salud por sus propios medios y esfuerzos. Se trata pues de estimular en los seres humanos el interés por mejorar sus condiciones de vida y de despertar en ellos un sentimiento de responsabilidad por su salud individual y la de la colectividad"

En aquella década, aunque comenzando algunos años atrás, el Municipio de Cali presentaba cambios acelerados y violentos que afectaban la Salud mental de sus habitantes como resultado de la recesión económica y del empobrecimiento de las capas más pobres de la población.

Al respecto Guzmán Barney (2012) manifiesta la existencia de tres coyunturas de violencia, las cuales categoriza a partir de los escenarios de conflicto y los actores de violencia, así: entre 1985 y 1986: Urbanización de la guerrilla, guerra urbana y limpiezas, entre 1994 y 1995: Narcotráfico y violencia y de 1999 a 2004: Toma del Estado, violencia organizada y desregulación.

Para volver a las condiciones de ciudad en los tiempos de la política de salud mental del 98, es necesario decir, apoyados en Guzmán Barney, que la época que antecede y que luego sigue al establecimiento de la Ley, se caracteriza por una grave problemática social y de seguridad, que incide directamente en las necesidades de salud mental de la población.

En 1996, dos años antes de la promulgación de la ley, que se creó en Cali, como proyecto piloto, el proyecto de Salud Mental Comunitaria para el Distrito de Aguablanca, que fue considerado, como un modelo innovador en Salud Mental con propuestas de atención integral en salud mental, no solo interdisciplinar, sino también intersectorial y dirigida al individuo, pero también a la comunidad. Para la época se pensaba que las atenciones practicadas en el proyecto, con énfasis en una población que para la época habitaba en las comunas de mayor vulnerabilidad socio-económica, eran la respuesta que se necesitaba para suplir las necesidades de atención en Salud Mental de personas con sufrimiento y trastornos mentales, quienes hasta entonces debían recurrir a una atención centralizada en el Hospital Psiquiátrico y para las cuales muchas veces la única solución era la hospitalización, después de la cual siempre serían devueltos a la comunidad a la espera de un reingreso hospitalario.

El Proyecto de Salud Mental Comunitario tuvo su momento fundante en 1994, fecha en la que empezó el trabajo conjunto entre la Alcaldía del Municipio de Santiago de Cali y la Cooperación Técnica Italiana gracias al Programa PTREV, en el proceso de intercambio cultural antes mencionado. La perspectiva de Salud Mental Comunitaria<sup>162</sup> buscaba producir respuestas concretas frente a la exclusión del paciente de la vida productiva, familiar y social. Se suponía que este cambio de perspectiva generaría una modificación cultural tanto en el usuario, en la comunidad, como en el operador técnico y/o funcionario de salud.

---

<sup>162</sup> Tomado de documento interno del Proyecto concerniente a la contratación 2004-2005 del que para dicho periodo se llamará Proyecto de Ampliación de cobertura en Salud Mental Comunitaria, ya que desde 2004 el proyecto se amplía a las comunas 6 y 7.

El objetivo fundamental del Proyecto fue trabajar en equipo con personas de la comunidad para desarrollar múltiples e integradas actividades en Atención, Promoción y Prevención en Salud Mental, “tratando de evitar el empeoramiento, el aislamiento y el rechazo social del Enfermo Mental”. Para lograrlo, el proyecto generó algunas actividades transversales en donde los pacientes inscritos y sus familias participaban activamente: visitas domiciliarias por promotora, visitas domiciliarias por grupo Interdisciplinario, salidas recreativas, talleres de baile y de actividades manuales, actividades de reinserción psicosocial y laboral, atención a familias, grupo terapéutico con familias, grupo terapéutico con pacientes, consultas por psiquiatría y consultas por psicología.

Entre los productos de este proyecto, se encuentra la Cooperativa Vidacoop creada como una estrategia para la reinserción laboral de los pacientes que mediante evaluación previa, sean avalados para desempeñarse laboralmente. Además en el año 2000 se conformó la Asociación de usuarios y Familiares con Problemas de Salud Mental, a la que se otorgó personería jurídica y era una extensión adicional al accionar de los pacientes como ciudadanos y sujetos sociales de derecho.

En términos operativos, muchas de las funciones estuvieron centradas en el trabajo de las promotoras de salud, líderes comunitarias trabajando para su propia población. Las tareas iniciales de las promotoras fueron: visitas domiciliarias de seguimiento, apoyo y motivación para los pacientes inscritos en el programa instándolos a participar de los diferentes talleres, apoyo a los talleres artísticos, apoyo a la creación de la cooperativa como empresa social, así como a los pacientes para que logaran su inserción laboral dado que la mayoría nunca había tenido un trabajo remunerado.

Se inició un proceso de integración con las familias de pacientes mediante la creación de encuentros periódicos (cada tres meses) y reuniones semanales de los cuidadores de los pacientes nuevos que iban llegando paulatinamente al programa.

En este proyecto, siguiendo los principios de la salud mental comunitaria, dos psiquiatras (uno perteneciente a la ESE y otro contratado directamente con los recursos del proyecto), seis psicólogos, una trabajadora social, una terapeuta ocupacional, tres promotoras de salud y una auxiliar de preconsulta, procuraban recuperar los recursos de salud presentes

en las personas, fortaleciendo y promoviendo sus habilidades y capacidades para la recuperación del Enfermo Mental o la Prevención de la enfermedad mental en personas saludables.

Según los estatutos y lineamientos básicos revisados en los documentos del programa, de todos los pacientes vistos por psiquiatría, y a los cuales se les asigna diagnóstico sindromático de “Psicosis” o “Trastorno Psicótico”, se selecciona para hacer parte del programa de Trastorno Mental Mayor a las personas que han tenido alteraciones del afecto, comportamiento, pensamiento y / o sensopercepción, así como alucinaciones compatibles con el diagnóstico de Esquizofrenia y cuyo cuadro sintomático se puede explicar en nosologías clínicas descritas en el catálogo internacional de enfermedades de la época (CIE-10).

Recordemos que en la década de los 60's, la O. P. S. había contado con la participación Héctor Abad Gómez, quien se constituyera en una de las figuras más preponderantes en el campo de la salud en Colombia para robustecer el discurso que en otras latitudes venía adelantándose respecto a la medicina preventiva y social. Su visión de educación popular y el desarrollo social, aplicada en el ámbito de la salud pública en general, comienza a configurarse en la última década del siglo XX en Cali, con base en dinámicas relacionadas con la salud comunitaria que propendían no sólo democratizar el acceso a servicios de salud de la población en situación de vulnerabilidad socio-económica en el Distrito de Aguablanca, sino también favorecer el desarrollo de la autonomía en los pacientes en condición de diagnóstico de lo que ya estaría en el marco de la “enfermedad mental”. También en este proyecto se capacitaron líderes comunitarias para que se hicieran promotoras de salud desde una formación hacia el empoderamiento propio y del otro. Empoderamiento, autonomía, promoción en salud, desarrollo comunitario y participación son nuevos significantes, palabras que ingresan en el campo semántico de la población y configuran una nueva relación con el medio y con la subjetividad.

Lo que un modelo como este podía proponer a la ciudadanía que había pasado de una idea de un sujeto dueño de su locura a una del enfermo mental, desprovisto incluso de razón, es la reconceptualización de ese sujeto y del sentido de su vida. Con lo cual, el abordaje mismo de su forma particular de padecer reviste otro sentido político; no se trata ya del loco

deambulante, ni del enfermo mental recluido, responde a otra clínica de la diferencia, se construye con la población una lógica en donde lo primordial no está del lado exclusivo de lo que puede denominarse como “la cordura”, sino que se espera que la estabilidad mental del ciudadano esté asociada a otras premisas socio-económicas. Si con Héctor Abad, decíamos que se introducía la cuestión de la subjetividad allí donde lo primordial era la cuestión de la organicidad, ahora diremos que se introduce la cuestión de la diferencia allí donde lo primordial era la normalidad.

Lo que hemos recogido son diferentes formas de construcción jurídica, académica y cultural de atravesamiento de la locura como un fenómeno que en el marco de lo discursivo plantea al observador la necesidad de explicaciones nosológicas y de abordajes conceptuales, pero también de modalidades de tratamiento. Podemos afirmar que los contextos geopolíticos propician y adecuan determinados “modelos de locura” como Read et al (2006) denomina en término genérico a aquellos discursos que no son sólo aquellos que se recogen dentro de paradigmas específicos para dar cuenta del fenómeno general de la locura, sino también aquellos patrones sobre los cuales se define que un cuadro sintomático responde o no a una “patología” determinada. Lo que hemos encontrado en Cali es una difusa línea del tiempo con la que podría delinearse el paso del “loco” –con o sin nombre- al de enfermo mental con nombre, pero también – y sobre todo- con número de Historia Clínica hospitalaria.

Es posible decir con Jelin (2002) que las construcciones jurídicas, académicas y culturales se convierten en sentidos específicos sobre el mundo, los fenómenos y las cosas, que se construyen, cristalizan o transforman en interrelación dialógica con otros que pueden compartir y confrontar las experiencias y expectativas en lo individual y lo grupal. Esta autora explicará que:

“Estamos hablando de procesos de significación y resignificación subjetivos, donde los sujetos de la acción se mueven y orientan (o se desorientan y se pierden) entre <futuros pasados> (Koselleck, 1993), <futuros perdidos> (Huysen, 2000) y <pasados que no pasan> (Connan y Rousso, 1994) en un presente que se tiene que acercar y alejar simultáneamente de esos pasados recogidos en los espacios de experiencia y de los futuros incorporados en horizontes de expectativas. (...) Nuevos procesos históricos, nuevas coyunturas y escenarios sociales y políticos, además, no pueden dejar de producir modificaciones en los marcos interpretativos para la comprensión de la experiencia pasada y para construir expectativas futuras. Multiplicidad de tiempos, multiplicidad de sentidos, y la constante transformación y cambio en actores y procesos históricos, éstas son algunas de las dimensiones de la complejidad (Jelin, 2002: 13).

González Rey (2008) afirma que no es posible abordar asuntos ligados a las representaciones sociales en espacios de acción compartidos por fuera o dentro de la institucionalidad, descartando a los sujetos como portadores de sentidos subjetivos diferenciados, que “representan un momento activo de contradicción, resistencia y cambio en estos espacios” (p.239). Este autor se ubica en la perspectiva de un sujeto psicosocial cuya subjetividad es del orden de lo sociohistórico y “abre nuevas opciones para el desarrollo de las representaciones sociales” (González Rey, 2009: 227). En ese orden de ideas, la subjetivación se concibe como el tránsito mediante el cual los sujetos socio-históricos construyen una narración de sí mismos y de sus contextos, acopiando repertorios colectivos de verdad a partir del discurso social. Estos repertorios establecen un interdiálogo con las circunstancias, deseos y formas particulares de agenciamiento de la realidad de cada sujeto en los diferentes escenarios donde desempeñe su rol social.

También respecto a la subjetividad, Terol R. (2013) hace referencia a la obra de Foucault, para decir que la misma compone una historia crítica de las subjetividades, en que se investigan las prácticas y discursos mediante los cuales el individuo se constituye sujeto <de y a> determinados saberes y poderes que le impelen a ser lo que es, pero también “a descubrir la posibilidad siempre abierta de nuevos modos de ser del hombre” (p.274). Ello implica el reconocimiento de un sentido subjetivo ligado a producciones simbólicas y emocionales que pueden reconfigurarse en los escenarios socio históricos de las actividades humanas; pero que se resguardan fuertemente en la historia misma del sujeto y del tiempo-espacio en donde éste transita su existencia. Así, “la definición de subjetividad, que no se restringe a los procesos y a las formas de organización de la subjetividad individual, sino que implica la definición de una subjetividad social” (González Rey, 2008:233).

Lo anterior nos permite afirmar que en la subjetividad encontramos un entramado de condiciones de sumisión y resistencia, que en su tensión permiten definir la identidad del sujeto. Es por ello que un sujeto no puede ser explicado por fuera de los procesos de individuación y socialización que su urdimbre subjetiva genera; esto es válido tanto para ese sujeto en el plano de lo individual, como para los grupos humanos en el plano de lo colectivo (Spivak, G., 1999; Dube, 2001; Terol, 2013 y Vignale 2014).

Cali la tuvo a ella, a Jovita, la que marca un hito, la que representa parte de la historia cultural y la identidad jocosa, festiva, colorida y rumbera de una ciudad. Ella: la loca, la reina a quien la ciudad rinde homenaje con un amigable y colorido monumento; ubicado en la calle más famosa de Cali, en medio del parque de los estudiantes, entre la sede inaugurada en 1942 del colegio más antiguo de la ciudad, nacido con el Estado Republicano, y la sede del primer hospital infantil de la región<sup>163</sup>. Pero también la que transitó otra época, la del llamado Cali-Viejo y que fue buenamente mirada por quienes ostentaban el poder económico, cultural, político y mediático de la ciudad en donde fue migrante.

Koselleck, plantea que la historia, directa o indirectamente, trata sobre las experiencias propias o de otros; a las cuales debe otorgarse especial valor, pues: “se trata de un proceso de maduración cuyo sujeto o sujetos sólo se descubren en la reflexión sobre el propio proceso sin que éste se haga determinable” (Koselleck 1993, 140). Para este autor, hay tres modos de adquirir experiencias: a) una relacionada con el asombro, con la sorpresa y que por tanto supone el cambio de perspectiva sobre el objeto de estudio. Algo que ocurre por azar, que se descubre desde la contingencia, permite el descubrimiento de una nueva realidad, de una nueva relación o de un nuevo dispositivo, que nos impele a buscar otra interpretación de aquello que suponíamos distinto, aquí tenemos como ejemplo la experiencia personal; b) aquel modo que se encuentra relacionado con la repetición, esa experiencia que puede ser reconocida sólo si retorna como parte del andamiaje que estamos construyendo, de la interpretación posible que estamos configurando de una realidad o de un hecho; y es entonces cuando “cada fragmento que convertimos en fuente con nuestras preguntas, nos remite a una historia que es algo más o algo menos que el propio fragmento y, en todo caso, algo distinta” (Koselleck, 1993:99), un buen ejemplo de esta forma de experiencia es la generacional; y c) la experiencia a largo plazo que “desplaza las experiencias generacionalmente asentadas o adormecidas” (Koselleck, 2001:53) y que ocurre en la reflexión histórica, cuando miramos un acontecimiento bajo la óptica de sus antecedentes y de sus consecuencias.

El periodo comprendido entre los años 1970 y 2000, se caracterizó por un viraje de los discursos sociales de occidente sobre la denominada “anormalidad”, que terminaron

---

<sup>163</sup> El 17 de noviembre del año 2014, el periódico local El País, publicó un artículo titulado en el que menciona que la primera historia clínica del Club Noel data de 1933 y el primer hospitalizado de 1936..

traduciéndose, por ejemplo, en nuevas formas de abordar la locura, en la necesaria búsqueda de respuestas sobre el lugar social que habría de darse a los sujetos que la padecen, e incluso en nuevas formas de denominarlos acuñando para ello términos propios de las comunidades médicas<sup>164</sup>.

Aunque vale repetir que el cambio de denominaciones no necesariamente incide en la producción de una evolución conceptual que permita a la población entender de otra manera las condiciones del padecimiento psíquico, sí es importante decir que a los cambios en las nominaciones y clasificaciones siguen una cantidad de procesos paulatinos que serán los que finalmente inciden en la implantación de una nueva mirada.

---

<sup>164</sup> De la locura a la enfermedad mental, luego al trastornos mental y posteriormente al padecimiento psíquico. Y del loco al paciente.

## CONCLUSIONES

En esta tesis se ha dado cuenta de un ejercicio en el que historiar los discursos y las prácticas legales y disciplinares sobre locura y enfermedad mental en Cali (1970 -2000) ha implicado compartir la ruta conceptual no sólo con autores que han realizado estudios historiográficos en Europa y América Latina sobre la locura, la psiquiatría y la reclusión psiquiátrica, sino también con autores que desde otras disciplinas han desarrollado y estudiado asuntos tales como la subjetivación, las representaciones sociales, la subalternidad, la memoria y la identidad. Además, nos hemos encontrado con la necesidad de articular a los discursos legales y disciplinares otros que han resultado predominantes, emergentes o subalternizados, pero que logran tener una importante incidencia en el abordaje de los sujetos que presentan condiciones profundas del padecimiento psíquico en la ciudad.

Lo que encontraremos en este aparte final del documento es – en primer lugar- un proceso de síntesis, teniendo en cuenta los tres objetivos que soportaron el proceso investigativo; acto seguido se hará mención de los alcances que pueden tener trabajos de este tipo en la conceptualización, comprensión y abordaje de la actualmente denominada “enfermedad mental”, pero sobretodo de los sujetos que a quienes se le ha diagnosticado. Para terminar se proponen investigaciones que de aquí puedan derivarse.

En el proceso de conocer los discursos disciplinares vigentes sobre la locura y la enfermedad mental, identificando sus polifonías, superposiciones, intersecciones e intercepciones y las tensiones existentes de los mismos, nos hemos encontrado con que ciudades como Cali se han resistido, desde un callado pero casi resuelto desacato, a los procesos de psicoeducación propuestos desde psicologías dóciles y por ello es posible que aún persista en sus habitantes la idea de un ciudadano que no se encuentre dentro del estándar planteado como normalidad, y que aun así haga parte del sistema social de relaciones. Por ello es posible también que los ciudadanos en condición de diagnóstico salgan de los procesos de hospitalización propuestos por la ley y desarrollados por el sistema de salud pública, para buscar en el medio externo otras respuestas posibles por fuera del campo “psi”. La yerba, el santo, la deidad, el conjuro, el bebedizo o el exorcismo, son prácticas alternativas, discursos vigentes que sucumben al olvido propuesto por la ciencia médica, que dan cuenta de que los

asuntos relacionados con la locura no están por fuera de muchos sincretismos culturales reconocidos en nuestra historia local.

En esa combinación de sentidos diversos, encontramos que la Cali de las últimas tres décadas del siglo XX, es una ciudad en donde los discursos y tratamientos de locura parecen tener un carácter connivente para quienes conforman el grueso de la población, aunque puedan encontrarse personajes aislados con una postura subjetiva en mayor condición dialógica con discursos propios de la hegemonía psiquiátrica para el tratamiento de su estado. Pero lo que es posible evidenciar para la época, es la existencia de personas que por su condición subjetiva son diagnosticadas con alguna de las “enfermedades mentales” identificadas en el D.S.M. y que a partir del diagnóstico se inscriben en una forma precisa de tratamiento médico psiquiátrico, sin que ello impida que también acojan como posible el discurso mágico y/o el apoyo religioso.

En la época, y sobre todo en las décadas anteriores a los años 90's, encontramos también personas que no han sido sometidas a diagnóstico alguno y son habitantes, transeúntes o cotidianos visitantes de iglesias, universidades, cafés, parques y/o eventos comunitarios, en donde terminan siendo considerados como actores sociales que entregan una impronta particular a los espacios, volviéndose incluso parte de la identidad de los mismos. Son personajes con una identidad tan significativa que logran incluso esquivar el impacto de las actuales representaciones sociales sobre locura.

Respecto a los eventos, políticas y tendencias epistemológicas que operan en los cambios discursivos y en las prácticas de tratamiento del “enfermo mental”, se hizo aquí el abordaje de referentes normativos y discursos universitarios desde las disciplinas “psi” y otras relacionadas; además se hizo la necesaria referencia a los visibilizados y los modelos de abordaje a partir de algunas formas específicas de la moralidad, la fe, el sistema de creencias o de las otras éticas que iban abriéndose paso en los discursos disciplinares y en los modelos mismos de ciudad. Al respecto se encontró que, las lógicas racionales propias del aparataje legal propuesto por el Estado y puestas en práctica dentro de los proyectos en las comunidades, no necesariamente se cristalizan en las dinámicas sociales, cuyas pautas de acción, sentidos y cargas de valor, suelen ser más profundas y estables. Se encuentra una

coexistencia entre diversas perspectivas etho-políticas que parecen subalternizadas, pero que en realidad se ponen más allá de las lógicas de dominación, como lo expresaría Mignolo (2000).

Es en lo disciplinar y lo legal en donde se evidencian modificaciones rotundas en los discursos y algunas prácticas que inciden en el abordaje de la locura. También puede decirse que en una época en la que confluyeron diferentes lógicas: el encierro, la hospitalización, la medicación del sujeto para el silenciamiento de los síntomas, el abordaje comunitarista, el psicoanálisis, el construccionismo social, la cognición y los discursos asociados a los derechos humanos, van tomando su lugar en el concierto de los tratamientos de la hoy denominada “enfermedad mental”.

No se trata de abordajes o perspectivas que hayan arribado al discurso y la praxis sobre la locura, en un proceso que haya presentado una continuidad específica; aun cuando es posible afirmar que en Cali las propuestas relacionadas con el de hospital día y algunas fórmulas cercanas a modelos de salud mental comunitaria, son las propuestas que cierran el siglo. Lo anterior sucede mientras las comunidades científicas internacionales y nacionales insistían aún en la pregunta por las causas y la efectividad o no de los tratamientos existentes para la entidad nosológica construida bajo el nombre de: “esquizofrenia” y mientras las colectividades sociales aún persisten en sus propias elaboraciones culturales sobre la locura y los trastornos mentales.

Sobre la forma en que los discursos específicos relacionados con la antipsiquiatría, los derechos humanos, el comunitarismo, la emancipación, las ciencias críticas, el construccionismo social, el psicoanálisis y otros, han incidido en la forma particular de posicionamiento de tratamientos relacionados con la salud mental en la ciudad de Cali; es posible afirmar que el avance consiste en la irrupción de perspectivas relaciones con la inclusión social, que para ese entonces seguían estando fuertemente vinculadas con el ideal de la asimilación cultural y la posibilidad de que los sujetos en condición de enfermedad mental pudieran constituirse como agentes activos respecto al aprovechamiento de los proyectos y procesos que el Estado y las O.N.G’s ponían a su disposición. Esto implica un discurso que avanza en la visibilización del sujeto, aunque la mirada sobre el mismo se

encuentre mediada por los lentes del universalismo, de la jerarquización social, y con un débil acercamiento aún a la pluralidad.

El último capítulo de éste documento finaliza con las lógicas discursivas que comienzan a tomar fuerza con el cierre del siglo, momento en el cual nos encontramos con el florecimiento de las lógicas comunitarias, en donde son las disciplinas y las políticas públicas las que insisten en volver a llevar al “loco” - esta vez pensado como “enfermo mental”- a su casa, a los espacios propios de su comunidad, al restablecimiento de los vínculos sociales.

Por esa misma calle -la 5ª – recorriendo pocos kilómetros hacia el sur de donde se ubica el monumento a Jovita, se encuentra el actual Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, que ha cambiado de nominación muchas veces (desde el asilo al hospital, pasando por lo manicomial). Hay seis kilómetros de distancia entre el lugar en donde se evoca a Jovita, la reina de Cali, la del centro histórico, la engalanada; y el centro hospitalario especializado en la atención de los actuales pacientes con diagnóstico de enfermedad mental. Mientras Jovita se constituía en uno de los íconos de ciudad, en interior del hospital pacientes internados peregrinaban por el sinuoso camino de su locura, circulaban algunos por los pasillos y aquellos más peligrosos eran inmovilizados, atados no sólo a la prisión de su diagnóstico, sino también a algún lugar en donde pudieran vivir su agitación y desahogar sus gritos sin incomodar con ello al ciudadano fuera del muro.

Esa ciudad de los años 60's y 70's del siglo XX, con gran apertura a las artes, la cultura y el ritmo, se había permitido la licencia de vérselas de frente con la locura; pero no con todos, ni con cualquiera. Los locos emblemáticos, los que han dejado una impronta en la historia cultural de esa Cali, fueron aquellos que no sucumbieron a la invisibilidad detrás del muro, pero también fueron aquellos que pudieron ser validados en su existencia, en su deambular y en su tránsito por el delirio.

No podremos decir que los años 70 del siglo XX en Cali, representan un tiempo de inclusión social de la locura, pero si podemos afirmar que algunos “locos” lograron ser integrados en el discurso cotidiano y en el devenir de esa ciudad que se modernizaba. Podemos afirmar que en ello incidieron las lógicas provinciales de la ciudad, pero también el

lugar que sujetos como Jovita, Guerra y Batata lograron ocupar gracias a los espacios por donde transitaban. No sucedió lo mismo con el loco del barrio pobre, de él no se tiene mayor referencia, aunque los habitantes de dichos sectores puedan recordar, en espacios tal vez lejanos de su memoria, a la loca de los tarros, la de la cara colorada, el loco violento y algunos con nombres o apelativos que no correspondían al de bautismo, pero que les iban siendo asignados, de alguna manera, para notificar su existencia.

Como lo manifiesta Geertz, C (1987), la cultura se fundamenta en “estructuras de significación socialmente establecidas en virtud de las cuales la gente hace cosas...” (p. 26). Este autor sostiene que el ethos es la expresión de una forma de vida que viene dada por cierta visión del mundo y se refiere a los aspectos morales y estéticos de una cultura determinada. En ese sentido se puede señalar que el ethos de Cali con respecto a la locura, convoca sentimientos, recuerdos y narraciones que no hablan de un sujeto excluido o puesto en el margen; sino que aparecen en los relatos de ciudad, sujetos “locos” que hicieron parte de la vida cotidiana de los ciudadanos, que ingresaron en el sistema de símbolos de la ciudad, para darte sentido a sus experiencias vitales.

Para Geertz el concepto de cultura está relacionado con un conjunto de significados que han sido transmitidos históricamente dado que han podido traducirse en símbolos, en “un sistema de concepciones heredadas expresadas en formas simbólicas por medio de las cuales los hombres se comunican, perpetúan y desarrollan su conocimiento de la vida y sus actitudes con respecto a ésta” (Geertz, C. 1987:89). Al respecto hemos dicho que en barrios de la ciudad de Cali, pero también en algunos municipios y ciudades pequeñas de la época, fue posible hacer otro tipo de relato sobre sus propias dinámicas de relación, lo que tendremos que denominar como “locura” más que como enfermedad mental.

Hemos afirmado que no siempre el “loco” era relacionado con la indigencia y la marginalidad, sino que en muchas ocasiones, podía adquirir la dimensión de personaje socialmente relevante de su pueblo o territorio, y hemos insistido aquí en poner a éste personaje en el plano significativo de “la locura”, pues esta, aunque enigmática, termina siendo menos lejana para la ciudadanía. La “enfermedad mental” en cambio, es algo que le sucede al otro, que ya es enigmático, pero de cuya entidad sólo sabe un facultativo específico. Así, es

como si el “enfermo mental” terminase siendo acogido en un carácter protector desde el higienismo del lenguaje en salud pública, pero desprovisto ya de significados cercanos al campo de comprensión de su comunidad, expulsado de la cadena de significantes conocida por los suyos.

Con respecto a la historia social de la locura, se reconoce cada vez más y con mayor firmeza, la necesidad de afianzar el conocimiento de los procesos locales, que también han sido opacados por obras científicas y literarias que se han constituido tradicionalmente como el marco explicativo desde el cual se hace la lectura de los abordajes de la locura. Esto ha introducido un carácter universal a la comprensión de los tratamientos y discursos sobre locura y enfermedad mental, que pueden llegar a reñir en sus formas y dinámicas con los desarrollos particulares en escenarios locales específicos.

Propuestas de investigación relacionadas con el tema y que podrían contribuir a los estudios pendientes sobre el desarrollo local de la Locura y la enfermedad mental en Cali, está asociado a la historia del tratamiento, teniendo como fuente las historias clínicas hospitalarias, a las diferentes rutas de tratamiento que hacen los sujetos diagnosticados y sus familias luego del diagnóstico; a la historia de los “locos del barrio” durante el denominado Cali Viejo, a la relación existente entre los hospitales de Cali y los centros de reclusión de orden manicomial existentes en Pasto y Sibaté para la época, a la relación entre el espacio urbano y la locura, estudios sobre los discursos y el tratamiento relacionados con el género, la historia de las lobotomías en la ciudad, la locura y la perversión respecto a la historia de las salas de inimputables, pero también al personaje denominado “el monstruo de los mangones”, y las historias sobre destierro como una lógica de acción posible sobre la locura, desde la perspectiva del ornato y aseo de la ciudad.

Pero por lo pronto, con este documento, cerramos el siglo allí donde las disciplinas y las leyes piden a las comunidades que vuelvan a abrir sus puertas a ese que alguna vez ellas mismas asumieron como objeto de encierro. Se pasa de un discurso fundamentado en el higienismo social de la ciudad, a otro instalado en el marco del derecho y forzado por la vehemencia de los movimientos que defienden diversos tipos de inclusiones sociales; no obstante, sigue siendo sinuoso el camino por el que debe transitar la salud pública para asumir

ese desafío, porque aun las familias y las comunidades que sabían qué era un loco, no saben qué es un trastorno, ni qué hacer con ello.

Es posible afirmar que la década de los setenta del siglo XX se caracteriza, en términos de la salud mental, por una visión basada en el enfoque biopsicosocial de la salud pública, pero no es posible sostener que el ideal de equilibrio o de integración entre las esferas biológica, social y psicológica haya podido sostenerse en las diversas praxis. De la misma forma, puede sostenerse que la década de los 80's, muestra una tendencia más marcada hacia la psiquiatrización de las "anormalidades" y se hace una mayor apertura a la hospitalización como recurso posible en su abordaje, pero el imaginario de lo manicomial, junto con estrategias médicas de tratamiento, tales como la terapia electro convulsiva hacían que la atención en el medio hospitalario resultase una pavorosa alternativa. Para la década de los 90's encontramos con mayor fuerza la confluencia en lo local de muchos discursos sobre la locura, cuya multiplicidad no se basaba sólo en la dificultad que los especialistas y las políticas públicas tuvieron para anidar su verdad en una ciudad diversa, sino también en unos relatos previos de ciudad, en los que el loco no necesariamente fue confinado a la exclusión, al encierro o sometido a la burla, en los que fue posible reconocerlo en su condición de habitante de ciudad y habitado de locura.

Este texto se constituye claramente, por lo menos para la autora, en un punto de partida que culmina preguntándose si la configuración espacial actual de la calle 5ª de la Ciudad de Cali, no podría estudiarse posteriormente como una vía que también da cuenta del tránsito de la locura y de los diversos hitos históricos que han incidido en la compleja relación que en la actualidad tenemos con quienes la comportan.

## BIBLIOGRAFÍA

### LIBROS

- Abad Gómez, H. (2012 [1987]). Fundamentos Éticos de la Salud Pública. Corporación para la Educación y la Salud Pública. 2ª edición. Colombia: Universidad de Antioquia.
- Álvarez-Uría, F. (1983). Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX, Barcelona: Tusquet
- American Psychiatric Association. (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM IV). Barcelona: Masson.
- Ander-Egg, E. (2001). Métodos y Técnicas de Investigación Social. Acerca del conocimiento y del pensar científico. Buenos Aires: Lumen
- Auge, M. (2000). Los no lugares. Espacios del anonimato. Una antropología de la Sobremodernidad. Gedisa Editorial: Barcelona
- Baczko, B. (1999). Los imaginarios sociales. Buenos Aires: Nueva Visión
- Basaglia, F. (1972). La institución negada: informe de un hospital psiquiátrico, Segunda edición. Buenos Aires: Barral Editores S.A.
- \_\_\_\_\_. (1977). ¿Qué es la psiquiatría? Barcelona: Ediciones Guadarrama.
- Becerra, Á. (2005). El penúltimo sueño. Barcelona: Editorial Planeta S.A.
- Benavides S., F. (2012). Curanderismo en Bogotá: Entre la “razón” y la “sinrazón”. Tesis de grado. Departamento de Antropología Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- \_\_\_\_\_. (2016). Entre la razón y la sinrazón. ¿Enfermedades mentales o males del alma? Bogotá: Editorial U. Santo Tomás
- Berger P. y T. Luckmann (1986). La construcción social de la realidad (Cap. III). Buenos Aires: Amorrortu
- Bleuler, E (1950). La demencia precoz y el grupo de las esquizofrenias. New York: Universidad Internacional de Nueva York.
- Botero N. (2009). Nos Hicimos a pulso. Memoria de los hijos de los enfermos de lepra, en el Lazareto de Contratación, Santander. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Bruner, J. (1998). Actos de significado: más allá de la revolución cognitiva. Madrid: Alianza
- Burke, P. (2009). Obertura, la nueva historia, su pasado y su futuro. En: Formas de Hacer Historia. Barcelona: Alianza Editorial.
- Castañeda, S. (2005). Una genealogía del racismo en Colombia: continuidades y discontinuidades del siglo XIX al XX. En: Castro, Santiago (ed.), Pensar el siglo xix: cultura, Biopolítica y modernidad en Colombia, Pittsburgh, IILA, Bogotá: Instituto de Estudios Sociales y Culturales -Pensar
- Castro C., B. (2007). Caridad y Beneficencia. El tratamiento de la pobreza en Colombia 1870-1930. Bogotá: Universidad Externando de Colombia.
- Castro-Gómez, S. (2005). Pensar el siglo XK. En: Castro, Santiago (ed.), Pensar el siglo xix: cultura, Biopolítica y modernidad en Colombia, Pittsburgh, IILA, Bogotá: Instituto de Estudios Sociales y Culturales Pensar.
- \_\_\_\_\_. (2009). Tejidos oníricos: movilidad, capitalismo y biopolítica en Bogotá (1910-1930), Bogotá: Universidad Javeriana-Instituto Pensar.
- Cobo, C. E., et al. (2006). Estudio del componente “Atención y Rehabilitación de pacientes con Trastorno Mental Mayor” del Proyecto Salud Mental Comunitaria a la luz de la Gerencia Social. Tesis de Grado. Cali: Pontificia Universidad Javeriana,

- Cochrane, R. (1995). *La creación social de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Comelles, J. (1997). *De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual*. España: Departamento de Antropología Social y Filosofía. Universitat Rovira i Virgili.
- Comelles, J., Martínez Á. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad*. Madrid: Eudema
- Chatterjee, P. (2001). *La nación en tiempo heterogéneo y otros estudios subalternos*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Chakrabarty, D. (1999). *La poscolonialidad y el artilugio de la historia*. En Dube, Sayrabh (coord.) *Pasados poscoloniales*. México: El Colegio de México.
- Cruz, P.E. (1947) *Memoria de higiene*. Tomo 1. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Cuvardic G., D. (2012). *El flâneur en las prácticas culturales, el costumbrismo y el modernismo*. París: Éd. Publibook.
- Desjarlais, R., et al (1995). *Salud mental mundial. Problemas y prioridades en países de bajos ingresos*. Oxford: Oxford University Press
- Dube, S. (2001). *Sujetos subalternos*. México: El Colegio de México.
- Escobar, Juan Camilo. (2000). *Lo imaginario entre las ciencias sociales y la historia*. Medellín: Cielos de Arena
- Foucault, M. (1975). *Los anormales*. Fondo de cultura Económica.
- \_\_\_\_\_ (1976). *Historia de la locura en la época clásica, (original de 1961)*. México: Fondo de Cultura Económica.
- \_\_\_\_\_ (1990), *Tecnologías del yo*. En: *Tecnologías del yo y otros textos afines*, Barcelona: Paidós/ICEUAB: 45-50.
- \_\_\_\_\_ (2005). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- \_\_\_\_\_ (2007). *Nacimiento de la biopolítica*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1981 [1897]). *Manuscrito N*. En *Obras completas, Volumen III*. p. 3573-3575. Madrid: Biblioteca nueva
- \_\_\_\_\_ (1981 [1921]). *Psicología de las masas y análisis del yo*. En *Obras completas, Vol. III* pp. 2563-2610. Madrid: Biblioteca Nueva.
- \_\_\_\_\_ (1987 [1905]). *Tres ensayos de teoría sexual*. En *Obras completas, Vol. VII* pp. 109-224. Buenos Aires: Amorrortu
- Galende, E. (1998). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*, Buenos Aires: Paidós.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones: aproximación a la construcción social*. Barcelona: Paidós
- Geertz, C. (1987). *La interpretación de las culturas*, Gedisa, Barcelona
- \_\_\_\_\_ (1996). *Los usos de la diversidad y Anti-relativismo*. En: Geertz, C., *Los usos de la diversidad*. pp. 65-127. Gedisa Editorial: Barcelona.
- Guha, R. (2002). *Las voces en la historia y otros estudios subalternos*. Barcelona: Crítica
- Goffman, E. ([1956] 2000). *Rubor y organización social* En: Díaz, Félix (ed.) *Sociologías de la situación*. pp. 41 -58-, Madrid: Ediciones La Piqueta.
- Guzmán B., Á. (2012). *Ciudad y violencia. Cali en el siglo XX* En: Loaiza Cano, Gilberto (2012). *Historia De Cali Siglo XX*. Tomo II. Universidad Del Valle, p.327 - 373, 2012
- Halbwachs, M. (2004). *La memoria colectiva*, Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.

- Hernández, M. (1992). El derecho a la salud y la nueva Constitución Política colombiana. En: Cardona, A. (Comp.) *Sociedad y salud*. Bogotá: Zeus Asesores: 127-154.
- \_\_\_\_\_ (1997). *Proceso sociopolítico y salud en Colombia: 1958-1993*. En: Guerrero, J. (Comp.). *Medicina y salud en la historia de Colombia*. Tunja: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Archivo General de la Nación, Asociación Colombiana de Historiadores: 196-216.
- \_\_\_\_\_ (2003). El debate sobre la ley 100 de 1993: Antes, durante y después. En: Franco Agudelo, Saúl (ed.) *La salud pública hoy: Enfoques y dilemas contemporáneos*. Salud pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia: 463-479.
- Herrera, A. y Martínez, A. (1981). *Cotidianonegación. Razón de la locura y locura de la razón, desde el Hospital Siquiátrico de Boyacá*. Bogotá: Editorial La Oveja Negra Ltda.
- Huertas, R. (1998). *Neoliberalismo y políticas de salud*. Barcelona: El viejo Topo
- \_\_\_\_\_ (2005). *El siglo de la clínica. Para una teoría de la práctica psiquiátrica*. Madrid: Frenia.
- \_\_\_\_\_ (2004). *El siglo de la clínica. Para una teoría de la práctica psiquiátrica*, Madrid, Frenia.
- Ibáñez P., E.H. *Psiquiatría para recordar*. Editora Venográfica CA. Caracas, 1983.
- Infante, J. y otros (2007). *Hacia la sociedad del conocimiento*. México: Trillas.
- Jaramillo, I. (1999). *el futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993 cinco años después*. 4ª ed. Santa fe de Bogotá: Fescol, FES, FRB, fundación corona.
- Jervis, Giovanni (1972). *Crisis de la psiquiatría y contradicciones institucionales*. En Basaglia, F. *La institución negada: informe de un hospital psiquiátrico*, Segunda edición. Barral Editores S.A. Buenos Aires. pp 281 -302.
- Kraepelin, E. (1919). *Psiquiatría*, 8ª edición. Florida: Editorial Krieger.
- Koselleck, R. (1993). *Futuro Pasado. Para una semántica de los tiempos históricos*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- \_\_\_\_\_ (2001). *Los estratos del tiempo. Estudios sobre la historia*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Lozano J y Ardila S. (2008). *Marco legal y psiquiatría: el ejemplo colombiano*. En: Gómez C, Hernández et al. *Psiquiatría clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*, tercera edición. Bogotá: Editorial Médica Panamericana
- Martínez P., J. et al (2007). *La gestión de la locura: conocimiento, prácticas y escenarios: (España, siglos XIX-XX)*. Universidad de Castilla. La Mancha
- Mignolo, W. (2000). *Historias locales/diseños globales: colonialidad, conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo*. Madrid: Akal
- Moica P., L. C. (2012). *Administración de servicios de salud mental en Colombia*. Tesis. Programa: Especialización en Administración en Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá
- Mora, J. (2015). *Caracterización etnográfica del hospital Psiquiátrico San Isidro analizado bajo el concepto de Institución Total: El caso de la sala siete*. Tesis. Programa Académico de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, Universidad del Valle. Santiago de Cali
- Mora, D. L. (2013). *Revisión de Orden Político y Jurídico con respecto de la Salud Mental de Colombia*. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública. Bogotá

- Obregón, D. (2002). batallas contra la lepra: estado, medicina y ciencia en Colombia. Medellín: banco de la república/EAFIT.
- Ortega; F. A. et al (2004). La irrupción de lo impensado: cátedra de estudios culturales Michel de Certeau. Cuadernos pensar en público. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Palomo, T. et al, editores (2009). Manual de psiquiatría. Madrid: Ene Life Publicidad S.A.
- Peset, J.L. (1983). Ciencia y marginación. Sobre negros, locos y criminales, Barcelona: Editorial Crítica.
- Porter, R. (1989). Historia social de la locura. Barcelona. Ed. Crítica.
- \_\_\_\_\_ (2003). Breve historia de la locura. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ríos M., A. (2003). La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros E años del Manicomio General La Castañeda, 1910–1920. Colegio de México, 255 pp.
- Rosselli Q., H. (1968). Historia de la Psiquiatría en Colombia. Tomo I. Edit. Horizontes, Bogotá.
- \_\_\_\_\_ (1987). El profesor Maximiliano Rueda Galvis: Primer psiquiatra Colombiano. En: La locura de Epifanio y otros ensayos. Bogotá: Ediciones Tercer Mundo, 1987. pp. 182-196.
- Santamaría, E. (2002). La incógnita del extraño. Una aproximación a la significación sociológica de la “inmigración no comunitaria”. Barcelona: Anthropos
- Scheff, T. J. (1973). El rol del enfermo mental, Buenos Aires: Amorrortu.
- Spivak, G. (1999). Los Estudios Subalternos: la deconstrucción de la histografía. En Carbonell, N. et al (Comp.), Feminismos literarios. Arco, Madrid. 1999 (pp. 265-290).
- Vygotsky, L. (1987). Pensamiento y lenguaje: Teoría del desarrollo cultural de las funciones psíquicas. Buenos Aires: La Pléyade
- Weiner, Dora B. (2002). Comprender y curar. Philippe Pinel (1745–1826). La medicina de la mente, México: Fondo de Cultura Económica.
- Wieviorka, M. (2002). La diferencia cultural como cuestión social. En: Razas en conflicto. Perspectivas sociológicas, Eduardo Terrén Comp. Barcelona: Anthropos.
- Winnicott, D. W. (1984). La familia y la madurez emocional (1960). En: La familia y el desarrollo del individuo. (pp. 117-124). Buenos Aires: Hormé

## REVISTAS Y OTRAS PUBLICACIONES SERIADAS

- Abram, S. (1999). Posicionamiento de los profesionales que trabajan en las bibliotecas especializadas en la post-era de la información. Revista de Tecnología de la Información N° 4. Año 1: 34-38. Maracaibo: Biblio Service. C.A.
- Alarcón, R.D. (1985). Hacia una identidad de la psiquiatría latinoamericana. Rev. Neuro-Psiquiatría, N° 48 (1985): 81-100
- Andrade, J. (1973). Problemas y perspectivas de la planificación de recursos humanos para la salud en la América Latina. Educación Médica y Salud, Volumen 7 N°. 3-4: 253-264.
- Arango-Dávila, C. (2012). Aspectos conceptuales de la enseñanza de la psiquiatría en Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría, Vol. 41. Suplemento 1, pp. 11-21.
- Ardila G., S. (2010). La salud mental a la luz de la Constitución colombiana: análisis de algunas sentencias de la Corte Constitucional, 1992-2009. Revist. Colombana de Psiquiatría, Vol. 39. N°. 3. pp. 493 a 509

- Arrivillaga, M. y Collazos, J. (2009). Salud Mental y Salud Pública: Reflexiones para introducir un debate olvidado. En Cuadernos del doctorado N°. 9. Salud mental: problema y reto de la salud pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Barriga, J. (1871). Asilo de Indigentes: visita del Gobernador del Estado, Bogotá, 30 de septiembre de 1871. En: Revista de los Establecimientos de Beneficencia. Bogotá: Año 1, N°. 17 (dic): 270-273.
- Benavides S., F, L, (2009). Concepciones y prácticas sobre la enfermedad mental en Colombia. Siglos XVI al XXI. En: Principia Iuris. N°. 12, Julio 2009. Universidad Santo Tomás. p. 23
- Botero, N. et al. (2015). La lepra en Colombia: estigma, identidad y resistencia en los siglos XX y XXI. Revista Salud Bosque 2015; 5 N°. 1 pp. 67-80
- \_\_\_\_\_ (2017). Tratamiento de la enfermedad de Hansen en Colombia: medicalización y control de la enfermedad a lo largo del siglo XX. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 2017; 35 N°. 3 pp. 358-368.
- Bottasso, O. (2017). Malaria para la Sífilis: Una Historia donde la Beneficencia traspasó sus Límites. Rev. Méd. Rosario N°. 83: 7-9, 2017. Argentina.
- Campo C., G. (2005). Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle: 50 años de historia. Revista Colombiana de Psiquiatría, Asociación Colombiana de Psiquiatría. Vol. XXXIV, núm. 4, 2005: 482-489. Bogotá, D.C., Colombia
- Caldas de Almeida J.M. (2005). Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de Salud Pública. 2005. Vol- 18 Nos. 4 y 5 pp. 314-326
- Climont, C. E., y Arango, M. V. (1981). Atención primaria de salud mental en América latina: El programa de Cali. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 27 N°. 4-5), 257-274
- Comelles, J., M. (2018). Entre ver, escuchar y sentir. Narrativas etnográficas entre la medicina y la antropología. Átopos, N°. 19. mayo 2018
- Comité de Políticas Públicas de la Asociación Colombiana de Psiquiatría (2008). Política Nacional del Campo de la Salud mental: entre el escepticismo y la esperanza (editorial). Revista Colombiana de Psiquiatría. 37 N°. 3.
- Cruz M., O. M. (2016). Pensar, practicar y escribir: la revista colombiana de psiquiatría y la historia de la psiquiatría colombiana en la segunda mitad del siglo XX. Rev Colomb Psiquiat. 2016; 45 N°. 4 pp. 245-252
- Darnton, R. (1995). Historia y antropología. En: Hourcade, E. et al (comps.), Luz y contraluz de una antropología histórica, pp. 99-118. Editorial Biblos: Buenos Aires.
- De la Mata Ruiz, I. y Ortiz A. (2007), La colonización psiquiátrica de la vida, Archipiélago: Cuadernos de crítica de la cultura. N°. 76. pp 39- 50
- Derito, M. (2006). Breve consideración histórica sobre las nosografías psiquiátricas. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. Vol. 13, N° 3, noviembre de 2006 pp 67- 108
- Fajardo, J., y Solarte, Y. (2016). El laboratorio clínico en Colombia: orígenes, historia, nacimiento y desarrollo. Archivos de Medicina (Col), Vol. 16 N°. 2 pp- 393-409.
- Fuentes, N. (2007). El lugar de producción de la Historia: el sujeto histórico Michel de Certeau. Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura. Universidad Nacional de Colombia. N°. 34 pp.475-496.

- Galaz, C. (2012). El señuelo de la integración: Los procesos de diferenciación, subjetivación y subalternización en los dispositivos educativos para las mujeres inmigradas. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*. Vol. 6, N° 1, marzo - agosto 2012. pp 89- 103
- Galvis Castro, F. A. (2017). Reseña: Samuel Moyn (2015). *La última utopía: los derechos humanos en la historia*. Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana. *Estudios Socio-Jurídicos*, Vol. 19 N°. 1. pp 167-176.
- Giménez-Roldán, S. (2016). La parálisis general progresiva en 1880: Jaime Vera y su obra neuropsiquiátrica. *Revista Neurosciences and History*. Vol 4. No.3 pp: 83-93
- Ginzburg, C. (2010). *El hilo y las huellas. Lo verdadero, lo falso, lo ficticio*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, pp. 395-41
- Golcman A, A. (2012). Tendencias innovadoras en las prácticas psiquiátricas. Argentina, 1960-1970. *Rev Cienc Salud* 2012; Vol 10 N°. 3 pp 387-401.
- González de Rivera J. L. (1998). Evolución histórica de la Psiquiatría *Psiquis*, 1998; Vol. 19 N°. 5 pp 183-200
- González García, L. (2015). Constitución del sujeto como empresario de sí: modos de subjetivación en el neoliberalismo. *Nómadas* N°. 42. Abril de 2015. Universidad Central. Colombia
- Hernández P. et al (2014). *La Educación Superior en Colombia: Situación Actual y Análisis de Eficiencia*. Borradores de Economía. 2014; Vol. 808 No. 1 pp. 2-9
- Hernández, M. (2002). Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. Vol. 18 Nol. 4, Jul-Ago. pp. 991-1001.
- Huertas, R. (2001). Historia de la psiquiatría, ¿por qué? ¿Para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias, en Frenia. *Revista de Historia de la Psiquiatría*, Vol. i, N°. 1: 9–36.
- \_\_\_\_\_ (2017). Nido de víboras: en torno a los tratamientos biológicos en psiquiatría anteriores a los psicofármacos, *Átopos*, N° 3. Mayo 2017
- Huertas, R. y Campos, R. (2008). Los lugares de la locura: reflexiones historiográficas en torno a los manicomios y su papel en la génesis y desarrollo de la psiquiatría. *Arbor*, N°. 184 pp 471-480
- Huertas, R. y Desviat, M. (2017). Jean-Etienne-Dominique Esquirol. La construcción de la teoría y la clínica psiquiátrica. Introducción a la obra *Memorias sobre la locura y sus variedades*. *Átopos*, N° 3. Mayo 2017.
- Koselleck, R (2004). Historia de los conceptos y conceptos de historia. *Ayer* Vol. 53/2004 N°. 1 pp. 27-45
- Laviana, M. (2006). La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de Psicología*, Vol. 24 N°. 1-3 pp 345–373.
- León, C. A. y León, A. (1996). Curso clínico y evolución de la esquizofrenia en Cali. Un estudio de seguimiento de 26 años. *Salud Mental*. N°. 19 pp 12-35
- León, C.A. (1974). El duende y sus víctimas. *Acta. Psiquiat. Psicol. Am. Lat.* 20: 339-350.
- López, M. et al (2006). Los hospitales psiquiátricos en las reformas. Notas para orientar una investigación necesaria. Dos décadas tras la reforma psiquiátrica. *Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, pp 239–273
- \_\_\_\_\_ (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 28 N°. 101, pp 43– 83.

- Muñoz B., R. (1977). Mental, medical, and social problems of patients admitted to a psychiatric ward. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol 6 N°. 1, pp. 73-78.
- Novella, E. J. (2009). De la historia de la psiquiatría a la historia de la subjetividad, *Asclepio*, Vol. 61 N°. 2, pp 261-280.
- \_\_\_\_\_ (2010). La Higiene del Yo: Ciencia Médica y Subjetividad Burguesa en la España del Siglo XIX. *Revista Frenia*, Vol. X-2010, pp 49-74
- Noy, S. (2013). Las políticas de salud del Banco Mundial. *Revista de Ciencias Sociales* N°. 142, pp.75-85 / 2013 (IV)
- Orozco, G. (1986). 450 años de Medicina en Cali, Feriva. Cali.
- Ospina M., M. A. (2006). “Con notable daño del buen servicio”: Sobre la locura femenina en la primera mitad del siglo XX en Bogotá. En: *Antípoda: revista de antropología y arqueología*. N°. 2. P.303-314.
- Pinto, B. (2012). Los sistemas de salud mental: del modelo asilar a la promoción de derechos fundamentales. *Monitor estratégico*. N°. 2 Julio-Diciembre 2012.
- Pirela M., J. (2006). Un sistema conceptual-explicativo sobre los procesos de mediación en las organizaciones de conocimiento de la cibersociedad. *Revista Interamericana de Bibliotecología*, 2006, Vol. 29, N°. 1 pp103-122
- Plumed D. et al (2016). El tratamiento de la locura entre los siglos XIX y XX: los discursos sobre la cura en la medicina mental española, 1890-1917. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, Vol. 23, N°. 4, out.-dez. 2016, pp.985-1002.
- Ramírez, J. A. (2014). De algunas influencias alemanas en Colombia y su exhortación actual al psicólogo. *Pensando Psicología*, Vol 10 N°. 17, pp149-154.
- Rivera L., L. E. (2000). Psicología y psicopatología ciencia básica de la clínica mental. *Revista colombiana de psiquiatría*. Vol. .29, N°. 3: 261-274.
- Rodríguez, J. (2010). Imaginar la nación y experiencia democrática. *Diálogo sobre lo político, la modernidad y la comunidad imaginada*. El Almata No. 7. Puerto Rico.
- Rojas M., C. et al (2002). Historiografía de la psiquiatría latinoamericana. *Investigación en Salud*, Vol. IV, N°. 3, diciembre, 2002, México.
- Rosselli Q., H. (1999). Rodrigo A. Muñoz y la Psiquiatría Colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol. 28 N°. 3 Bogotá Julio/Septiembre. 1999
- Ruiz F., J. C., (2014). Albert Hofmann - Vida y legado de un químico humanista (Biografía del descubridor del LSD). Ed. La liebre de marzo. Barcelona
- Tickin, S. (1986). Una memoria personal de David Cooper. *Magazin Asylum*. Para psiquiatría demócrata. Vol.1 N°. 3.
- Uribe, C, A. (1998). El ritual y la «locura»: Psiquiatría y cultura en Colombia. En: *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. XXVII, N°. 1.
- \_\_\_\_\_ (1999). Creencias populares y enfermedad mental. En: *Boletín de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y Aexmun*, Vol. 9 N°. 2:25-28.
- \_\_\_\_\_ (2001). La controversia por la cultura en el DSM-IV. En Suárez Roberto (comp.). *Uniandes: Bogotá*, pp.117-149.
- \_\_\_\_\_ (2003). Magia, brujería y violencia en Colombia. En *Revista de Estudios Sociales*, Vol. XXXIV, N°. 2.
- Vásquez, M. (2018). El papel de la teoría de la degeneración en la comprensión de las enfermedades mentales, Colombia primera mitad del siglo XX. En: *Historia Social* N°. 34 pp. 15-39

Ximénez, D. (1942). Cinco Locos Bogotanos: Margarita, Pomponio, Cuchuco, Chivas y el Hombre Veloz. En Vida, Vol. 5, N°. 42. 1942: 12-14.

### **PRENSA, CATÁLOGOS, INFORMES**

Asamblea General de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Resolución 2200 de 16 de diciembre 1966).

Asociación Colombiana de Psiquiatría (2005). Política Nacional del Campo de la Salud mental: Fuerza impulsora del desarrollo del país y de la garantía de derechos.

Banco Mundial. (1993). Informe sobre el desarrollo Mundial. Washington. EE.UU: Banco Mundial.

Consejo Nacional de Política Económica y Planeación. (1961). Colombia: plan cuatrienal de inversiones públicas nacionales 1961-1964. Departamento administrativo de planeación y servicios técnicos - Bogotá.

Convenio de Cooperación Internacional 363 (2013). Modelo para la desinstitucionalización de personas con Trastorno Mental y larga estancia hospitalaria, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y Protección social en Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social – O. I. M.

De Memoria (2000). Memorias Proyecto de Salud Mental Comunitaria para el Distrito de Aguablanca. 1995-1998

González , R. (1992) Salud mental en la comunidad en América Latina. Ejemplo de Programas. En: Levav I, ed. Temas de salud mental en la comunidad. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1992, pp. 291-312

Hernández, J. (2001). La influencia de los organismos sanitarios internacionales en la organización de los servicios de salud en Colombia: 1960-1980. Informe de internado especial, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá

Hernández, M. (2002). Neoliberalismo y salud. Desarrollos, supuestos y alternativas. Ponencia 3 y 4 abril, Universidad Nacional de Colombia. En prensa. Bogotá.

Hernández, M. y Obregón, D. (2002). La OPS y el Estado colombiano: Cien años de historia. 1902-2002. En: Colombia 2002. Ed: O.P.S./O.M.S.

Jaramillo S., A. (1938) “Informe de los servicios de higiene del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social”. En: \_\_\_\_\_ Anexo a la Memoria del Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social Fascículo 1°. Bogotá: El Gráfico

Ley de Salud Mental. (2013). Ley 1616 de 2013. Diario Oficial.

Los sueños Palmiranos. Revista N0. 9 – Tomo V - Personajes Típicos De Palmira

Mejía, G. B. y Olivares, A. V. (1976). Programa de salud mental en el Sistema Nacional de Salud. Niveles de atención. Documento del Ministerio de Salud, División de Salud Mental. Bogotá.

Ministerio de la Protección Social, Fundación fes Social. (2005). Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia. Cali: Gráficas Ltda.

OPS. (2010). Conferencia Regional de Salud Mental “20 años después de la Declaración de Caracas.” Panamá.

OPS/OMS (1961). Salud, crecimiento económico y progreso social en la América Latina. Publicaciones Varias N° 68. Washington, D.C.: OPS/OMS.

OPS/OMS. (1990). Declaración de Caracas. In Declaración de Caracas. Caracas, Venezuela.

- Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra
- Política Nacional de Salud Mental. (1998). Ministerio de salud República de Colombia. Santafé de Bogotá, D.C, Colombia.
- Proyecto concerniente a la contratación 2004-2005 del Proyecto de Ampliación de cobertura en Salud Mental Comunitaria.
- Resolución 2358 de 1998, por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Ministerio de salud República de Colombia. Santafé de Bogotá, D.C, Colombia.

## **PONENCIAS Y CONGRESOS.**

- Ayala E. y Bonilla. R. (1910). Centenario en Cali. Compilación de los discursos pronunciados con motivo de la gran fecha: Imprenta Comercial de Cali. – Cali
- Constitución Política de Colombia (1991). República de Colombia. Bogotá: Unión Ltda.
- Crosa P., J. et al. (2009). Identidad Nacional y Estado exclusor: representaciones de la otredad y desigualdad de derechos. Quinta jornada de jóvenes investigadores. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Argentina
- Cruz, L.F. (1990). El sistema de salud pública de Cali En: FES-Fundación para la Educación Superior. Desarrollo de la Atención Primaria en Salud en grandes ciudades. FES: 133-146.
- De la Portilla, N. (2006). La psiquiatría de lengua española en el siglo XXI. En: Villaseñor Bayardo, Sergio Javier et al (2007). La psiquiatría en el siglo XXI: Realidad y compromiso. XIV Congreso del Instituto de Psiquiatras de la Lengua Española. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. Asociación Psiquiátrica de Jalisco, Guadalajara, Jalisco, México
- De la Portilla, N. y Rojas M., C. (2006). Bosquejo histórico de la psiquiatría en Carabobo. En: Villaseñor Bayardo, S.et al (2007). La psiquiatría en el siglo XXI: realidad y compromiso. XIV Congreso del Instituto de Psiquiatras de la Lengua Española. Centro Universitario de Ciencias de la Salud y Asociación Psiquiátrica de Jalisco. México
- León, C. (2000). “Reflexiones sobre la violencia”, en Memorias del VII Simposio Internacional de Actualizaciones en Psiquiatría, Colección Educación Médica, Vol. 31, Escuela Colombiana de Medicina.
- López, A. (1999). Congreso Internacional de Salud para Todos. Medellín, Colombia.
- López-Muñoz, F. et al (2000). “La década de oro” de la psicofarmacología (1950-1960): Trascendencia histórica de la introducción clínica de los psicofármacos clásicos. Congreso virtual de psiquiatría 1 de febrero- 15 de marzo de 2000. Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá, Madrid.
- Patiño, J. F. (1964). “Reorientación de la educación médica ante los problemas propios del país. El médico para Colombia”. En: Asociación Colombiana de Facultades de Medicina- Medicina y Desarrollo Social. Bogotá: ASCOFAME, Tercer Mundo: 29-36
- Restrepo M., J. (1974) “Características del médico para la comunidad en Colombia”. En: Asociación Colombiana de Facultades de Medicina- Medicina y Desarrollo Social. Bogotá: ASCOFAME. Seminario sobre objetivos de la educación médica para una medicina de la comunidad. Bogotá: ASCOFAME: 29-34
- Rosselli Q., H. (1993). Ponencia: Terapias psiquiátricas en Colombia antes de la era psicofarmacológica. IV Simposio Internacional de Actualizaciones en Psiquiatría. Bogotá, 19-21 marzo 1993

Sacristán, C. (2013). *Locura e incapacidad civil. Una reflexión historiográfica*. Instituto Mora (México) II Coloquio del Seminario Interdisciplinario en Salud Mental Miradas históricas a la psiquiatría y el psicoanálisis Xalapa, Veracruz, 9 al 11 de octubre de 2013

## WEBGRAFIA

- “Gonzalón', 'Perjuicios' y 'Tamayo', tres locos bogotanos del siglo XIX” 2008 sin fecha exacta, Recuperado el 10 de mayo de 2011 [http://www.eltiempo.com/colombia/bogota/gonzalon-perjuicios-y-tamayo-tres-locos-bogotanos-del-siglo-xix\\_4653746-1](http://www.eltiempo.com/colombia/bogota/gonzalon-perjuicios-y-tamayo-tres-locos-bogotanos-del-siglo-xix_4653746-1)
- “Locotá, años 40” tomado el 12 -05- 2011 Recuperado el 15 de noviembre de junio de 2016 de: [http://www.bogota.gov.co/portel/libreria/php/frame\\_detalle.php?h\\_id=30186](http://www.bogota.gov.co/portel/libreria/php/frame_detalle.php?h_id=30186)
- Alazraqui, H. (2017). Historia de la Psiquiatría: el caso del dispositivo de Hospital de Día. *Revista Científica*. Vol. 22, N°2, 2017. 8 de noviembre de 2015 [http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/4333/Historia\\_Alazraqui.pdf?sequence=1](http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/4333/Historia_Alazraqui.pdf?sequence=1)
- Ardón-Centeno, N. y Cubillos-Novella, A. (2012). La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*, 11 (23): 12-38, julio-diciembre de 2012. Recuperado el 15 de enero de 2018 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v11n23/v11n23a02.pdf>
- Arenales, R. (2016). Jóvita Feijoó, la Reina de Cali. *Semanario Voz*. Bogotá, 29 enero, 2016 Recuperado el 10 de octubre de 2018 de <http://semanariovoz.com/jovita-feijoo-la-reina-de-cali/>
- Arteaga, C. (1997). Un colombiano Presidente de la Asociación Psiquiátrica Americana. Entrevista con el Dr. Rodrigo Muñoz. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. XXVI, No. 2, 1997. <http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2012/04/VOL-26/2/Entrevista%20UN%20COLOMBIANO.pdf>
- Bandin, C. y Lora, M. E. (2008). Un abordaje desde el psicoanálisis sobre el Déficit Mental. *AJAYU*, 2008, Vol VI, N° 2. Recuperado del 21 de noviembre de 2018 de: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v6n2/v6n2a1.pdf>
- Calderón Molano, V. (1971). Programa de erradicación de la viruela en Colombia. Bogotá Recuperado el 15 de enero de 2018 de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/105163/WHA28.52\\_spa.pdf;jsessionid=2E0ADCF8D9AA946E5D63AC53F18EE72A?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/105163/WHA28.52_spa.pdf;jsessionid=2E0ADCF8D9AA946E5D63AC53F18EE72A?sequence=1)
- Caponi, S. y Martínez, A. (2013). Kraepelin, el desafío clasificatorio y otros enredos anti-narrativos. En: *scientiæ zudia*, São Paulo, v. 11, n. 3: 467-89, año 2013. Rescatado el 28 de junio de 2017 desde: <http://www.scielo.br/pdf/ss/v11n3/02.pdf>
- Caponi, S. (2011). Para una estadística universal: un debate sobre la primera clasificación internacional de enfermedades mentales (1888-1889). *Frenia*. Vol. XI-2011, 67-88. Recuperado el 12 de octubre de 2018 desde: <http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16524/16364>
- \_\_\_\_\_ (2012). Clasificaciones, acuerdos y negociaciones: bases de la primera estadística internacional de enfermedades mentales (París, 1889). *Dynamis* Vol 32 No. 1, 185-207. Recuperado el 12 de octubre de 2018 desde: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-95362012000100009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-95362012000100009)
- Carlos Castaño asesinó a Héctor Abad Gómez. *Diario El Espectador*, Bogotá. Colombia. 15 de febrero de 2012. Recuperado de:

- <https://www.elespectador.com/noticias/judicial/carlos-castano-asesino-hector-abad-gomez-articulo-326744>
- Chomsky, N. (2005[1989]). Construcciones mentales y realidad social. Traducido por: Aladro, Eva. Cuadernos de Información y Comunicación, N°. 10, pp 47 -83. Recuperado el 11 de octubre de 2018 desde: <http://revistas.ucm.es/inf/11357991/articulos/CIYC0505110047A.pdf>.
- Cid H., J. (2012). Exilio y migración en La nave de los locos de Cristina Peri Rossi. Un viaje por los espacios otros. Co-herencia, Vol. 9, N°. 17, julio-diciembre, 2012: 51-70. Universidad EAFIT. Medellín, Colombia. Recuperado el 1 de abril de 2018 de <https://www.redalyc.org/pdf/774/77425374003.pdf>
- Christin, O. (2013). Historia de los conceptos, semántica histórica y sociología crítica de los usos léxicos en las ciencias sociales: cuestionamiento de los inconscientes académicos nacionales. Historia Mexicana, 63(2), 803-836. Recuperado el 23 de marzo de 2019 de <https://historiamexicana.colmex.mx/index.php/RHM/article/view/170/147>
- Cruz, M. et al. (2011). La enfermedad mental severa desde la perspectiva del modelo social de la discapacidad. Index de Enfermería, Vol 20 No.3. pp. 179-183 Recuperado el 10 de agosto de 2015 de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962011000200009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200009)
- Cruz, S. (2010). Jovita cuarenta años tan muerta, tan viva. El País. Diario El País. Cali, Julio 11, 2010 Recuperado el 10 de octubre de 2018 de <https://www.elpais.com.co/elpais/cali/noticias/jovita-cuarenta-anos-tan-muerta-tan-viva>
- Del Barrio, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. Revista de historia de la psicología. Publicacions de la Universitat de València. Vol. 30, No. 2-3 pp 81-90. Recuperado el 5 de agosto de 2018 de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3043153.pdf>
- Dias, A. (2011). Entre el pabellón y el hospicio: problemas y conflictos en la asistencia psiquiátrica en Rio de Janeiro de principios del siglo XX. Frenia. Vol 11, No 1 pp.109 a 127. <http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16519/16359>
- Durán, N. et al (2007). Historia Paralela De La Psicología Clínica: Un Rastreo Teórico-Histórico. Recuperado el 10 de agosto de 2015 de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/1690/1634>
- Editorial (2005). Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle: 50 años de historia. Revista Colombiana de Psiquiatría, Vol. 34 N°.4 pp 482-489. Recuperado mayo 05 de 2018, de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502005000400002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000400002)
- Fajardo, M. (1993). Ivan Illich (1926) En: Revista Perspectivas Vol. XXIII. N°. 3 y 4, Recuperado: 10 de mayo de 2015 de [http://www.ibe.unesco.org/user\\_upload/archive/fileadmin/publications/ThinkersPdf/illichs.PDF](http://www.ibe.unesco.org/user_upload/archive/fileadmin/publications/ThinkersPdf/illichs.PDF)
- Falret, J. (1889). Chronique du Congrès International de Médecine Mental, Annales MédicoPsychologiques, Vol. 9 pp 177-186. Recuperado el 10 de octubre de 2018 desde <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?p=178&cote=90152x1889x09&do=page>
- Forero B., F. (2010). Memorias de los locos del siglo XIX. Periódico El Tiempo. 09 de noviembre 2008. Recuperado el 19 de octubre de 2010 desde: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-3179485>

- Galende, E. (2014). Memoria: el pasado nos debe enseñar algo sobre el presente. *Salud colectiva*, Vol. 10 N°. 2, 265-278. Recuperado el 05 de noviembre de 2018, desde [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652014000200010](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652014000200010)
- García., A. (1978). Franco Basaglia: "Debajo de toda enfermedad psíquica hay un conflicto social" Artículo. *El País*, Madrid. Febrero 5 de 1978. Recuperado el 8 de julio de 2016 de: [https://elpais.com/diario/1978/02/05/sociedad/255481207\\_850215.html](https://elpais.com/diario/1978/02/05/sociedad/255481207_850215.html)
- Gobernación del Tolima (2013). Política de Salud Mental Dpto. del Tolima 2013–2021. Recuperado el 11 de mayo de 2018 de: <http://www.observatoriosocialdeltolima.gov.co/Documentos/Politica%20de%20Salud%20Mental%20Nov%202013.pdf>
- González de Rivera, J. L. (1998). Evolución histórica de la Psiquiatría. *Psiquis*, 1998; 19 (5):183-200. Recuperado el 1 de diciembre de 2018 desde: [http://www.psicoter.es/\\_arts/98\\_A155\\_02.pdf](http://www.psicoter.es/_arts/98_A155_02.pdf)
- González D., E. (2002). Concepto actual de locura y las nuevas formas de tratamiento. Clausura del I Encuentro Estatal sobre “Perspectivas Críticas en Psicología y Psiquiatría”. Málaga, Octubre 2001. En: *Norte de Salud mental* No.15 año 2002. Recuperado el 3 de junio de 2018 desde: [https://primeravocal.org/wp-content/uploads/2014/07/concepto-actual-de-locura-y-las-nuevas-formas-de-tratamiento\\_primera-vocal.pdf](https://primeravocal.org/wp-content/uploads/2014/07/concepto-actual-de-locura-y-las-nuevas-formas-de-tratamiento_primera-vocal.pdf)
- González G., A. (2007). Implicaciones en Salud Mental de la teoría de la evolución. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional*. No.6. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num6/pdfs/colaboracion.pdf>
- González R., F. (2008). Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales. *Diversitas*, 4(2), 225-243. Recuperado el 16 de abril de 2018, de <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v4n2/v4n2a02.pdf>
- Grupo de epidemiología y Salud Pública. Secretaria de Salud Pública Municipal de Cali y CIENFI-Universidad ICESI (2011). *Salud de los niños y niñas. Pasado, presente y futuro en Santiago de Cali. Atención Integral al Niño*. Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali. <http://www.icesi.edu.co/cienfi/images/stories/LibroFebrero9.pdf>
- Gutiérrez A., J. (2013). Poder psiquiátrico, higiene mental y clasificación de la locura como enfermedad social en la modernidad colombiana, siglos XIX y XX. II Coloquio del Seminario Interdisciplinario en Salud Mental Miradas históricas a la psiquiatría y el psicoanálisis Xalapa, Veracruz, octubre de 2013. Recuperado el 5 de marzo de 2017 de: [http://www.historicas.unam.mx/eventos/2013/coloquio\\_miradas\\_psiquiatria.html](http://www.historicas.unam.mx/eventos/2013/coloquio_miradas_psiquiatria.html)
- Gutiérrez, J. (2019). Mens sana in corpore sano: incorporación de la higiene mental en la salud pública en la primera mitad del siglo XX en Colombia. *Historia Caribe*. Vol. XIV N° 34. pp 91-121 Recuperado el 10 de mayo de 2019 de: [http://investigaciones.uniatlantico.edu.co/revistas/index.php/Historia\\_Caribe/article/view/2109](http://investigaciones.uniatlantico.edu.co/revistas/index.php/Historia_Caribe/article/view/2109)
- Huertas, R. (2001). Historia de la psiquiatría, ¿por qué?, ¿para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias. *Frenia*, Vol. I No. 1. 2001 Recuperado el 23 de junio de 2018 de: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/17176/1/009-historia-de-la-psiquiatria-por-que-para-que.pdf>.
- \_\_\_\_\_ (2011). En torno a la construcción social de la locura. Ian Hacking y la historia cultural de la psiquiatría. En: *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2011; Vol. 31. N°. 111, pp 437-456. Rescatado el 20 de junio de 2018 desde: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n3/original2.pdf>

- León, C. A. (1976). Perspectivas de la salud mental comunitaria en Latinoamérica. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Agosto 1976. Recuperado el 22 de octubre de 2018 de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/17545/v81n2p122.pdf>
- \_\_\_\_\_ (1999). Cambios de Paradigmas en la Psiquiatría. Revista Medicina, Vol. 21 N°.1, pp. 25-32. Recuperado el 23 de junio de 2018 a partir de <http://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/49-4>
- Lomelí M., L. (s.f.). Modernidad y sujetos sociales en Alain Touraine. Tomado el 28 de junio de 2016: <http://www.debate.iteso.mx/numero08/Articulos/06.htm>
- Martín Cazorla, F.I. et al (2009). Historia del síndrome de delirium agitado. Revista de la Escuela de Medicina Legal. Junio de 2009. Recuperado el 13 de junio de 2018 de: [http://webs.ucm.es/info/medlegal/5%20Escuelas/escumedlegal/revista/articulos\\_pdf/2\\_1\\_1\\_2009.pdf](http://webs.ucm.es/info/medlegal/5%20Escuelas/escumedlegal/revista/articulos_pdf/2_1_1_2009.pdf)
- Moldón, J. y Grajales, J. (2017). Jovita Feijóo: la eterna reina de Cali. Periódico El Giro. Universidad Autónoma de Occidente, Sección Cultura. Cali. 8 septiembre, 2017. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de <https://periodicoelgiro.com/cultura/jovita-feijoo-la-eterna-reina-de-cali/>
- Montero, F. (1998). derechos de los enfermos mentales. Revista Latinoamericana de Derecho y Medicina Vol. 3 No. 2 pp 59-64, 1997/1998. Recuperado el 23 de junio de 2018 de: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rldmml/v2-3n2-1/art10.pdf>
- Orejuela, J. (2013). Floralba Cano. Escritos. Editorial Bonaventuriana. Universidad de San Buenaventura, Cali. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de: <https://www.redalyc.org/pdf/1053/105332478013.pdf>
- O.P.S. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud Recuperado el 7 de junio de 2018 de: <http://www1.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf?ua=1>
- \_\_\_\_\_ (1990). Declaración de Caracas [internet], 14 de noviembre de 1990 Rescatado el 30 de mayo del 2018 de [www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/067\\_psico\\_preventiva/cursada/dossier/declaracion\\_caracas.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/067_psico_preventiva/cursada/dossier/declaracion_caracas.pdf).
- Ospina, Y. (2017). ¿Quién fue 'Jovita', la reina infinita? Especiales El País. Diario El País. Cali, Julio 09, 2017 – Recuperado el 10 de octubre de 2018 de [www.elpais.com.co/feria-de-cali/2017/quien-fue-jovita-la-reina-infinita.html](http://www.elpais.com.co/feria-de-cali/2017/quien-fue-jovita-la-reina-infinita.html)
- Parales-Quenza, C. et al (2017). La insoportable levedad de la política nacional de salud mental para Colombia: reflexiones a propósito de la propuesta de ajuste en 2014. En Revista Gerencia y Políticas de Salud, 2018, 17(34). Recuperado el 21 de noviembre de 2018 de <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-34.ilpn>
- Pascuale, E. (2009). La Reforma Psiquiátrica en Trieste, Italia. Revista Topia. Septiembre de 2009. Recuperado el 3 de julio de 2016 de: <https://www.topia.com.ar/articulos/la-reforma-psiquiatrica-en-trieste-italia>
- Perdomo, R. (1996). Premio Vida y Obra al servicio de la Psiquiatría otorgado a Carlos A. León. Revista Colombiana de Psiquiatría 1996 Vol 25. <http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2012/04/VOL-25/4/carlos%20a.%20le%20C3%B3n.pdf>
- Plazas, E. (2006). B. F. Skinner: La Búsqueda De Orden En La Conducta Voluntaria. Universitas Psychologica, Vol. 5 No. 2, pp. 371-384. Recuperado el 28 de octubre de 2018 de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672006000200013](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000200013)

- Posada-Villa, J. (2017). la patología psiquiátrica en Colombia. Resultados del Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003. . En Cuadernos del doctorado No. 9. Salud mental: problema y reto de la salud pública. Doctorado Interfacultades en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Recuperado el 21 de julio de 2018 de: <http://www.doctoradosaludp.unal.edu.co/wp-content/uploads/2017/01/cuaderno9.pdf>
- Postel, J. y Quetel, C. (2000). Nueva Historia de la Psiquiatría, Fondo De Cultura Económica Carretera Picacho-Ajusco, 227; 14200 México, D. F. Recuperado el 03 de mayo de 2018 de: <https://antipsiquiatriaudg.files.wordpress.com/2014/10/poste-jacques-y-quetel-claude-nueva-historia-de-la-psiquiatria.pdf>
- Redacción Diario El País. (2015). Hace 45 años Cali despidió a Jovita Feijoó, su 'reina eterna': recuerdos del adiós. Cali, Julio 15 de 2015. Recuperado el 10 de junio de 2018 de <https://www.elpais.com.co/cali/hace-45-anos-despidio-a-jovita-feijoo-su-reina-eterna-recuerdos-del-adios.html>
- Rodríguez, P. (2014). Historia oral: ¿una historia popular? Campos en Ciencias Sociales. Vol. 2, N.º 1. Enero-junio de 2014. Bogotá, D. C. / Universidad Santo Tomás. pp. 11-50. Recuperado el 10 de marzo de 2019 <https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/campos/article/view/2847>
- Rodríguez-Cerdeira, C. et al (2010). El síndrome de Ekbohm: un trastorno entre la dermatología y la psiquiatría. Revista Colombiana Psiquiatría, Vol. 39 No. 2. 2010 Recuperado el 17 de enero de 2018 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n2/v39n2a17.pdf>
- Rosselli Q., H. (1998). Comentario a la Ponencia Presentada por el Académico Carlos A. León Salto. Sesión Solemne del 22 de octubre de 1998 <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicinas/academedicina/va-49/x-06comen/>
- Salazar J., R. (2014). Entre cielo y suelo. Metáfora de recuerdos. Sábado, 05 Abril 2014. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de [http://cms.univalle.edu.co/lapalabra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=194:entre-cielo-y-suelo-metaphora-de-recuerdos&catid=37:memoria-de-ciudad](http://cms.univalle.edu.co/lapalabra/index.php?option=com_content&view=article&id=194:entre-cielo-y-suelo-metaphora-de-recuerdos&catid=37:memoria-de-ciudad)
- Simpson B., V. (2015). Psiquiatría, moralidad y locura: la construcción del Hospital Psiquiátrico de Sibate y discurso psiquiátrico de 1916 a 1966. Tesis. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. Recuperado el 2 de diciembre de 2018 de: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/18666/SimpsonBeltranValentina2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sosa, L. (2009). Reflexiones sobre la discapacidad. Dialógica de la inclusión y exclusión en las prácticas. Tomado de: Ágora para la EF y el Deporte, N.º 9, Rescatado el 6 de abril de 2018 de [https://www5.uva.es/agora/revista/9/agora9\\_mercedessosa\\_5.pdf](https://www5.uva.es/agora/revista/9/agora9_mercedessosa_5.pdf)
- Soto Prez de C., E. (2003). La lepra en Europa Medieval. El nacimiento de un mito En: Elementos: Ciencia y Cultura. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla [en línea], Marzo-Mayo, 2003, Vol. 10. N.º. 49. Recuperado el 8 de abril de 2018 desde <http://www.redalyc.org/pdf/294/29404905.pdf>
- Soto, D. (2003). La descentralización en Colombia: centralismo o autonomía. En: Revista Opera, Vol. 3, N.º 3, octubre, 2003: 133-152. Universidad Externado de Colombia. Bogotá, Colombia. Recuperado el 3 de octubre de 2018 desde: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67530307>
- Subred Integrada de Servicios de Salud E.S.E (2017). Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad Localidad Sumapaz. Bogotá, septiembre 2017. Recuperado el 22

- de mayo de 2018 de: [http://www.subredsur.gov.co/sites/default/files/instrumentos\\_gestion\\_informacion/SalaSituacionalT\\_SaludMental\\_SubredSur\\_Sumapaz\\_29Septiembre2017.pdf](http://www.subredsur.gov.co/sites/default/files/instrumentos_gestion_informacion/SalaSituacionalT_SaludMental_SubredSur_Sumapaz_29Septiembre2017.pdf)
- Terapia Sistémica En Colombia, Redacción. El Tiempo. Bogotá, 06 de noviembre 1992  
Recuperado de: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-236443>
- Terol Rojo, Gabriel (2013). Lecturas de la crítica foucaultiana a la subjetivación. *Thémata. Revista de Filosofía* N°. 47 (2013). pp.273-300. Recuperado el 13 de abril de 2019 de: [http://institucional.us.es/revistas/themata/47/art\\_16.pdf](http://institucional.us.es/revistas/themata/47/art_16.pdf)
- Universidad del Valle, Escuela de Medicina, Especialización en Psiquiatría. Tomado el 8 de noviembre de 2015 de [http://salud.univalle.edu.co/escuelas/medicina/index.php?m=programa&accion=visualizar\\_postgrado&pos\\_id=7](http://salud.univalle.edu.co/escuelas/medicina/index.php?m=programa&accion=visualizar_postgrado&pos_id=7)
- Uribe, C. A. (2013). Erich Fromm, José Gutiérrez y el psicoanálisis humanista en Colombia. Ponencia para el II Coloquio del Seminario Interdisciplinario en Salud Mental: Miradas Históricas a la psiquiatría y el psicoanálisis Xalapa, 9 al 11 de octubre de 2013. <https://viadeletnografo.files.wordpress.com/2014/06/erich-fromm-y-josc3a9-gutic3a9rrez-v-3.pdf>
- Vallejo C., A. (2006). Análisis de la mente-cerebro-conducta desde la ciencia y la filosofía en: *Hallazgos - Revista de Investigaciones*. No. 5. pp 87-100. Recuperado el 12 de junio de 2018: <http://revistas.usta.edu.co/index.php/hallazgos/article/viewFile/1627/1780>
- Vázquez, K. et al (2007). Síndrome de Ekbom. *Dermatología Rev Mex* 2007. pp 51-56. Recuperado el 6 de abril de 2018 de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2007/rmd072c.pdf>
- Vega R., R. et al (2012). Una explicación desde el contexto y contenido de las políticas de salud al modelo híbrido y segmentado de atención primaria en salud en Bogotá. En: *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94: 392-401, jul./set. 2012. Tomado el 2 de noviembre de 2018 de: [https://www.academia.edu/10744220/APS\\_en\\_debate\\_-Rovere](https://www.academia.edu/10744220/APS_en_debate_-Rovere)
- Vergara Q., M. (2007). tres concepciones históricas del Proceso salud-enfermedad En: *Hacia la Promoción de la Salud*, Volumen 12, Enero - Diciembre 2007: 41 – 50. Recuperado el 10 de octubre de: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a03.pdf>
- Vignale, S. (2014). Foucault, actitud crítica y subjetivación. En: *Cuadernos de filosofía* No. 61. pp 5-17 Recuperado el 16 de marzo de 2019 de: <http://revistascientificas.filo.uba.ar/index.php/CdF/article/viewFile/2440/2097>
- Zea, A. de F. (2016). El psicoanálisis en la Academia Nacional de Medicina. Sánchez Medina, Guillermo (Reseña). *Revista Medicina*, Vol. 38 No. 3, pp. 277-281. Recuperado el 23 de junio de 2018 a partir de <http://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/114-9/1385>
- Zea-Bustamante L.E. (2017). Héctor Abad Gómez como educador popular. Un acercamiento a su vida, obra y discursos. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2017; Vol. 35. No. 2. pp: 179-185. Recuperado el 30 de noviembre de 2018 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v35n2/0120-386X-rfnsp-35-02-00179.pdf>



## ANEXOS

### ANEXO UNO : LA LEGISLATURA EN COLOMBIA RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD MENTAL 1970-1998

Año	Documento legal		Observaciones
1998	Resolución 2358 de 1998  (Junio 18)	Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.	Propone la promoción y prevención de los trastornos psiquiátricos estimulando el desarrollo temprano (cognitivo y afectivo), la salud integral infantil y de la tercera edad; reduciendo conductas violentas y aprovechando los medios de comunicación. Además los pacientes psiquiátricos se deben tratar desde la comunidad, con medicación de sostén de bajo costo prescrita inicialmente por un médico especialista en psiquiatría o al menos por un médico general. Las EPS y ARS contratarán las actividades, procedimientos e intervenciones para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos establecidas en el manual de actividades, procedimientos e intervenciones del P.O.S. En cuanto a la prevención de las conductas adictivas, el gobierno tiene la responsabilidad primordial del control del uso de todo tipo de sustancias psicoactivas adictivas.
1997	Ley 383 de 1997  (julio 14)	Normas tendientes a fortalecer la lucha contra la evasión y el contrabando, y se dictan otras disposiciones.	Art.64. #6 Establece la destinación del IVA social según grupos de riesgo: “2% para desarrollar programas para la tercera edad, para el mejoramiento de las instituciones de salud mental del país, la atención de inimputables y para programas de discapacidad recursos y de rehabilitación psicosocial de los niños vulnerables”.
	Ley 387 de 1997  (Junio 18)	Medidas para la prevención, la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia	En su seccion 4 encontramos el Artículo 15: De la atencion humanitaria de emergencia. En donde se exige la atención inmediata “con la finalidad de socorrer, asistir y proteger a la población desplazada y atender sus necesidades de alimentación, aseo personal, atención médica y psicológica, utensilios de cocina, manejo de abastecimientos, transporte de emergencia y alojamiento transitorio en condiciones dignas”
	Decreto 1320 de 1997  (mayo 15)	Por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 65 y 100 de 1993.	Art. 3, b) define como algunas de las funciones del Comité Interinstitucional de Evaluación, la Valoración de “los lugares de atención especializada, las terapéuticas o alternativas de tratamiento y las condiciones de seguridad

Año	Documento legal		Observaciones
			ofrecidas por las diferentes entidades públicas o privadas, para la población objeto <sup>165</sup> , en los aspectos de internación, tratamiento, rehabilitación y reinserción familiar y social”
	Ley 361 de 1997  (febrero 7)	Mecanismos de integración social de las personas en situación de discapacidad y se dictan otras disposiciones.	En ella se muestra el manejo aún del concepto de Deficiente mental, cuando hace mención a la Declaración de los Derechos del Deficiente Mental aprobada por la ONU el 20 de diciembre de 1971
1996	Resolución 4288 de 1996  (noviembre 20)	Por la cual se define el Plan de atención Básica (PAB) del S.G.S.S.S. <sup>166</sup> y se dictan otras disposiciones.	En sus artículos 3°, 4° y 5°, se define el Plan de Atención Básica como un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos de: a) Promoción de la salud y mejores condiciones de salud físicas, psíquicas y sociales para los individuos y las colectividades, mediante la integración de acciones realizadas por la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos b) Prevención de la enfermedad: para evitar que el daño en la salud o la enfermedad aparezcan, se prolonguen o generen secuelas evitables. c) De vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo, para la identificación, seguimiento y control de los factores de riesgo biológicos, del comportamiento y del ambiente. El PAB debe ser: a) Gratuito: financiado con recursos públicos. Sus acciones no están sujetas a periodos mínimos de cotización, copagos, cuotas moderadoras o cuotas de recuperación. b) Estatal en su dirección y administración. c) Un derecho al que tendrá acceso toda la población, independientemente de su estado de afiliación o vinculación al S.G.S.S.S.. d) Territorial: se rige por los procesos de autonomía y poder local, Su principal escenario de acción el municipio o el distrito en su caso. e) Complementario con los otros planes de atención en salud del Régimen de Beneficios del S.G.S.S.S. y las de salud pública que adelantan los sectores ambiental, educativo, laboral y productivo, entre otros.
1996	Resolución 3997 de 1996  (octubre 30)	Por la cual se establecen actividades y procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el S.G.S.S.S.	En su artículo 6°, se establecen actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a ser ejecutadas por las EPS, las ARS y las IPS a los afiliados al sistema. Entre ellos se hallan los Programas de prevención de tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia, con las siguientes actividades: a) Promoción y fomento de la salud mental, el autocuidado, autoestima y manejo del stress. B) Promoción para la convivencia pacífica y resolución adecuada de conflictos. C) Detección precoz de factores de riesgo de trastornos del comportamiento y del maltrato intrafamiliar.

<sup>165</sup> Todas aquellas personas a quienes se les haya reconocido judicialmente su condición de inimputabilidad y que por autoridad competente se les haya decretado una medida de seguridad que implique internamiento.

<sup>166</sup> Sistema General de Seguridad Social en Salud

Año	Documento legal		Observaciones
1996	Ley 294 de 1996  (julio 16)	Por la cual se desarrolla el artículo 42 de la Constitución Política y se dictan normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar.	En el Título II, encontramos el Art. 4o <sup>167</sup> : “Toda persona que en el contexto de una familia sea víctima de daño físico o psíquico, amenaza agravio, ofensa o cualquier otra forma de agresión por parte de otro miembro del grupo familiar, podrá pedir al juez de familia o promiscuo de familia, promiscuo municipal o civil municipal, medida de protección inmediata que ponga fin a la violencia, maltrato o agresión o evite que ésta se realice cuando fuere inminente. En los procesos de divorcio o de separación de cuerpos por causal de maltrato, el juez podrá decretar las medidas de protección consagradas en esta ley”
1994	Ley 124 de 1994  (febrero 15)	Por la cual se prohíbe el Expendio de Bebidas Embriagantes a Menores de Edad y se dictan otras disposiciones.	Artículo 2º.- El menor que sea hallado consumiendo bebidas embriagantes o en estado de beodez, deberá asistir con sus padres o acudientes a un curso sobre prevención del alcoholismo al I.C.B.F. o a la entidad que haga sus veces.
1994	Decreto 1757 de 1994  (agosto 3)	Modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme numeral 11 del art. 4o del Decreto Ley 1298 de 1994	Se reconoce el derecho que tienen las personas naturales o jurídicas, y las comunidades a participar en los proyectos, programas o planes de salud, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud. Además exige la creación de un sistema de información y atención a los usuarios, que además sistematice y canalice los requerimientos.

<sup>167</sup> Artículo éste que luego fue modificado por el artículo 16 de la Ley 1257 de 2008. Pero para los efectos que aquí se requieren, se retoma el texto original, que da cuenta de la manera como se concebía la violencia Intrafamiliar. En la modificación realizada en la Ley 1257, "Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos penal, de procedimiento penal, la ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones"; dirá ya lo siguiente: Artículo 16. El artículo 4 de la Ley 294 de 1996, modificado por el artículo 10 de la Ley 575 de 2000 quedará así: <"Artículo 4º. Toda persona que dentro de su contexto familiar sea víctima de daño físico, psíquico o daño a su integridad sexual, amenaza, agravio, ofensa o cualquier otra forma de agresión por parte de otro miembro del grupo familiar, podrá pedir, sin perjuicio de las denuncias penales a que hubiere lugar, al comisario de familia del lugar donde ocurrieren los hechos y a falta de este al Juez Civil Municipal o Promiscuo Municipal, una medida de protección inmediata que ponga fin a la violencia, maltrato o agresión o evite que esta se realice cuando fuere inminente. Cuando en el domicilio de la persona agredida hubiere más de un despacho judicial competente para conocer de esta acción, la petición se someterá en forma inmediata a reparto">

Año	Documento legal		Observaciones
1994	Resolución 5261 de 1994  (Agosto 5)	Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el S.G.S.S.S..	Art. 37. La estancia en instituciones psiquiátricas y en unidades de salud mental, de cualquier tipo y nivel, comprende además de los servicios básicos, los de terapia ocupacional, recreativa y de grupo y la atención médica especializada. Art. 52: Se clasifican como actividades de control y seguimiento en las Guías de Atención Integral a grupos específicos, tales como hipertensos, diabéticos, crecimiento y desarrollo, atención prenatal, higiene mental, higiene industrial, salud ocupacional, etc., las realizadas por personal de la salud en las áreas de Enfermería, Trabajo Social, Salud Mental, Optometría, Nutrición, Terapia y otros. Art 54: El paciente psiquiátrico se manejará preferencialmente en el programa de "Hospital de Día". Se incluirá la internación de pacientes psiquiátricos solo durante la fase aguda de su enfermedad o si se pone en peligro su vida o integridad o la de otros. Art. 88: Las actividades, intervenciones y procedimientos en Psiquiatría y Psicología, serán: Valoración por Psiquiatría y/o por Psicólogo, Psicoterapia individual o de grupo por Psiquiatría y/o por Psicólogo.
1993	Resolución 8430 de 1993  (Octubre 4)	Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la Investigación en salud.	<p>Art. 16 Cuando se presuma que la capacidad mental de un sujeto hubiere variado en el tiempo, el Consentimiento Informado de éste o, en su defecto, de su representante legal, deberá ser avalado por un profesional (neurólogo, siquiata, sicólogo) de reconocida capacidad científica y moral en el campo específico, así como de un observador que no tenga relación con la investigación, para asegurar la idoneidad del mecanismo de obtención del consentimiento, así como su validez durante el curso de la investigación.</p> <p>Art. 25. Para la realización de investigaciones en menores o en discapacitados físicos y mentales deberá, en todo caso, obtenerse, además del Consentimiento Informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor o del discapacitado de que se trate, certificación de un neurólogo, siquiata o sicólogo, sobre la capacidad de entendimiento, razonamiento y lógica del sujeto.</p> <p>Art 26. Cuando la capacidad mental y el estado psicológico del menor o del discapacitado lo permitan, deberá obtenerse, además, su aceptación para ser sujeto de investigación después de explicarle lo que se pretende hacer. El Comité de Etica en Investigación de la respectiva entidad de salud deberá velar por el cumplimiento de éstos requisitos.</p> <p>Art. 27. Las investigaciones clasificadas con riesgo y con probabilidades de beneficio directo para el menor o el discapacitado, serán admisibles cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) El riesgo se justifique por la importancia del beneficio que recibirá el menor o el discapacitado.</li> <li>b) El beneficio sea igual o mayor a otras alternativas ya establecidas para su diagnóstico y tratamiento.</li> </ol>
1993	Ley 100 de 1993  (diciembre 23)	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones	"El campo de la salud mental quedó, de manera tácita, por no decir, casi excluida del actual S.G.S.S.S., y sólo resoluciones posteriores entraron a reglamentar este tipo de servicio; sin embargo, la legislación continúa siendo ambigua y dependiendo de la interpretación que realice un asegurador o un ente territorial, se desarrollan los servicios o se ofrecen programas integrales que cubran las necesidades complejas de la población. Es necesario que se proponga una legislación capaz de mostrar de manera taxativa cómo desarrollar estos servicios y brindarlos

Año	Documento legal		Observaciones
			en forma integral desde la prevención, la promoción y la atención a los pacientes, a las familias y a las comunidades” (Morales, 2003, p. 20s)
	Ley 65 de 1993  (agosto 19)	Por la cual se expide el Código Penitenciario y Carcelario.	Artículos 24, 63 y 107. Señala que los establecimientos de rehabilitación y pabellones psiquiátricos tienen el carácter de centros asistenciales y pueden especializarse en tratamientos psiquiátricos y de drogadicción, formando parte el subsector oficial y estarán destinados a alojar y rehabilitar personas que tengan la calidad de inimputables por trastorno mental, o inmadurez psicológica, según dictamen pericial
	Resolución 2417 de 1992  (abril 2)	la cual se adoptan los derechos de las personas con trastorno mental".	<p>ersona con trastorno mental, es un sujeto que por razones orgánicas o no, presenta alteración en su pensamiento, afecto, juicio, raciocinio y conducta que le impide su libre autodeterminación y el adecuado desarrollo de relaciones interpersonales y vida en comunidad, ya sea en forma temporal o definitiva. Con derecho a ser tratado en todo momento con el respeto y la dignidad propia de su condición de persona; a no ser calificado como enfermo mental, ni ser objeto de diagnóstico o tratamiento en esa condición, por razones políticas, sociales, raciales, religiosas u otros motivos distintos o ajenos al estado de salud mental. También tiene derecho a recibir la atención y el tratamiento apropiado, según las más elevadas normas técnicas y éticas; y ser informado sobre su diagnóstico y el tratamiento más adecuado y menos riesgoso y, de prestar o revocar su consentimiento para ejecutarlo.</p> <p>ben ser objeto de pruebas clínicas ni de tratamientos experimentales, sin su consentimiento informado. Sus datos personales, fichas e historias clínicas deben mantenerse en reserva, y no debe ser discriminado en el goce y ejercicio de sus derechos, en atención al estado de su salud mental.</p>
1991	Resolución número 6980 de 1991  (mayo 28)	"por la cual se expiden normas para el control de la importación, exportación, fabricación, distribución y venta de medicamentos, materias primas y precursores de control especial".	<p>Una sustancia de control especial (droga de control especial), es una sustancia farmacológicamente activa cualquiera que sea su origen, que produce efectos mediatos o inmediatos de dependencia física o psíquica en el ser humano, aquellas que por su posibilidad de abuso, pueda tener algún grado de peligrosidad en su uso, o aquella que haya sido catalogada como tal, en los convenios internacionales y aceptada por la Comisión Revisora de</p> <p>Productos Farmacéuticos del Ministerio de Salud; y los medicamentos de control especial, son sustancias de control especial que con o sin adición de sustancias auxiliares (excipientes o vehículos) sirven para la elaboración de una forma farmacéutica definida.</p> <p>El listado de materias primas y medicamentos de control especial, comprende todas y cada una de las sustancias y los medicamentos elaborados con las materias primas, que estén incorporados a las listas de los llamados "estupefacientes sometidos a fiscalización internacional".</p> <p>El registro sanitario que se otorgue para la venta de un medicamento que contenga alguna de las sustancias anteriores, requiere certificación de su existencia en la lista de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, dada por el Fondo Nacional de Estupefacientes del Ministerio de Salud, que se adjuntará al expediente respectivo y se dará fe en la resolución de registro.</p>

Año	Documento legal		Observaciones
	Ley 12 de 1991 (enero 22)	Por medio de la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos Del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989.	Se modifica la perspectiva de la infancia y adolescencia en Colombia, y se introduce una filosofía garantista y proteccionista, teniendo como horizonte el interés superior del niño, "En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.
1990	Ley 10 de 1990 (enero 10)	Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.	El servicio público de salud se regirá por los siguientes principios básicos: a) Universalidad. Todos los habitantes en el territorio nacional tienen derecho a recibir la prestación de servicios de salud; b) Participación ciudadana. Es deber de todos los ciudadanos, propender la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y contribuir a la planeación y gestión de los respectivos servicios en salud; c) Participación comunitaria en los procesos de diagnóstico, formulación y elaboración de planes, programas y proyectos, toma de decisiones, administración y gestión, relacionados con los servicios de salud, en las condiciones establecidas en esta ley y en sus reglamentos; d) Subsidiariedad. Las entidades públicas responsables de la prestación de servicios de salud en determinado nivel de atención, pueden prestar, transitoriamente, servicios correspondientes a niveles inferiores, cuando las entidades responsables de estos últimos, no estén en capacidad de hacerlo por causas justificadas. e) Complementariedad. Las entidades públicas responsables de la prestación de servicios de salud en determinado nivel de atención, pueden prestar servicios correspondientes a niveles superiores, siempre y cuando su capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa se lo permita y atiendan debidamente el nivel que les corresponde, previa aprobación del Ministerio de Salud, o la entidad en la cual éste delegue. f) Integración funcional. Las entidades públicas o privadas que presten servicios de salud concurrirán armónicamente a la prestación del servicio público de salud, mediante la integración de sus funciones, acciones y recursos.
1989	Decreto 2737 de 1989 (noviembre 27)	"por el cual se expide el Código del Menor".	Art 9, Todo menor tiene derecho a la atención integral de su salud, cuando se encontrare enfermo o con limitaciones físicas, mentales o sensoriales, a su tratamiento y rehabilitación.  Art 12. Todo menor que padezca de deficiencia física, mental o sensorial, tiene derecho a disfrutar de una vida plena en condiciones que aseguren su dignidad y a recibir cuidados, educación y adiestramiento especiales, destinados a lograr en lo posible su integración activa en la sociedad <sup>168</sup> .
1989	Decreto 2177 de 1989	"por el cual se desarrolla la Ley 82 de 1982, aprobatoria del convenio número 159, suscrito con	El Estado garantizará la igualdad de oportunidades y derechos laborales a las personas inválidas física, mental o sensorialmente, conforme al Convenio número 159 suscrito con la organización Internacional del Trabajo y las disposiciones vigentes sobre la materia. Se entiende por persona inválida, aquella cuyas posibilidades de obtener

<sup>168</sup> Artículos derogados por el artículo 217 de la Ley 1098 de 2006. Rige a partir del 8 de mayo de 2007

Año	Documento legal		Observaciones
	(septiembre 21)	la OIT sobre readaptación profesional y el empleo de personas inválidas	<p>y conservar un empleo adecuado y de progresar en el mismo queden sustancialmente reducidas a causa de una deficiencia de carácter físico, mental o sensorial debidamente reconocida.</p> <p>En ningún caso la existencia de limitaciones físicas, sensoriales o mentales podrá ser impedimento para ingresar al servicio público o privado, a menos que éstas sean incompatibles con el cargo que se vaya a desempeñar.</p> <p>Art. 14. Las Cajas de Compensación Familiar, realizarán programas de readaptación social y laboral para sus afiliados que sufran invalidez adelantarán campañas de promoción del empleo de personas inválidas.</p> <p>Art. 15. Las entidades públicas y privadas que prestan servicios de educación y capacitación, salud y seguridad social podrán adelantar individualmente o en forma conjunta, mediante, convenios, programas de rehabilitación y reubicación de personas inválidas.</p> <p>Art.16.Todos los patronos públicos o privados están obligados a reincorporar a los trabajadores inválidos, en los cargos que desempeñaban antes de producirse la invalidez si recupera su capacidad de trabajo, en términos del Código Sustantivo del Trabajo. La existencia de una incapacidad permanente parcial no será obstáculo para la reincorporación, si los dictámenes médicos determinan que el trabajador puede continuar desempeñándolo.</p> <p>Art. 17. A los trabajadores de los sectores públicos y privado que, según concepto de la seguridad competente de salud ocupacional o quien haga las veces en la respectiva entidad de seguridad o previsión social o medicina del trabajo, en caso de no existir afiliación a dichas instituciones, se encuentren en estado de invalidez física, sensorial o mental, para desempeñar las funciones propias del empleo de que sean titulares del empleo y la incapacidad no origine el reconocimiento de pensión de invalidez, se les deberán asignar funciones acordes con el tipo de limitación o trasladarlos a cargos que tengan la misma remuneración, siempre y cuando la incapacidad no impida el cumplimiento de las nuevas funciones ni impliquen riesgo para su integridad.</p>
1986	Ley 30 de 1986  (Enero 31)	<b>“Por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes y se dictan otras disposiciones”</b>	<p>Se establecen las denominaciones de Estupefaciente, Medicamento, Psicotrópico, Dependencia Psicológica, Adicción o Drogadicción, Toxicomanía, Dosis Terapéutica y Dosis para uso personal<sup>169</sup> que es la cantidad de estupefacientes que una persona porta o conserva para su propio consumo. Es dosis para uso personal la cantidad de marihuana que no exceda de veinte (20) gramos; la de marihuana hachís la que no exceda de cinco (5) gramos; de cocaína o cualquier sustancia a base de cocaína la que no exceda de un (1) gramo, y de metacualonga la que no exceda de dos (2) gramos. No es dosis para uso personal, el estupefaciente que la persona lleve consigo, cuando tenga como fin su distribución o venta, cualquiera que sea su cantidad.</p> <p>Art.27. Los profesionales en medicina que formulan las drogas y medicamentos a pacientes considerados como farmacodependientes, tienen la obligación de informar de ello a los Servicio Seccionales de Salud, los cuales</p>

<sup>169</sup> Declarado Exequible por la Corte Constitucional, Sentencia C-221 de 1994

Año	Documento legal		Observaciones
			<p>deberán transmitir la información al Fondo Rotatorio de Estupefacientes del Ministerio de Salud, que deberá llevar un Registro Nacional de Farmacodependientes.</p> <p>Art. 51<sup>170</sup> El que lleve consigo, conserve para su propio uso o consuma, cocaína, marihuana o cualquier otra droga que produzca dependencia, en cantidad considerada como dosis de uso personal, conforme a lo dispuesto en esta Ley, incurrirá en las siguientes sanciones: a. Por primera vez, en arresto hasta por treinta (30) días y multa en cuantía de medio (1/2) salario mínimo mensual; b. Por la segunda vez, en arresto de un (1) mes a un (1) año y multa en cuantía de medio (1/2) a un (1) salario mínimo mensual, siempre que el nuevo hecho se realice dentro de los doce (12) meses siguientes a la comisión del primero; c. El usuario o consumidor que, de acuerdo con dictamen médico legal, se encuentre en estado de drogadicción así haya sido sorprendido por primera vez será internado en establecimiento psiquiátrico o similar de carácter oficial o privado, por el término necesario para su recuperación. En este caso no se aplicará multa ni arresto.</p> <p>La autoridad correspondiente podrá confiar al drogadicto al cuidado de la familia o remitirlo, bajo la responsabilidad de éste, a una clínica, hospital o casa de salud, para el tratamiento que corresponda, el cual se prolongará por el tiempo necesario para la recuperación de aquél, que deberá ser certificada por el médico tratante y por la respectiva seccional de Medicina Legal. La familia del drogadicto deberá responder del cumplimiento de sus obligaciones, mediante caución que fijará el funcionario competente, teniendo en cuenta la capacidad económica de aquella.</p> <p>El médico tratante informará periódicamente a la autoridad que haya conocido del caso sobre el estado de salud y rehabilitación del drogadicto. Si la familia faltare a las obligaciones que le corresponden, se le hará efectiva la caución y el internamiento del drogadicto tendrá que cumplirse forzosamente.</p>
1986	Decreto 3788 de 1986 (diciembre 31)	"por el cual se reglamenta la Ley 30 de 1986 o Estatuto Nacional de Estupefacientes", trata de las campañas sobre consumo de alcohol y tabaco.	<p>Artículo 23.Los laboratorios fabricantes que utilicen materias primas controladas están obligadas a llevar un libro de registro de movimientos, el cual será foliado y registrado en el Fondo Rotatorio de Estupefacientes del Ministerio de Salud y delegados suyos los revisarán periódicamente. Dichos laboratorios deben disponer de medios de almacenamiento adecuados e independientes de los demás depósitos.</p> <p>Art. 24.Los laboratorios fabricantes de medicamentos de control especial están obligados a enviar al Fondo Rotatorio de Estupefacientes del Ministerio de Salud, en los primeros días de cada mes, una relación detallada de la producción y venta de medicamentos de control especial.</p> <p>Art. 25.El Ministerio de Salud señalará, dentro de la lista de medicamentos de control especial, cuáles serán elaborados y distribuidos exclusivamente por el Fondo Rotatorio de Estupefacientes de ese Ministerio; para ello y para cualquier modificación se requiere la aprobación previa de la Comisión Revisora de Productos Farmacéuticos del mismo Ministerio.</p>

<sup>170</sup> Declarado como inexecutable por Corte Constitucional, mediante Sentencia C-221 de 1994

Año	Documento legal		Observaciones
			<p>Artículo 34. En los programas de educación primaria, secundaria, media vocacional y educación no formal, el Ministerio de Educación Nacional, diseñará los lineamientos generales para introducir en los planes curriculares contenidos y actividades para la prevención de la drogadicción e información sobre riesgos de la farmacodependencia</p> <p><b>Artículo 41.</b> La Dirección de Vigilancia y Control del Ministerio de Salud, a través de la División de Vigilancia de Productos Bioquímicos, dispondrá las medidas conducentes para que, dentro de los meses siguientes a la expedición de este Decreto, las empresas que elaboren, envasen o hidraten bebidas alcohólicas y los fabricantes o distribuidores de tabacos y cigarrillos, nacionales o extranjeros, incluyan las leyendas a que se refieren los artículos 16 y 17 del Estatuto Nacional de Estupefacientes.</p>
1985	<b>Resolución n 14130 de 1985</b>	"...Trabajo Social en el Programa de Salud Mental, según niveles de Atención Organización y funciones". <sup>171</sup>	<p>Estas resoluciones surgen con la necesidad de generar unos marcos generales de atención en todos los niveles (entre 1982 y 1985), en donde se incluyeran las funciones, actividades y condiciones específicas de apoyo a psiquiatría desde cuatro disciplinas:</p> <p>Enfermería</p> <p>Trabajo Social</p> <p>Terapia Ocupacional</p> <p>y enfermería</p> <p>Se encuentra también una resolución que corresponde a la respuesta a una necesidad de valoración, seguimiento y complemento nutricional para pacientes.</p> <p>Además como parte de estas resoluciones, encontramos la 09089 de 1982, que tiene la particularidad de centrarse en la modalidad de Taller protegido, a diferencia del ámbito ya conocido de la hospitalización. Por naturaleza, estos talleres son "lugares en donde personas en condiciones especiales cumplen labores destinadas a desarrollar habilidades laborales, bajo la orientación continua de instructores que supervisan constantemente las labores</p>
1985	Resolución n 14129 de 1985	"... psicología en el Programa de Salud Mental Organización y funciones". <sup>173</sup>	
1982	Resolución n 09090 de 1982	"... Unidad de Terapia Ocupacional en Hospital Psiquiátrico y Unidad de Salud Mental integrada a Hospital General". <sup>174</sup>	

<sup>171</sup> "por la cual se adopta el documento denominado Manual General de Organización Modelo Normativo para Trabajo Social en el Programa de Salud Mental, según niveles de Atención Organización y funciones".

<sup>173</sup> por la cual se adopta el documento denominado Manual General de Organización Modelo Normativo, para psicología en el Programa de Salud Mental Organización y funciones

<sup>174</sup> "por la cual se adopta el Manual General de Organización Modelo Normativo Unidad de Terapia Ocupacional en Hospital Psiquiátrico y Unidad de Salud Mental integrada a Hospital General".

Año	Documento legal		Observaciones
1982	Resolución 08186 de 1982	"... Enfermería en el Programa de Salud Mental a nivel Local". <sup>175</sup>	desempeñadas por las personas con habilidades mínimas. El objetivo último de los talleres de trabajo protegido es preparar a los discapacitados, según sus habilidades y en la medida de lo posible, para hacer la transición a un empleo ordinario, dependiente o independiente, permitiéndoles, mientras tanto, el desempeño de algunas actividades formativas que, genéricamente, se conocen como "trabajo protegido", dado que tales actividades se cumplen en las condiciones especiales propias de los talleres de trabajo protegido." <sup>172</sup>
1982	Resolución 08185 de 1982	"... Dpto. de Nutrición y Dietética en Hospitales Psiqui.". <sup>176</sup>	
1982	Resolución 008187 de 1982	"... para Enfermería en el Programa de Salud Mental, según niveles de atención organización y funciones". <sup>177</sup>	
1982	Resolución número 09089 de 1982	"por la cual se adopta el Manual Normativo y de Organización Propuesta para un Taller Protegido, en el área Nacional de Salud Mental.	
1982	Decreto número 3430 de 1982	"por el cual se reglamentan los artículos 16, 18 y 20 del Decreto-ley 1188 de 1974", respecto las condiciones que debe cumplir la propaganda comercial	

<sup>175</sup>"por la cual se adopta el Manual General de Organización Modelo Normativo para Enfermería en el Programa de Salud Mental a nivel Local".

<sup>172</sup> Definición tomada de la Sentencia C-810/07 de la Corte Constitucional de Colombia. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/C-810-07.htm>

<sup>176</sup> "por la cual se adopta el documento Organización del Departamento de Nutrición y Dietética en Hospitales Psiquiátricos".

<sup>177</sup> "por la cual se adopta el Manual General de Organización Modelo Normativo para Enfermería en el Programa de Salud Mental, según niveles de atención organización y funciones".

Año	Documento legal		Observaciones
	(noviembre 26)	destinada a promover el consumo de alcohol.	
1981	Decreto 2358 de 1981	"por el cual se coordina el Sistema Nacional de Rehabilitación".	La Comisión Nacional de Rehabilitación tendrá como función principal proponer al CONPES o a la autoridad pertinente, las políticas generales que permitan coordinar y facilitar el desarrollo armónico de acciones integrales multisectoriales, para prevenir, recuperar o minimizar los posibles efectos de la condición limitante y obtener la reubicación social laboral del limitado rehabilitado.
1980	LEY 100 DE 1980	Por el cual se expide el nuevo Código Penal	<p>Art. 31. Es inimputable quien en el momento de ejecutar el hecho legalmente descrito, no tuviere la capacidad de comprender su ilicitud o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica o trastorno mental. Art. 32. Cuando el agente hubiere preordenado su trastorno mental responderá por el dolo o culpa en que se hallare respecto del hecho punible, en el momento de colocarse en tal situación</p> <p>Art. 33. A los inimputables se les aplicarán las medidas de seguridad establecidas en este código. Si la inimputabilidad proviene exclusivamente de trastorno mental transitorio no habrá lugar a la imposición de medidas de seguridad, cuando el agente no quedare con perturbaciones mentales, sin perjuicio de la responsabilidad civil a que hubiere lugar.</p> <p>Art. 94. Al inimputable por enfermedad mental permanente, se le impondrá medida de internación en establecimiento psiquiátrico o clínica adecuada, de carácter oficial, en donde será sometido al tratamiento científico que corresponda</p> <p>Art. 95. Al inimputable por enfermedad mental transitoria, se le impondrá la medida de internación en establecimiento psiquiátrico o similar, de carácter oficial, en donde será sometido al tratamiento que corresponda.</p> <p>Esta medida se suspenderá condicionalmente cuando se establezca que la persona ha recuperado su normalidad síquica.</p> <p>Art. 360. El que con el fin de obtener para sí o para otro un provecho ilícito y abusando de la necesidad, de la pasión o del trastorno mental de una persona, o de su inexperiencia, la induzca a realizar un acto capaz de producir efectos jurídicos que la perjudiquen, incurrirá en prisión de uno a cuatro años y multa de quinientos a cincuenta mil pesos. Si se ocasionare el perjuicio, la pena será de uno (1) a siete (7) años de prisión y multa de un mil a cien mil pesos<sup>178</sup></p>

<sup>178</sup> Como vemos, para efectos penales se considera que el “Trastorno mental transitorio siempre es causal de inimputabilidad, da lugar a la imposición de medidas de seguridad si hay secuelas, o no da lugar a medida alguna si tales secuelas no se presentan” (Tirado Álvarez, María Margarita, 2004. <http://psicologiajuridica.org/psj153.html> )

Año	Documento legal		Observaciones
1979	Ley 09 de 1979  (enero 24)	Por la cual se dictan Medidas Sanitarias	Las normas generales que servirán de base a las disposiciones y reglamentaciones necesarias para preservar, restaurar u mejorar las condiciones necesarias en lo que se relaciona a la salud humana; procedimientos y las medidas que se deben adoptar para la regulación, legalización y control de las aguas, los descargos de residuos, materiales y los contaminantes atmosféricos que afectan o pueden afectar las condiciones sanitarias del Ambiente. Además el Art 599, define que los ciudadanos tienen derecho a obtener de los funcionarios competentes la debida información y las instrucciones adecuadas sobre asuntos, acciones y prácticas conducentes a la promoción y conservación de su salud personal y de la de los miembros de su hogar, particularmente, sobre higiene, dieta adecuada, orientación psicológica, higiene mental, educación sexual, enfermedades transmisibles, planificación familiar, diagnóstico precoz de enfermedades y sobre prácticas y el uso de elementos técnicos especiales
1974	Decreto-ley 1188 de 1974 <sup>179</sup>  (junio 25)	Por el cual se expide el Estatuto Nacional de Estupefacientes	<p>Respecto de la propaganda comercial al consumo de alcohol.</p> <p>ART 41. El que en cualquier forma estimule o, sin permiso de autoridad competente, difunda el uso de droga o sustancia que produzca dependencia física o síquica, incurrirá en presidio de dos a ocho años.</p> <p>ART 42. El profesional o practicante de medicina, odontología, enfermería, farmacia o de alguna de las profesiones auxiliares de la medicina, que, en ejercicio de ellas prescriba, suministre o aplique droga o sustancia que produzca dependencia física o síquica para fines no terapéuticos o en cantidad superior a la necesaria, incurrirá en presidio de dos a ocho años.</p> <p>Además de la sanción establecida en el inciso anterior, se impondrá la suspensión en el ejercicio de la profesión por un término de dos a ocho años.</p> <p>ART 43 La pena aplicable se aumentará hasta en las tres cuartas partes, en los siguientes casos:</p> <p>1o. Respecto de los artículos 37 y 38, cuando el agente realizare la conducta valiéndose de la actividad de menores de veintiún años, de enfermos o deficientes de la mente o de personas habituales al uso de drogas o sustancias que producen dependencia física o síquica.</p> <p>2o. Respecto de los artículos 37 a 42 cuando la conducta se realizare en relación con menores de veintiún años, con enfermos o deficientes mentales o con personas habituales al uso de drogas o sustancias que producen dependencia física o síquica, o cuando se realizare respecto de personas a quienes se inicie en el uso de tales drogas o sustancias.</p> <p>3o. Respecto de los artículos 37 y 38, de acuerdo con la cantidad y calidad de la planta, droga o sustancia, a juicio del Juez.</p>

<sup>179</sup> Decreto derogado por la Ley 30 de 1986

Año	Documento legal		Observaciones
1970	Decreto 1355 de 1970  (agosto 04)	"por el cual se dictan normas sobre policía".	<p>Disposiciones sobre contravenciones nacionales de policía y sus medidas correctivas.</p> <p>Para aprehender a enfermo mental peligroso o enfermo contagioso los jefes de policía podrán dictar mandamiento escrito para el registro y allanamiento de domicilios o de sitios abiertos al público.</p> <p>Compete a los comandantes de estación y de subestación prohibir la concurrencia a determinados sitios públicos o abiertos al público al que por su edad o estado de salud física o mental le sea perjudicial, según dictamen médico, asistir a tales sitios.</p> <p>No podrán exhibirse películas sin autorización previa del Comité de Clasificación de Películas que estará integrado por cinco miembros así:</p> <p>Un experto en cine, un abogado y un psicólogo, nombrados directamente por el gobierno, un representante de Asociación de Padres de Familia, que será escogido por el gobierno de terna que le enviará dicha asociación, y un representante de la Curia Arquidiocesana de Bogotá, que será designado por el arzobispo.</p>
1970	Decreto 1136 de 1970  (julio 19)	"por el cual se dictan algunas medidas sobre protección social"-	<p>Medidas de Rehabilitación y otros en casos de vagancia, enfermos mentales, toxicómanos y alcohólicos; medidas de rehabilitación y otros.</p> <p>Art 1°. El que en lugar público o abierto al público ejerza la mendicidad será recluso en asilo, hospital, clínica u otro establecimiento público adecuado o se le prestará la asistencia necesaria en su domicilio, si lo tiene, o en consulta externa, siempre que siendo física o síquicamente inhábil para trabajar, no posea medios propios de subsistencia ni persona obligada y capaz de prestárselos. Si el mendigo tiene persona obligada y capaz de prestarle alimentos a ella le será entregado después de prevenirla para que cumpla su obligación y de advertirle sobre las sanciones penales por inasistencia económica, sin perjuicio de la asistencia social debida por el Estado.</p> <p><b>Art 3°.</b> El que careciendo de medios de subsistencia o de persona a suministrárselos y que por incapacidad física o mental no ejerza ocupación lucrativa lícita será recluso en hospital, clínica u otro establecimiento público similar por el tiempo necesario para su curación o su rehabilitación o recuperación. Esta atención podrá prestársele, si fuere el caso, en su domicilio, si lo tiene, o en consulta externa.</p> <p>Art 4°. Al que perturbe la tranquilidad pública, como consecuencia de estado de intoxicación crónica producida por el alcohol, o por enfermedad mental, o por consumo de estupefacientes o de alucinógenos, se le someterá a tratamiento médico con o sin internación en clínica, casa de reposo u hospital hasta obtener su curación o su rehabilitación. Tanto la iniciación como la terminación del tratamiento estarán precedidos de dictamen médico oficial favorable.</p> <p>El tratamiento se dará en establecimiento público, salvo que el enfermo o su familia soliciten que se haga en establecimiento privado a su costa.</p> <p>Art 5°. Los hospitales, clínicas o frenocomios públicos mantendrán pabellones especiales para recluir a las personas sujetas a las medidas de protección social de que trata este Decreto. El director del establecimiento</p>

Año	Documento legal	Observaciones
		<p>deberá informar al menos semestralmente al funcionario respectivo sobre el estado del paciente y de inmediato cuando se logre su curación o rehabilitación.</p> <p>Art 10. El que se encuentre en cualquiera de las situaciones descritas en este estatuto será asistido en la audiencia por su representante legal o por su curador si fuere menor de edad o enfermo demente; si no lo tiene o no puede hacerse presente o la persona es mayor de edad y sana de mente, será asistida por ciudadano honorable nombrado por ella u oficiosamente por el Alcalde o el Inspector.</p> <p>Art 11. El Alcalde o Inspector podrá ordenar, si lo considera necesario, la internación provisional del aprehendido en hospital, asilo o clínica en tanto se dicte la resolución de fondo.</p>

Fuentes: Subred Integrada de Servicios de Salud sur E.S.E (2017), Ardón-Centeno, N. y Cubillos-Novella, A. (2012). Mora Valero (2013), Política de Salud Mental 2013-2021, Dpto. del Tolima (2013) y Carvajal Duran, Fanny Johana (2006), Ministerio de la Protección Social (2005) y las Resoluciones, Decretos y Leyes aquí enunciados.

**ANEXO DOS: TESIS REVISADAS UNIVERSIDAD DEL VALLE Y MONOGRAFIAS UNIVERSIDAD NACIONAL**

**PARTE A: TESIS REVISADAS UNIVERSIDAD DEL VALLE**

Autor(es)	Año Publ.	Título	Programa Académico	Resumen u observaciones
Díaz Andrade, SDA. ; Valencia, A.M. ; Patino de Mora, S.	(1966).	Factores sociales y familiares que interfieren en el tratamiento ambulatorio de los pacientes en el Hospital Psiquiátrico San Isidro de Cali. Colombia.	Tesis (Trabajador Social) -- Universidad del Valle. Facultad de Humanidades, 1966	<p>Frente a las dificultades presentadas respecto al alto índice de deserción del tratamiento en pacientes ambulatorios, se generan muchas preocupaciones en el orden de la salud pública, pero también en el orden de las implicaciones económicas que representa el tener un paciente en condiciones de irregularidad respecto al tratamiento con el consecuente reingreso al ámbito hospitalario y la consabida dinámica de puerta giratoria. Se revisan condiciones asociadas al sistema de creencias, a las rutas diversas de tratamiento a las enfermedades que son soportadas en nociones mágicas y religiosas de la enfermedad, en la condición de las relaciones interpersonales en el orden de la familia, las posturas de autoridad y el lugar que ocupa el enfermo.</p> <p>Aparece una tesis primera en el marco del trabajo social, que muestra un claro interés en aportar a la comprensión de un factor de riesgo para el proceso mismo de hospitalización, siendo la condición del paciente y su familia una cuestión que ha de estudiarse a favor de una pregunta enmarcada en la institución misma.</p>
Díaz Rojas, María Teresa.	(1977).	A propósito de la locura. Colombia.	Tesis (Licenciado en Filosofía) -- Universidad del Valle. Facultad de Humanidades, 1977	<p>El discurso sobre la locura es abordado desde una perspectiva crítica de la filosofía. Muy cercano –tal vez por la época en que fue escrito- a los planteamientos de Michel Foucault quien para la época ya había publicado: Enfermedad mental y personalidad, (1962), Historia de la locura en la época clásica (1961), El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica (1963), Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas (1966), La arqueología del saber. (1966)</p> <p>Se plantea entonces una postura ideológica del concepto de locura a la luz de las teorías que cuestionan la visión de éste fenómeno desde la perspectiva normalizadora y propone una pregunta constante sobre lo que podemos denominar como el sujeto implicado en la locura.</p>
Sancllemente G, C. ; Saavedra C, M.L	(1979).	Consideraciones teóricas acerca de las técnicas de intervención del	Tesis (Trabajadora Social) -- Universidad	<p>Antes del posicionamiento en la ciudad, de discursos relacionados con las teorías sistémicas, aparece, no obstante una tesis que comienza a convocar en la ciudad el asunto del vínculo social del paciente en condición de hospitalización psiquiátrica, poniendo su acento en la cuestión de la familia y de la manera como desde una disciplina particular (trabajo</p>

Autor(es)	Año Publ.	Título	Programa Académico	Resumen u observaciones
		trabajo social con la familia en el psiquiátrico. Colombia.	del Valle Facultad de Humanidades, 1979	social) ha de hacerse un abordaje de la misma. Nótese que aun siendo una tesis contemporánea con la de filosofía: Díaz Rojas, María Teresa (1977). Esta tesis no parte de una postura en donde el cuestionamiento crítico sobre el aparataje desde el cual se apuntala la locura, sino que convoca más bien un deseo de “contribuir” en términos de una intervención técnica disciplinar al conjunto de acciones que se pueden llegar a realizar en un hospital psiquiátrico, con énfasis en las modalidades de hospitalización para entonces vigentes.
Amashta, M. ; Bacall, N. ; Santamaria de Relegado, G	(1982).	Utilización del test Bender, escala de Mustenberg, como indicador de lesión cerebral: estudio realizado en población del Hospital Psiquiátrico San Isidro. Colombia.	Titulo alterno: Tesis. Unible. Facultad de Educación. Psicología	Hace parte de las primeras tesis encontradas desde la disciplina psicológica, y llama la atención el hecho de que se plantea, no una problemática particular de la institución o el sujeto en condición de padecimiento psíquico, sino más bien la cuestión de la aplicabilidad de un instrumento, con el fin de hacer descartes o no sobre la posible existencia de una lesión cerebral. Esto lo que plantea, entre otras cosas, es que los primeros encuentros dentro del HPUV con la investigación local en psicología, estuvieron marcados más por lo instrumental, que lo crítico. Asunto muy parecido a lo que se observa en trabajo social.
Vielma B., DOVB. ; Escobar Serrano, MC. ; Sánchez Rodríguez, MSR.	(1990).	La deserción en el tratamiento de mujeres con diagnóstico de depresión en la unidad de salud mental del Hospital Universitario del Valle. Colombia.	Tesis (Trabajadora Social). Universidad del Valle. Facultad de Humanidades, 1990	24 años después de la tesis de Díaz Andrade et al (1966) continúa la preocupación por la deserción de pacientes de programas ambulatorios. Esta vez ya ha sido creada la unidad de salud mental de HUV y es desde allí desde donde se hacen entonces estudios sobre la deserción. Curiosamente sigue pensándose el asunto desde los sujetos y no desde la institución como posibles agentes responsables de la discontinuidad o la interrupción de los tratamientos.
Arango Escobar, Y. ; Castro Osorio, S.L. ; Meza Valencia,	(1992).	Intervención de terapia ocupacional con pacientes psiquiátricos agudos. Colombia.	Tesis (Terapeuta Ocupacional) -- Universidad del Valle.	Desde la perspectiva de una necesaria recuperación de funcionalidad del paciente, no sólo como objetivo, sino también como mediadora de la curación o estabilización de su salud mental. Aparece esta tesis en Terapia Ocupacional unos años antes de que esta disciplina comience a adquirir gran fortaleza en el proceso de recuperación de los pacientes en el ámbito hospitalario primero y luego ambulatorio y comunitario.

Autor(es)	Año Publ.	Título	Programa Académico	Resumen u observaciones
M.V. ; Ospina Franco, O.L			Facultad de Medicina, 1992	En el caso particular de esta tesis se propone el estudio de la recuperación de funcionalidad en pacientes agudos, sin que los aportes y propuestas de intervención logren ser dinamizadas en el marco de los procesos hospitalarios.
Molina Aristizabal, A	(1994).	La Familia: factor de recuperación o de enfermedad del paciente esquizofrénico. Colombia.	Tesis (Trabajadora Social)-- Universidad del Valle. Facultad de Humanidades, 1994	El doctor Gianfranco Caecchin, llegó a Colombia por segunda vez en noviembre de 1992. Gianfranco Caecchin fue uno de los más reconocidos estudiosos de finales del siglo XX de la salud mental desde la perspectiva psicoanalítica, que ha incursionó en el en el campo de la terapia sistémica inaugurando con otros científicos de lo social, el modelo de terapia familiar de la escuela de Milán. Según el diario el Tiempo “Después de varios años de estudiar la obras de Watzlawick y Bateson, este grupo decidió crear una nueva forma de conceptualizar y trabajar con las familias en transacción esquizofrénica” (El Tiempo. Bogotá, 06 de noviembre 1992) En ese contexto, comienzan a surgir con mayor fuerza, tesis de grado en trabajo social en las que se estudia la familia y su dinámica como soporte social. En el caso de la tesis “La Familia: factor de recuperación o de enfermedad del paciente esquizofrénico.” Lo que se hace es un recuento de las teorías ya existentes respecto al tema, tratando de ratificarlas a la luz de las experiencias clínico-investigativas en pacientes con dx de esquizofrenia. Cabe anotar que asistimos aquí a los años en que se evidencia que desde trabajo social y psicología, se intenta que las investigaciones aplicadas sean soporte de las teorías vigentes. Y esta tesis hace parte de ese repertorio de producciones.
Gómez Galeano, OLGG. ; Rincón Villegas, FRV.	(2000).	Análisis situacional del posicionamiento del H.D.P. "San Isidro" de Cali en el mercado de la salud. Colombia.	Tesis (Magister en Administración en Salud).- Univ. Valle. Facultad de Salud	Se trata de una tesis que aborda el posicionamiento social y estratégico del HPUV. Encontrando que a la fecha de la publicación no aparecían competidores potenciales, pero que tenía como gran debilidad su dependencia al entonces denominado ISS, que para ese momento ya se encontraba en crisis.
Bolaños Sánchez, Carlos José (Autor)  Sánchez Patiño, Luis Alfonso (Autor)	(2009)	La debilidad mental desde la perspectiva del psicoanálisis en el textos en línea en español entre los años 1995-2007 un	Tesis. Instituto de Psicología.  Colombia : Universidad del Valle	Déficit alude a la falta e indica la falencia de un sujeto en el área de la salud, Jean-Étienne Esquirol, los denominaba en el siglo XIX como “atrasos mentales”. Luego se denominó oligofrenia: desde la “imbecilidad” a la “debilidad de espíritu”, Esta tesis se vincula con el psicoanálisis Presentan el estado de la cuestión del concepto debilidad mental desde la perspectiva del psicoanálisis. A partir de la revisión de 28 textos en línea, en idioma español y publicados entre 1995 y 2007.

Autor(es)	Año Publ.	Título	Programa Académico	Resumen u observaciones
		estado de la cuestión		
Mora González, J.	(2015)	Caracterización etnográfica del hospital psiquiátrico San Isidro analizado bajo el concepto de institución total: el caso de la sala siete	Tesis. Facultad de Ciencias Sociales y Económicas. Sociología	El trabajo sintetiza una descripción etnográfica de las características generales del Hospital Psiquiátrico San Isidro de la ciudad de Cali, con un énfasis particular en los pacientes femeninos de la sala número 7 El criterio orientador ha sido tomar el hospital Psiquiátrico como una institución total en el sentido que le otorga a esta noción el sociólogo Erving Goffman, en su famoso libro Internados. Se trata simplemente de tomar algunos de los aspectos que este autor señala como característico de una institución total, y tratar de ver como esos elementos sirven de criterio para llevar a cabo una descripción de lo que ocurre en el hospital en cuestión.
Montes Martínez, M.	(2016)	La participación de la Universidad del Valle en la constitución del asilo San Isidro como hospital psiquiátrico 1955-1970	Tesis. Facultad de Ciencias Sociales y Económicas. Sociología	El cambio institucional de San Isidro se enmarca en un contexto de posguerra con cambios profundos en la práctica y enseñanza médica, cómo se define la salud y la atención psiquiátrica. A nivel nacional, Colombia experimenta un avance relativo en términos de urbanización, comercio, industrialización migración interna y la modernización de los servicios de salud en el país. Entre los años de 1936 y 1937 se creó la Casona “San Isidro” como una correccional de menores. En la década del 40, San Isidro pasa a ser un asilo en el que se interna a quienes eran clasificados como desviados. En 1950 se presentan los primeros atisbos para la conformación de un hospital psiquiátrico a partir de la creación de una Junta Pro-Construcción, junta que encuentra unas condiciones de oportunidad para encausar el proceso a partir de la segunda mitad de la década al: disponer de fondos; y hallar en la Facultad de Salud de la Universidad del Valle y particularmente en su Departamento de Psiquiatría, un aliado que intervino como ente consultor y científico. En cuanto a la recolección de los datos, se optó por aplicar una estrategia de análisis documental. El referente conceptual que se usa es la noción de cambio institucional planteada por DiMaggio y Powell, para identificar qué actores de la Universidad del Valle estuvieron involucrados y particularmente cuáles fueron los aportes del Departamento de Psiquiatría a nivel administrativo, clínico, docente y arquitectónico en la constitución de San Isidro como un hospital psiquiátrico. Esta monografía fue desarrollada en el marco del proyecto de investigación: Del asilo al hospital. Procesos de institucionalización de la salud mental en Bogotá y Cali, 1940-1970, convocatoria interna 2015 # 6175 y bajo el auspicio del Programa de Semillero de Investigación 2015.

Autor(es)	Año Publ.	Título	Programa Académico	Resumen u observaciones
Peralta Ardila, María del Pilar.	(2017)	Élite cívica y filantrópica : la Junta pro-construcción Hospital Psiquiátrico San Isidro, Cali, 1950-1961	Tesis. Unible. Facultad de Ciencias Sociales y Económicas. Maestría en Sociología	<p>Esta investigación pretende indagar el papel de las instituciones públicas y privadas a través de la “Junta pro-construcción del Hospital Psiquiátrico San Isidro” frente a la salud mental a mediados del siglo XX en Cali. Este trabajo considera los cambios institucionales que permitieron la consolidación y modernización del hospital psiquiátrico en la ciudad. Para esto, analiza el papel de las organizaciones públicas y privadas en el paso del Asilo San Isidro al Hospital Psiquiátrico en Cali, 1950-1961. Esto a través de (a) Describir la incidencia del reordenamiento de los campos organizacionales en el tránsito del asilo al hospital; (b) Identificar los actores que gestionaron el cambio institucional del asilo al hospital y (c) Indagar las disposiciones políticas y médicas de la junta pro-construcción en la recomposición de la salud mental moderna en la ciudad. La metodología se basa en el análisis de diseño documental. Las fuentes de información son el archivo del Hospital Psiquiátrico Universitario y el archivo del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario del Valle. Otra de las fuentes documentales es la Revista Club Colombia (1955-1958) y los periódicos Diario del Pacífico (1950-1954), El País (1950-1961) y Relator (1950-1960). Además de estas fuentes, se incorpora una serie fotografías de álbumes personales y entrevistas a familiares de integrantes de la Junta y Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul que trabajaron en el Asilo/hospital. A partir de estas fuentes se pretende reflexionar sobre el tratamiento moral de la enfermedad mental y el sistema político, las transformaciones de métodos psiquiátricos y su relación con la asistencia o intervención pública.</p>

**PARTE B. OTROS PRODUCTOS DE GRADO EN PSICOLOGÍA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. <sup>180</sup>**

Año <sup>181</sup>	Autores <sup>182</sup>	Título <sup>183</sup>	Ejes temáticos	Observaciones <sup>184</sup>
1971	Cecilia Rodríguez y Ana Victoria Karpf C.	Estudio comparativo de niños de 5 a 8 años con parálisis cerebral	MEDICIÓN - NEUROCOGNICIÓN	Estudios comparativos que contrastan las habilidades de los niños/as según edades de tratamientos recibidos.
1971	María José Uribe Mallarino.	La prueba de Rorschach en la selección de personal ejecutivo.	MEDICIÓN - PERSONALIDAD ORGANIZACIONAL	Para la época, el test de Rorschach era uno de los test proyectivos más importantes, y como otra clase de test psicológicos, este permitía medir una amplia serie de rasgos de personalidad. En el caso aquí estudiado, dicho test era evaluado con relación a la aplicabilidad del mismo en procesos específicos de selección de personalidad
1971	María C. Franco de Uesseler, Amanda	Análisis factorial de grupo de pruebas de aptitud	PSICOMETRIA - PERSONALIDAD	Mediante el estudio de las correlaciones entre los test que conforman una batería particular que mide aptitudes de quienes participan en su aplicación, es clasifica la fiabilidad de la batería.

<sup>180</sup> Los nombres de las Monografías, sus autores y año de publicación corresponden a un documento titulado MONOGRAFÍAS DE GRADO A PARTIR DEL 10 DE NOVIEMBRE DE 1971 AL 31 DE OCTUBRE DE 1975 que es una selección realizada por la Revista Colombiana de Psicología y publicada en <http://bdigital.unal.edu.co/35336/1/35632-140740-1-PB.pdf>. Las columnas correspondientes a los ejes temáticos y las observaciones corresponden a la autora de la presente tesis de grado. De este documento se toman los 2 primeros años referenciados con el fin de conocer mejor en qué momento disciplinar se encuentra la psicología a comienzos del periodo de estudio que aquí nos interesa.

<sup>181</sup> Información tomada de Monografías de grado a partir del 10 de noviembre de 1971 al 31 de octubre de 1975. Selección realizada por la Revista Colombiana de Psicología

<sup>182</sup> Información tomada de Monografías de grado a partir del 10 de noviembre de 1971 al 31 de octubre de 1975. Selección realizada por la Revista Colombiana de Psicología

<sup>183</sup> Información tomada de Monografías de grado a partir del 10 de noviembre de 1971 al 31 de octubre de 1975. Selección realizada por la Revista Colombiana de Psicología

<sup>184</sup> Las columnas correspondientes a los ejes temáticos y las observaciones corresponden a la autora de la presente tesis de grado.

Año <sup>181</sup>	Autores <sup>182</sup>	Título <sup>183</sup>	Ejes temáticos	Observaciones <sup>184</sup>
	Flórez. Mayl S. Castillo. José A. Laverde,			
<b>1972</b>	Mesther Ortiz y Margarita Barragán.	Dificultades en la adaptación del estudiante en la educación media	ADAPTABILIDAD EDUCATIVA -	En una época en que comienza a aumentar notablemente la población que accede al sistema escolar de educación media en el país, comienzan también a surgir preguntas sobre el sistema mismo y la forma como el mismo se dinamiza en el aula, que para entonces más que en la actualizad, eran verdaderos microespacios de poder en donde la palabra y figura del docente representaba autoridad. El determinar las los factores que inciden en las dificultades que presentan los estudiantes durante los procesos de adaptación escolar, permitiría –es un supuesto- incidir sobre los mismos. Cabe anotar que no hablamos de una época en donde asuntos tales como la cobertura o la deserción se concibieran como un problema mayor.
<b>1972</b>	Guyomar Castro de Espinosa y Olga Matilde Leal Muñoz.	Estandarización del P. M. A. para niños de 6 a 7 años	MEDICIÓN PSICOMETRÍA -	Los Test de Aptitudes Mentales se convierten en una herramienta para que los psicólogos midan las condiciones, en términos de competencias mentales, de la población a la que sean aplicados. Generalmente durante este periodo, la gran cantidad de test son aplicados en los campos educativo y organizacional.
<b>1972</b>	Alonso, Sánchez Pilonieta, Bonelli Buriticti T. y Darla F. Castro G.	Estudio sobre "Flanagan Aptitude Classification Tests" para su utilización en la selección de aspirantes a cursos de formación de técnicos medios en el SENA	MEDICIÓN SELECCIÓN -	De otra parte la estandarización de Test, se convierte en una actividad e interés importante durante la séptima y buena parte de la octava década del siglo XX. En Cali, por ejemplo, es claro el efecto de la presencia de docentes como Floralba Cano, quien se constituye como un referente de autoridad en el campo de la Psicometría en Colombia. Para el periodo que aquí interesa, esta psicóloga habrá de escribir los siguientes textos <sup>185</sup> dentro del campo de la medición y evaluación psicométrica:
<b>1972</b>	Leonidas Castro C., Fernando Barrera C. y Eduardo Arcila A.	Adaptación y estandarización del P. M. I. en Colombia en	ADAPTATIVIDAD MEDICIÓN	

<sup>185</sup> Información tomada de Orejuela, Johnny Javier (2013) Floralba Cano. Escritos. Editorial Bonaventuriana. Universidad de San Buenaventura, Cali.

Año <sup>181</sup>	Autores <sup>182</sup>	Título <sup>183</sup>	Ejes temáticos	Observaciones <sup>184</sup>
		población alfabetizada entre los 16 a los 45 años		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elementos de estadística al servicio de la evaluación de alto rendimiento (1971)</li> <li>• Los test psicológicos y su valor ante la ley (1983)</li> <li>• Manual de construcción de pruebas de conocimientos (1996)</li> </ul>
<b>1972</b>	Álvaro Botero Restrepo.	Estandarización de una prueba de cultura general a nivel de bachilleres y profesionales en Bogotá	EDUCATIVA - PSICOMETRIA	<p>Por su parte, la investigación de Diego Aristizabal B. y Luis Bernardo López C, analiza y estandariza el cuestionario de intereses aplicado por el Servicio Nacional de Pruebas a los bachilleres egresados en 1969, con el fin de conformar una prueba de 150 preguntas que sirva como instrumento adecuado a los psicólogos dedicados a la orientación profesional. El método seguido en el estudio de este cuestionario de 450 preguntas (incluye las 150 preguntas originales del Inventario de Intereses de Guilford-Zimmerman</p> <p>(<a href="https://books.google.com.co/books/about/Estandarizacion_del_inventario_de_intere.html?id=BIPkjgEACAAJ&amp;redir_esc=y">https://books.google.com.co/books/about/Estandarizacion_del_inventario_de_intere.html?id=BIPkjgEACAAJ&amp;redir_esc=y</a>)</p>
<b>1972</b>	Diego Aristizabal B. y Luis Bernardo López C.	Estandarización del inventario de intereses de Guilford Zimmerman	PSICOMETRIA - EDUCATIVA - ORIENTACIÓN PROFESIONAL	<p>La monografía de Herbert Echeverri A., aparece cuando comienzan a constituirse condiciones normalizadoras con respecto a los hábitos de las personas y los estudios de las actitudes y hábitos de estudio comienzan a hacer su incursión dentro de lo que luego corresponderá a una suerte de higienismo del aprendizaje.</p>
<b>1972</b>	Herbert Echeverri A.	Actitudes y hábitos de estudio	ADAPTABILIDAD - EVALUACIÓN- EDUCATIVA	<p>Pero también en este grupo encontramos 5 de 8 monografías cuyo énfasis está asociado al rendimiento escolar, bajo la premisa del logro o el mejoramiento del mismo en los diferentes niveles de aprendizaje escolarizado.</p>
<b>1972</b>	Gabriel Oviedo y Álvaro Galvis.	El proceso terapéutico no directivo y sus implicaciones en el aprendizaje	EDUCATIVA  EVALUACIÓN	<p>Se encuentran adicionalmente dos tesis cuya pregunta está puesta en el estudiante como sujeto, una de ellas para proponer la evaluación y posterior orientación de la denominada vocación</p>
<b>1972</b>	Carmenza Hernández P., Tomas Castellanos A.	Estudio investigativo sobre algunos factores del rendimiento escolar en el curso quinto de primaria de 1968 de las escuelas distritales		

Año <sup>181</sup>	Autores <sup>182</sup>	Título <sup>183</sup>	Ejes temáticos	Observaciones <sup>184</sup>
<b>1972</b>	María Julieta Riberos y Rosa Helena Ortiz.	Influencia de la forma de relación lógica de los estímulos sobre el rendimiento en la solución de problemas de razonamiento educativo		profesional, que finalmente supone una condición particular del estudiante, y otra de carácter más cualitativo que se interroga por los rasgos de personalidad de los primíparos universitarios en el sector público de la capital colombiana. No obstante no es claro el fin de éste último estudio aquí mencionado.
<b>1972</b>	Lilia Salamanca de Sánchez y Myriam Zuluaga de Loaiza.	Evaluación y comparación del rendimiento escolar de los alumnos de III y V de primaria en establecimientos educativos de la ciudad de Bogotá		
<b>1972</b>	Mercedes Álvarez Ch, y Dioselina Giraldo de Marín.	Aplicabilidad de intereses vocacionales de Kínder como instrumento de orientación profesional		
<b>1972</b>	Rocío Vallejo de Borrero.	Estudio comparativo de rasgos de personalidad entre estudiantes de primer año de la Universidad Nacional	CUALITATIVA COMPARACIÓN SUJETOS.	-
<b>1972</b>	Blanca V. B. de Angarita. María C. Montana C. y María Eugenia Díaz R.	Aplicación experimental de un método de lectura sin error.	MIXTA EXPERIMENTAL COGNITIVA EDUCATIVA	- - Y - Otra preocupación que acompañó la formación de psicólogos casi que hasta principios de la década de los 90, estaba asociada al aprendizaje de las matemáticas y la lecto escrita. Esta monografía responde a esa tendencia.
<b>1972</b>	Horacio Restrepo Acosta.	El concepto de relevancia en la posición metodológica de B. F. Skinner	COGNITIVO CONDUCTUAL.  TEORICA	- - Se trata del estudio sobre algunas de las perspectivas defendidas por un Conductista Radical, para quien “un organismo no actúa de una manera determinada para ser reforzado, sino más bien, la conducta de dicho organismo se presenta por que en el pasado fue reforzado en situaciones similares a la actual. Skinner no rechazó la existencia de propósitos, intenciones, deseos, intereses u objetivos, ni que

Año <sup>181</sup>	Autores <sup>182</sup>	Título <sup>183</sup>	Ejes temáticos	Observaciones <sup>184</sup>
				éstos dirijan la conducta, lo que rechazó fue el recurso de utilizarlos como explicaciones últimas de la conducta, porque aun tales propósitos e intenciones tienen que ser explicados y sus orígenes siempre se encuentran en la historia de reforzamiento de la persona”. “Skinner adoptará el análisis funcional como principio metodológico para establecer las regularidades en las relaciones entre los estímulos como variables independientes y las respuestas como variables dependientes” <sup>186</sup>
<b>1972</b>	Joel Otero A., Olga Beatriz de Pérez y Juan Fernando Perez.	Notas sobre el alcoholismo <sup>187</sup>	MONOGRAFIA  PROBLEMÁTICA SOCIAL  PSICOANÁLISIS	Otero, quien luego será docente del programa de Psicología de la Universidad del Valle, y promoverá el movimiento conceptual por el que el psicoanálisis, la sociología, el pensamiento griego, la estética y los estudios del contexto social se vinculan, que llamará la Clínica de lo social. Desarrolla aquí, casi 15 años antes, la pregunta por el alcoholismo, de la que derivan sus notas, que son un conjunto de reflexiones enmarcadas desde el psicoanálisis Freudiano y Lacaniano. Posteriormente, cuando es docente de Univalle, Joel Otero mostrará entre otras cosas que el asunto de las adicciones es que resuelven “en una estabilización o en una progresiva reclusión, la situación, al menos en la medida en que evitan la emergencia de las supuestas reales estructuras patógenas que subtenderían su empleo.” <sup>188</sup>  Respecto al alcoholismo, Otero retomará en un ensayo fechado del 2013 que: “El alcoholismo, si bien no resultaba ser una estructura

<sup>186</sup> Plazas, Elberto Antonio. (2006). B. F. Skinner: La Búsqueda De Orden En La Conducta Voluntaria. Universitas Psychologica, 5(2), 371-384. Recuperado el 28 de octubre de 2018 de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672006000200013](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000200013)

<sup>187</sup> Otero, Joel, escribirá cuatro años después otro artículo sobre el tema: “Alcoholismo y femineidad”. Revista #1. Sección de Investigaciones Psicológicas. U. de Antioquia. Medellín, 1976

<sup>188</sup> Tomado de un documento virtual de la biblioteca digital de la Universidad Nacional, no referenciado. Recuperado el 28 de octubre de 2018 de: <http://bdigital.unal.edu.co/40656/1/12104-30667-1-PB.pdf>

Año <sup>181</sup>	Autores <sup>182</sup>	Título <sup>183</sup>	Ejes temáticos	Observaciones <sup>184</sup>
				<p>en sí, formaba parte indiscutible de las drogadicciones, las cuales con su inclusión delataban que el modelo psico-patológico había pasado a ser otro asunto. No sólo se redefinía un nuevo mapa que rearmaba el escenario de lo mórbido (ampliación del espectro y redefinición de las territorialidades de lo reconocidamente sintomático), el alma había pasado a ser -luego de la clave freudiana que le asignaba ya condición de “aparato”- el más refinado, contundente, e intangible armado tecnológico (sin olvidarse de lo terrorista que la daba al tiempo como bomba de realidad suplementaria, condenada a continuamente implosionar y - más tarde o más temprano- definitivamente a estallar)<sup>189</sup> (Otero, Joel, 2013. p. 28)</p>
<b>1972</b>	Eugenia Guzmán.	Aspectos de personalidad de dos grupos de religiosas de Bogotá	PERSONALIDAD, CULTURAL, CUALITATIVO.	Se trata de un estudio de carácter cualitativo, aunque comparativo. En donde el énfasis es puesto en la personalidad. Llama la atención que el grupo de interés sean religiosas, pues no es común el estudio de ésta población en particular.
<b>1972</b>	Mario Ramírez.	Aspectos psicológicos del trato del recluso en Colombia	CUALITATIVA  SUBJETIVIDAD  RELACIONES INTERPERSONALES	Corresponde a una pregunta distinta a las anteriores y muestra una mirada distinta respecto a cómo interrogar quien es un sujeto y cuáles son los retos que impone al profesional. Lo que interesa al autor, es incluso, no el recluso mismo, sino la incidencia de la relación vincular con el sistema carcelario, en la psique del recluso como sujeto. Unos años después de ésta monografía seguirá incluso afirmándose que las funciones desempeñadas profesionalmente por psicólogo de las instituciones penitenciarias colombianas no están establecidas formalmente y por ello son variables y están sujetas a

<sup>189</sup> Álvarez, Otero Ensayo (2013) El lugar del psicoanálisis en la actualidad. Ensayo. <http://bdigital.unal.edu.co/9764/1/El%20lugar%20del%20Psicoan%20C3%A1lisis%20en%20la%20actualidad.pdf>

Año <sup>181</sup>	Autores <sup>182</sup>	Título <sup>183</sup>	Ejes temáticos	Observaciones <sup>184</sup>
				las características de cada institución carcelaria. (Quintero y Ramírez, 1996) <sup>190</sup> .

---

<sup>190</sup> Quintero, B. Ramírez, M. (1996). Propuesta para el rol del psicólogo en el tratamiento penitenciario progresivo en el medio colombiano. Tesis. Santa fe de Universidad Católica de Colombia. Bogotá.

**ANEXO TRES: ARCHIVOS DOCUMENTALES O.P.S., O.M.S. Y MINISTERIO DE SALUD**

<b>AUTOR</b>	<b>AÑO</b>	<b>TITULO</b>	<b>CATEGORIA</b>
OPS/OMS	<b>1961</b>	Salud, crecimiento económico y progreso social en la América Latina.	Documento
Ministerio de Salud	<b>1976</b>	Programa de salud mental en el sistema nacional de salud: Niveles de atención	Programa de Salud Mental.
Ministerio de Salud Pública.	<b>1976</b>	Decreto 121 de 1976 (enero 23)	Decreto
León, C. A.	<b>1976</b>	Perspectivas de la salud mental comunitaria en Latinoamérica	Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.
Organización Panamericana de la Salud. (OPS) (Autor Corporativo)	<b>1978</b>	Informe del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS para la Enseñanza en Salud Mental y Psiquiatría, Washington, D. C., 23 de septiembre-1 de octubre de 1976	Estados Unidos : Organización Panamericana de la Salud (OPS),
Ministerio de Salud. Colombia	<b>1982</b>	Departamento de nutrición y dietética: Hospital Psiquiátrico.	Libro
Delgado Zambrano, Alba Judith	<b>1982</b>	Manual general de organización modelo normativo para enfermería en el programa de salud mental según niveles de atención volumen I	Manual de organización y funciones
OMS	<b>1984</b>	Atención de salud mental en los países en desarrollo: análisis crítico de los resultados de las investigaciones Artículo de Revista / Impreso - Artículo de Revista O.M.S. No. 698 (sept. 1984) Suiza:	Informes técnicos.
OMS	<b>1984</b>	Artículos Atención de salud mental en los países en desarrollo : análisis crítico de los resultados de las investigaciones	Informes técnicos. O.M.S.
Colombia. Ministerio de Salud (Autor Corporativo)	<b>1988</b>	Macrodiagnóstico de salud mental : sub-sectores oficial directo y privado 1986-1987	Colombia : Editorial Arte, 1988
OMS	<b>1990</b>	La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria	España: Organización Mundial de la Salud. OMS, OCT 1990

Ministerio de Salud, Colombia	<b>1990</b>	Salud mental: definición de líneas de investigación. Memorias	Ministerio de Salud, Colombia
Commager, Henry Steel	<b>1991</b>	Informe del grupo de trabajo sobre los principios para la protección de las personas que padecen enfermedades mentales y para el mejoramiento de la salud	Series Consejo Económico y Social. Comisión de Derechos Humanos. Estados Unidos : Naciones Unidas,
Tizón García, J.L	<b>1992</b>	Atención primaria en salud mental y salud mental en atención	España : Ediciones Doyma
Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Medicina, PU (Autor Corporativo)	<b>1995</b>	A propósito de un análisis secundario de la encuesta nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas Colombia 1993: división de comportamiento humano. Ministerio de Salud	Colombia : Pontificia Universidad Javeriana
	<b>1995</b>	Atención Primaria en Salud -- Enfermedad -- -- Participación comunitaria -- Salud mental -- Servicio de salud.	Revista Bibliográfica Salud . Vol. 8, no. 16 (dic. 1995) Emisión de Seriado Colombia : Fundación Rafael Pombo. Centro de Información e Investigación,
Organización Panamericana de la Salud (OPS),	<b>1997</b>	Informa Organización Panamericana de la Salud	Revista panamericana de salud pública. Vol. 2 no. 5, 1997
Polanco Uribe, Gerylee (Editor)	<b>2010</b>	'Celebidades' locales: reinas, locos y poetas (DVD 57/72)	[Parte de Colección audiovisual Rostros y rastros [videgrabación]. Colombia : Universidad del Valle