



RESUMEN

En el siguiente trabajo se presentara la historia de la Clínica Psiquiátrica de la Costa en Turbaco Bolívar entre 1960-1985, el control social que se aplicaba a las personas con problemas mentales en la región; la clínica como lugar de aislamiento, para que estas personas entraran en un proceso de recuperación, para luego reintegrarse a la vida civil

**Control social y aislamiento de personas con problemas mentales: El caso de
la Clínica Psiquiátrica de la Costa en Turbaco Bolívar
(1960-1985)**

Anderson Gutiérrez Carmona

Asesor:

José Wilson Márquez Estrada

Universidad de Cartagena

Facultad de Ciencias Humanas

Programa de Historia

Cartagena

2013

**Control social y aislamiento de personas con problemas mentales: El caso de
la Clínica Psiquiátrica de la Costa en Turbaco Bolívar
(1960-1985)**

Anderson Gutiérrez Carmona

Historiador

Programa de Historia

Cartagena

2013

Dedicatoria

*Esta investigación se la dedico a Dios,
a mi familia, profesores y compañeros
de clases; quienes me han apoyado
durante todo el transcurso de la carrera,
que me permite obtener el título de
Historiador de la universidad de Cartagena*

Agradecimientos

Agradezco, primeramente a Dios y padre que está en los cielos, que me dio la sabiduría que necesite durante todo el transcurso de mi carrera, para llegar al lugar donde hoy en día me encuentro. Gracias a Dios he recibido una profesión, que me permitirá salir adelante y tener una mejor calidad de vida. También le doy gracias a mi madre que me apoyo durante todo el transcurso de la carrera esforzándose, para darme los recursos económicos necesarios para mis estudios.

Agradezco a mis profesores y compañeros de carrera, que también ayudaron y contribuyeron a mi formación profesional, a través de los materiales de estudios y también recursos económicos. Así mismo, agradezco a mis hermanos y amigos, que me animaron para que siguiera adelante y poder obtener una profesión.

Gracias a todos ellos soy un profesional

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	8
1. La locura en la historia.....	13
1.1 La locura en América Latina: los casos de México Argentina y Colombia.....	21
2. Fundación de la Clínica Psiquiátrica de la Costa en Turbaco Bolívar.....	27
2.1 Problemas de higiene y representación de los locos.....	30
2.2 Historia de la Clínica Psiquiátrica de la Costa en Turbaco Bolívar.....	32
2.3 Rutina diaria y método de curación del paciente.....	37
2.4 Casos de algunos pacientes que ingresaban a la clínica.....	39
3. Conclusiones.....	65
4. Bibliografía.....	69

INTRODUCCION

En el transcurso de la historia, los locos siempre han estado presentes en todos los tiempos y épocas de la humanidad. Los locos han estado desde la antigüedad en todas las ciudades y poblados de la antigua Grecia, Roma, países del norte, África entre otros. Así mismo, en Europa estas personas con problemas mentales eran aisladas en cárceles o expulsadas fuera de las ciudades, habitando en cementerios o lugares despoblados. Pues los locos eran personas que no representaban una importancia en cargos públicos o representativos.

En Francia, Alemania, Inglaterra entre otros países, los locos fueron tratados como criminales, siendo arrojados en cárceles o lugares de oscuridad, siendo azotados, golpeados, maltratados etc. Sin embargo, por medio de la creación de manicomios y hospitales mentales, el trato hacia este fue cambiando, a medida que la medicalización y el surgimiento de la psiquiatría fueron creciendo.

En Colombia, en la ciudad de Medellín, por medio de la modernización, se creó el ferrocarril para conectar las zonas urbanas con las zonas rurales. Movilizando así un gran sector de la población, que venía en busca de trabajo u oportunidades. En este grupo de personas que se desplazaban en este medio de transporte, también se agregaron los locos, quienes se desplazaban hacia los cascos urbanos de la ciudad que se encontraba en crecimiento. A partir de esta problemática, el gobierno distrital crea el hospital mental de Medellín, para medicalizar, o aislar este sector de la población, para descongestionar la ciudad y evitar la propagación de las enfermedades, ya que se pensaba que por medio del ambiente, estas personas propagaban bacterias que podían causar enfermedades al resto de la población.

En esta investigación se presentara la historia de la Clínica Psiquiátrica de la Costa como institución de control social y aislamiento de pacientes con problemas mentales en departamento de Bolívar entre 1960 y 1985. Cómo fueron los inicios de la institución, algunas historias clínicas de algunos pacientes que ingresaron a la institución y el proceso que estos atravesaban para buscar su recuperación.

Este trabajo será dividido en dos capítulos, en la primera intentare mostrar los conceptos de locura, el aislamiento de estas personas a través del encierro por diferentes causas porqué se consideraban que eran peligrosos y porqué portaban enfermedades que se podían esparcir en el ambiente y contagiar de locura a la sociedad. También, las diferentes causas por las cuales las personas entraban en un estado de locura y las conductas que estos tenían, lo que causaba la estigmatización o exclusión de la sociedad hacia estos individuos.

En el primer capítulo, se muestra la locura y quienes la padecen en la historia. Podemos estudiar los diferentes conceptos y causas por las cuales una persona padecía de trastornos mentales y los diferentes tratos que se les asignaban por medio de la sociedad a estas personas que padecían de estas enfermedades relacionadas con la locura. Igualmente, observaremos de manera teórica algunos conceptos utilizados en la época refiriéndose a las personas que padecían de trastornos mentales como son: la sinrazón, alineación mental, trastornos mentales, etc. La creación del mundo imaginario formado por el loco que le creaba un encierro en la realidad de la sociedad, pero la libertad en su propio mundo.

Por otra parte, observaremos, los tratos que se les dio a estos individuos por parte de médicos empíricos y la población, para excluir y “sanar” a estas personas que padecían enfermedades

mentales, a través de los malos tratos, camisas de fuerzas, azotes, exclusión encierro, baños de agua fría etc.

Así mismo, podremos analizar en esta investigación, diferentes casos de se presentaban en algunos países de América latina, como son los casos de México, Argentina y Colombia, las instituciones que existieron en su momento como fueron: la Canoa, La Gran Castañeda, las Mercedes, Hospital mental de Medellín entre otros, para atender a este sector de la población. Igualmente, las diferentes estrategias que se utilizaron para buscar la recuperación de estas personas que padecían de estos trastornos, los aportes que fueron apareciendo a través de la convivencia con estas personas por parte de médicos y enfermeros en los hospitales mentales de la época.

Por otra parte, observaremos el imaginario colectivo que se creó por la presencia de estas personas en las calles, y que se creía que estos esparcían la enfermedad por el ambiente y que podía contagiar el resto de la población, y por tanto, se aislaban para contrarrestar, la propagación de la enfermedad. Y que esto se vio en algunos departamentos del país por medio de los estudios realizados, que concluyeron que al estar estos individuos en condiciones insalubres, estas enfermedades se expandían por la ciudad. Uno de estos casos lo podemos observar en la ciudad de Medellín, que a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, la presencia de estos individuos en la ciudad fue bastante considerable y, por tanto, se tomaron algunas represarías, dando como consecuencia la creación del hospital mental de Medellín.

En la segundo capítulo, intento presentar los inicios de la Clínica Psiquiátrica de la Costa en Turbaco Bolívar entre el periodo de 1960-1985. Cuál fue el proceso por el cual atravesó en su formación para consolidarse como una de las instituciones psiquiátricas de la costa. También,

la llegada de los pacientes de esta institución, el estado mental el que se encontraban, las terapias que se les implementaba para obtener su recuperación y ser devueltos a sus lugares de origen, la rutina diaria de los pacientes, el número de pacientes que ingresaban en la institución en algunos años desde que entro en función la clínica, entre otros aspecto que se evidencian en este trabajo. Para ello, iniciare mostrando un poco la problemática que se presentaba en la región, con relación a la presencia de estos individuos en los diferentes poblados de la región, la historia del pueblo de Turbaco, para que el lector conozca un poco los inicios del municipio. También, el inicio de la Clínica Psiquiátrica de la Costa en el municipio, el lugar donde empezó sus funciones, la capacidad de pacientes que tuvo, después el lugar donde fue trasladada, el ingreso de los pacientes que procedían de diferentes pueblos de la región, el proceso por el cual pasaban los pacientes desde su entrada hasta la salida al recinto, algunos datos estadísticos entre otros.

Y por último, algunas conclusiones que podemos obtener del estudio y la investigación de este trabajo, para obtener algunas ideas que permitirán a futuro que otros investigadores realicen estudios de estos temas sobre historia social en la región, específicamente, instituciones que existieron como reclusión de personas con problemas mentales. Para ello, cuento con algunas informaciones que me ha brindado la clínica como son: entrevista, historias clínicas, un documento que contiene información de la institución, una carta dirigida hacia una señora que tenía un familiar en la clínica escrita por el doctor morales y algunas bibliografías entre libros, artículos, ensayos entre otros.

Esta investigación es de gran relevancia para la región, ya que son pocas las investigaciones que se han hecho sobre historia de personas con problemas mentales o locura. Se han hecho trabajos sobre higiene, lepra, prostitución, criminalidad entre otros, pero investigaciones sobre

historia de la locura muy pocos, ya que las fuentes que se han encontrado sobre personas con problemas mentales son muy pocas. Esta investigación ayudara a que otros estudiantes e investigadores de temas sobre historia de la locura en Cartagena, estudien este tema con otros enfoques u objetivos, para optar título de pregrado o participar en foros, congresos, u otros eventos, donde se exponen estudios de historia social.

Otras ciudades como Medellín, se han realizado investigaciones de historia de la locura en la ciudad, como son Álvaro León Casas Orrego y José Márquez Balderrama, que han venido trabajando temas de historia social, como actor social, los pacientes con problemas mentales. Esto ha permitido que otros estudiantes e investigadores se inclinen por investigar sobre historia de la locura con otros enfoques y puntos de vista, contando así, con publicaciones en revistas, universidades, páginas web entre otros.

La información que me brindo para desarrollar este trabajo de grado no se encuentra de manera organizada, estas se encuentra ubicadas en una pequeña habitación, donde reposan las historias clínicas, las cuales, muchas de ellas se encuentran deterioradas, a causa de la humedad y plagas, que hacen perder información valiosa, para otros trabajos de grados.

El objetivo central de este trabajo es cómo se daba el control social de estas personas que padecían de trastornos mentales y el aislamiento que se les aplicaba para su recuperación, ya que en ese estado de locura representaba un peligro para los familiares y la sociedad y, por tanto, debían ser aislados para obtener su recuperación.

CAPITULO 1

La locura en la historia

La locura en la historia

Para empezar, debemos definir que es la locura. Según Foucault es una aceleración del espíritu, desarreglo de la razón que nos impide distinguir lo verdadero de lo falso y que por una agitación continua del espíritu pone a quien está afectado fuera de capacidad del poder dar algún consentimiento.¹

Otro concepto de locura según Foucault es que se llama loco a quienes están privados totalmente de la razón o que persisten en algún error notable, es este error constante del alma que se manifiesta en su imaginación, en sus juicios y deseos en el que constituye el carácter de esta clase.²

Otro concepto de locura por Álvaro León Casas Orrego dice que quien los padecía no era dueño de sí mismo, estaba fuera de sí, «no regía» su conducta, sino que actuaba tan contra sí mismo como si fuera otro quien tomara las decisiones por él o por ella³

La locura siempre ha estado presente desde la antigüedad. Los locos eran azotados públicamente como una especie de juego, los ciudadanos los perseguían simulando una carrera y los expulsaban fuera de la ciudad, golpeándolos con vara. Los locos eran catalogados como fatuos, dementes, frenéticos, débiles de espíritu etc.⁴

¹ Michel Foucault, *Historia de la locura en la época clásica, tomo 1*, Bogotá, Fondo de Cultura Económica, 1994, p, 226

²Ibíd, p, 375

³ Álvaro León, Casas Orrego, “Desplazamiento y aislamiento, alineados mentales en la ciudad de Medellín 1878-1930”, en *Revista de historia y la medicina y de la ciencia*, vol. LX, n°2, Medellín, Julio-diciembre del 2008, p, 125

⁴M. Foucault, Ob.cit, p, 24

Por otra parte, la locura era observada como una conducta inmoral por quienes la padecían, en consecuencia, los locos se les excluía de la sociedad porque se salía del marco normal para hacer parte de lo anormal. Los locos eran impulsados por la tentación, lo que conllevaba a que tuviesen conductas fuera del modelo del hombre de sociedad y, en efecto, eran sacados de la ciudad para que habitasen en lugares aislados como los cementerios.⁵

Algunas personas que padecían de trastornos mentales se les encerraban como método de separación de la sociedad en lugares que se encontraban en condiciones precarias, en lugares oscuros, para invisibilizar a este sector de la población por su condición de locura o como portadores de enfermedades, que podían afectar a la sociedad y de acuerdo al estado en el que se encontraba su condición de locura, se le asignaba el lugar donde permanecería.⁶

En el siglo XVII y XVIII se practicaba el encierro a personas sinrazón, la personas que comenzaban a padecer de trastornos mentales se les encerraba en un lugar en donde no tuviesen contacto con la sociedad, formando así una nueva comunidad separada o estigmatizada. El encierro se aplicaba como método de medicalización, es decir, de separación para que quien careciera de razón con el fin de evitar la propagación de enfermedades, ya que estos individuos se les culpaba por la propagación de enfermedades por representar un foco de infección y, en consecuencia, se daba una separación para ejercer un control social.⁷

En algunas ciudades la modernidad permitió la organización de los barrios conllevando a un sistema de vigilancia a la población con el fin de detener la propagación de la locura por medio del aire, ya que la sociedad creía que esta se esparcía por el ambiente y eran propicios a ser contagiados de esa enfermedad. Las casas debían tener las ventanas abiertas para que los

⁵ *ibid*, pp, 26,37

⁶ *ibid*,pp, 81, 130

⁷ *ibid*, p, 160, 174

habitantes de estas fuesen vigilados por el sistema de seguridad implementados por el estado moderno que venía en construcción. Si los residentes de los barrios no se presentaban, entonces demostraban estar enfermos y por tanto, debían ser aislados para que entraran en un proceso de desinfección.⁸

La locura era una manifestación de sinrazón y quien lo padecía no era dueño de sí mismo, era visto como una cosa o como un objeto que debía ser controlado. La persona que manifestaba una ausencia de razón se encontraba privado de su libertad, ya que se encuentra encerrado en sí mismo sin posibilidad de ser autosuficiente y, por tanto, necesitaba alguien superior que lo dominara.⁹

La locura no se podía ver así misma sino vista y observada por el otro, quienes se encontraban en este estado presentaban conductas atípicas que se salían del marco de lo normal a lo anormal, y este individuo comenzaba a comportarse como un niño y en el momento de manifestar su conducta, se imaginaba toda una orquesta en donde este asumía todos los papeles.¹⁰

Al manifestarse la locura esta creaba un mundo imaginario, en donde el loco ilusionaba cosas no existentes en la realidad, pero existían en la realidad de sí mismo, este creaba todo un mundo de cosas que solo existían en su mente y con las cuales podía tener contacto e involucrarse en las mismas o ser partícipe de las cosas que ilusionaba.

La locura en los siglos mencionados anteriormente era vista como una enfermedad que se propagaba por el aire catalogado como sinrazón, por tanto, el encierro era una manera de

⁸ Michel Foucault, *La vida de los hombres infames*, Argentina, Altamira, 2005, p, 58

⁹ Michel Foucault, *Historia de la locura en la época clásica*, tomo II, México, Fondo de Cultura Económica, 1994, pp,10-11

¹⁰ Ibid, pp, 14-18

controlar la expansión de la enfermedad y muchos individuos temían a este sistema por miedo a contagiarse de sinrazón.¹¹

Pero ¿Cuáles eran las causas consideradas por la sociedad que conducían a la locura? El aire, la libertad, los mensajes de los predicadores, la religión, la civilización, la ciencia, la vagancia etc. En el aire era donde se encontraba la enfermedad de la locura o sinrazón, también, la libertad que tenía un individuo podía conducir a la locura. Mientras los ricos disfrutaban de placeres las mujeres pobres no podían casarse y se deliberaban conllevando a que padeciera de locura.¹²

Los mensajes de los predicadores estremecían los espíritus débiles y, en consecuencia, conducían a la locura. Al individuo creer estos mensajes emitidos por un predicador del infierno, de la condenación, del juicio de Dios entre otros, generaba una alteración del espíritu que llevaba a las personas a padecer de un trastorno mental. Cuando las personas comenzaban a profesar una religión vivan con miedos e inseguridades por la debilidad de su espíritu, lo que los conducía a la locura o la sinrazón.¹³

Por otra parte, la civilización, la modernidad y los cambios que comenzaba a presentar la ciudad, conducía al hombre a buscar información sobre la misma, generando así una conducta maniática, ya que al querer encontrar respuestas o en búsqueda de la “verdad” lo impulsa a tener conductas anormales o de una persona que carece de razón.¹⁴

La vagancia era vista como síntoma de locura, el individuo que no se encontrara haciendo o desarrollando alguna actividad podía padecer de sinrazón. Por tanto, el individuo debía

¹¹ Ibid, p, 28-30

¹²Ibid, p, 44

¹³Ibid , p, 47-48

¹⁴Ibid, pp, 49-57

realizar alguna actividad provechosa para evitar que tuviese libertad y que al usar esta, no lo condujera a padecer de sinrazón.¹⁵

. Los lugares insalubres conducen a la degeneración y posteriormente conllevan a la locura del individuo. En las ciudades se da un proceso de modernización con el fin de establecer una organización por medio de los barrios y comunas y así, vigilar a los habitantes de los mismos.

A partir de ello se buscaba desinfectar la ciudad de las enfermedades y limpiar el aire de miasmas y microbios. Las casas debían tener ventanas para vigilar a los individuos. Si estos no se presentaban, entonces demostraban que estaban enfermos y por tanto, había que aislarlos implementando la cuarentena que consistía en aislar aquellos enfermos para que entraran en un proceso de limpieza y desinfección. Se aislaban a los locos, leprosos, enfermos, vagabundos etc.¹⁶

Posteriormente surge el concepto de medicalización, según Foucault, define como separar y de esta manera purificar a los demás. Era considerada como una medicina de exclusión. A partir de ello se daba un encerramiento de delincuentes, pobres, vagabundos y que obedeció a ese sistema de pensamiento. Este sistema se implementaría con el fin de eliminar la contaminación que generaban estos individuos, y además para limpiar la ciudad. Con esto se buscaba separar al individuo a través del aislamiento, vigilarlos, comprobar el estado de salud, inspeccionarlo y controlarlo con un registro más completo.¹⁷

A los locos se les trataba como criminales excluyéndolos de la sociedad, porque representaban focos de infección y, por tanto, para mantener la ciudad limpia de bacterias,

¹⁵Ibid, p, 58

¹⁶Ibid , p, 60

¹⁷ M. Foucault, *Historia de la locura*, ob.cit, p, 61

entonces, se implementaba la cuarentena que consistía en aislarlos en un lugar fuera de la ciudad.¹⁸

La locura era vista como la pérdida de la verdad o ausencia de la razón, sin embargo, el hombre no perdía la verdad sino que se aleja de ella, y la manera de cómo se reflejaba esta ausencia de la verdad o locura lo hacía a través de la conducta o forma de actuar, esta acción se desplazaba de lo normal a lo anormal, generando otra expresión de la verdad oculta y la manifiesta quien la padece.¹⁹

El número de locos se duplicaban en época de revolución, esta traía desordenes, guerras civiles, desempleo, entre otros, lo que generaba el aumento de una población que padecía de locura. En consecuencia, de esta situación, en el siglo XVIII y XIX aparecen en Francia los primeros alienistas, encargados de controlar a estos individuos con problemas mentales y se comienzan a implementar en los primeros manicomios camisas de fuerza, baños de agua fría, azotes para sacar la locura entre otros.²⁰

La locura conducía a peligros mortales y cuando se padecía, hacía al hombre incapaz de mantenerse así mismo. El individuo que carecía de razón o que se aleja de ella necesitaba del otro para poder sobrevivir. Alguien que se encargara de el, para mantenerlo o sustentarlo por no poder depender de sí mismo.²¹

Los imbéciles y furiosos necesitaban mayor vigilancia y atención por parte del manicomio, pues estos expresaban una locura más activa, mientras que el insensato escondía la locura en la

¹⁸M. Foucault, *La vida de los hombres infames*, ob.cit, p, 175

¹⁹M. Foucault, *Historia de la locura*, ob.cit, p, 64

²⁰ Fernando Duarte Beltrán, *Concepto de esquizofrenia en los autores españoles a través de las publicaciones psiquiátricas españolas 1939-1975*, España, Universidad de Valencia, Departamento de Historia de las ciencias y documentación, 2004, pp, 168-172

²¹ M. Foucault, *Historia de la locura*, ob.cit, p, 79

razón, es decir, era más difícil de detectar, pero dejaba evidencias por el comportamiento que el individuo tenía, y estos a la vez creaban su propio idioma.²²

A través del encierro al individuo se le privaba de la libertad por el peligro que representaba, estos eran encerrados en calabozo como criminales y el trato hacia ellos era más rígido que el de los últimos mencionados. Los prisioneros que encerraban junto a los alineados mentales se les trataban mejor y mientras los prisioneros se podían quejar frente al trato que se les daba los alineados mentales no. También, cuando un criminal se le encerraba durante mucho tiempo podía padecer de trastornos mentales y perder la razón formando parte de la nueva sociedad naciente, estos son, los locos.²³

Los locos eran enviados a América para desocupar los asilos para los próximos que venían a causa de la guerra de los 7 años. La presencia de estos individuos era significativa, por tanto se buscaba desaparecer este sector de la población por el peligro que estos representaban. Sin embargo, la aparición de nuevos locos era constante y, por ende, debían buscar soluciones a esta situación que se presentaba.²⁴

²² *Ibíd*, p, 85

²³ *Ibíd*, pp, 89-93

²⁴ *Ibíd*, p, 99

La locura en América Latina: los casos de México, Argentina y Colombia

En América, existieron algunos manicomios que se encargaban de las personas que padecían de trastornos mentales. En México surgió el primer manicomio de América, fundado en 1567, su fundador huye a Lima por ser culpable del delito de homicidio. El vuelve a México después de un tiempo hacer obras de caridad, y comienza a recibir en el establecimiento formado por el mismo, personas con problemas mentales, haciendo una fortuna con esta práctica. El lugar fue cerrado en 1910 para fundar la gran Castañeda.²⁵

Muchas mujeres que presentaban algún estado de locura fueron trasladadas desde el hospital central de la Canoa a la Gran Castañeda. Se les aislaba de manera individual con el fin de hacerles un tratamiento moral y a la vez clasificar la locura. En la época no se había definido algunos estados de locura sino que el concepto era generalizado para todos los pacientes como maniáticas.²⁶

En La Castañeda había una actividad diaria para el tratamiento de los pacientes. Estos se les suministraban los alimentos por la mañana y luego les realizaban algunas terapias para buscar su recuperación. Desarrollaban algunas actividades rutinarias en el patio de la institución, con el fin de que estuviesen en espacios adecuados para que estos se movilizaran. A partir de ello, se lograba mantenerlos tranquilos y así estimular su recuperación.

²⁵ Cristina Sacristán, “La locura se topa con el manicomio, una historia por contar”, en *Cuicuilco*, vol. 16, México, 15 de enero-abril, 2009, pp, 133-189

²⁶ Frida Gorbach, “¿Dónde están las mujeres de la Castañeda? Una aproximación a los expedientes clínicos del manicomio” en *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, 31 de marzo del 2011, pp, 207-220

Había un cuerpo de enfermeros que velaban por el bienestar de estos y, a la vez, aportaban a la construcción del conocimiento del psiquiatra. Se estipulaba un tiempo para que presentasen una mejoría y si los resultados arrojados eran satisfactorios se les daba de alta.²⁷

Durante el siglo XIX y XX se implementaron las ideas freudelianas en la institución, es decir, se usaba la hipnosis y la interpretación de los sueños para identificar el estado mental en el cual, se encontraba el paciente. La psiquiatría comenzó a tener mutaciones o cambios para condicionarse a los estados de locura que se venían presentando en la gran Castañeda hasta su cierre por su poca inversión por parte del gobierno mexicano.²⁸

Este individuo debía ser alejado de la sociedad, pero el método implementado era el encierro. A partir de esto, a los locos que andaban por las calles se les apresaba, para encerrarlos por el peligro que representaban como la agresión y propagador de enfermedades.²⁹

En este lugar el loco debía ser tratado especialmente, pero en la condición o el estado en el cual permanecen los hace ver en situación de miseria, y por tanto, debía tener un trato distinto, pero en los lugares de oscuridad y suciedad que permanecían hacia que transmitieran miedo y temor a la sociedad.³⁰

La locura iba unida o relacionada con la sinrazón y también con la enfermedad. Quien padecía de trastornos mentales era visto como portador de la enfermedad de la locura y la sociedad pensaba que era contagiosa y, una salida o solución a este problema era el encierro. Por tanto, encerrar al loco era inmunizar a la sociedad de ser contagiada con la sinrazón, ya que la

²⁷ Cristina Rivera Garza, “Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y estado general de La Castañeda en México 1910-1930”, en *Secuencia*, n° 51, México, 2000, pp, 56-89

²⁸ Juan Capellino, “Cuerpos sin historia, de la psiquiatría al psicoanálisis en México”, en *instituto de investigaciones psicológicas*, México, p, 207

²⁹ M. Foucault, *Historia de la locura*, ob.cit, p, 124

³⁰Ibid, p, 129

sociedad veía al loco como foco de infección y portador de la enfermedad de la locura, entonces, encerrarlo era evitar la transmisión de la locura.³¹

Cuando el individuo padecía de trastornos mentales era que dejaba salir la locura como otra expresión de su naturaleza, es otra versión de la verdad de la razón que se encontraba escondida, pero que sale para liberarse de la razón.³²

El loco se ve como algo, por tanto, debe actuar como tal y a la vez se convierte de lo que cree ser. El individuo que padecía de ausencia de la razón se imaginaba que era algún noble, rey, guerrero, entre otros. Es el caso de un loco que creía ser Napoleón Bonaparte, quien el carcelero le decía que si lo era porque no se podía liberar de su miseria. Al cabo de un tiempo se convenció de no ser Bonaparte y, regreso la razón que se había ausentado.³³

Otra de las causas que conducía a la locura era la falta de sueño y la constancia de la vigilia. Quien padecía de trastornos mentales dormía poco su cuerpo y mente no descansaba sino que se mantenía en constante actividad, así que la alineación mental se mantenía por causa de la vigilia, la constancia actividad y el delirio que se fortalecía, mientras que se alejaba y debilitaba la razón.³⁴

El alineado mental no podía ver lo mismo que veía el hombre razonable, padecía de ceguera de la realidad del mundo razonable, mientras que se sumergía en la visión del mundo irracional visto desde el otro, pero que a la vez era la razón de la sinrazón, es decir, lo real de lo irreal. Este mundo creado en la mente del alineado mental era la realidad del mismo pero la no existente desde el punto de vista del hombre racional y de la sociedad.³⁵

³¹Ibíd, pp, 141-144

³² Ibíd, p, 148

³³Ibíd, p, 363

³⁴Ibíd, pp, 373-374

³⁵ Ibíd, p, 377

En Argentina, los pacientes con problemas mentales, simulaban una locura no existente para obtener beneficios particulares. Estos, cuando cometían algún crimen, simulaban padecer de problemas mentales para no ser encarcelados, y a partir de esto, el crimen que habían cometido quedaba borrado. Así mismo, empleados del campo, cuando no querían continuar en sus labores, simulaban una locura, para ser despedidos por su patrón, y así poder realizar otras actividades laborales.³⁶

La locura, según la sociedad, era generaba a causa del ambiente o por el modo de vida que llevaban los individuos. También, estas personas que simulaban una locura preferían ser internados en manicomios, para obtener una mejor vida y por la buena atención que se les brindaba en las instituciones. Cuando los médicos notaban una mejoría, de la locura que simulaban los pacientes, decidían darles libertad, pero estos individuos actuaban de una manera anormal o que aun, no se habían recuperado, para que los médicos no los sacaran de los manicomios, para continuar recibiendo las atenciones brindadas por la institución.³⁷

Encontramos casos de pacientes que tenían alucinaciones y trastornos mentales reflejados en sus comportamientos, como el caso del paciente X quien dice que reconoce sus fantasmas y que estos provienen de su pensamiento y toda noticia que lee en la prensa, le muestra que afuera es peligroso y que su casa le da mayor seguridad, pero dentro de si tiene una llama que tiene afectos y funciones, pero cuando esta se apaga vienen las inseguridades y temores que describen su locura.³⁸

En Colombia, en el departamento del Tolima, Magdalena, y Cundinamarca comenzaron a realizar algunas investigaciones con el fin de identificar lo que generaba las enfermedades que

³⁶ José Ingenieros, *Simulación de la locura*, Argentina, Biblioteca virtual universal, 2003, p, 13

³⁷Ibíd , pp, 21-26

³⁸ Enrique Carpintero, La locura del sujeto normal, en *Topia*, Argentina, abril del 2011

están perjudicando a la población, y se concluyó que algunas de estas enfermedades eran generadas por problemas de higiene y salubridad. También se concluyó que quienes eran los portadores y quienes transmitían estas enfermedades eran los vagabundos, borrachos, prostitutas, locos etc.³⁹

Se comenzó a implementar políticas de higiene para evitar que estas enfermedades siguieran propagándose, y a estos individuos se les encerró en lugares aislados de la población para evitar el contagio y a la vez para lograr la recuperación de estas personas, como mecanismo de control y medicalización, velando por el bienestar de los ciudadanos.⁴⁰

Por otra parte, en la ciudad de Medellín, comenzó a ingresar alineados mentales por medio del ferrocarril, ya que el sonido de esta máquina los atraía y, por tanto, las calles de la ciudad había una presencia considerable de estos individuos. Estos generaban problemas de higiene y, en consecuencia, aparece la acción de medicalización, como medida de exclusión. La policía al ver este sector de la población los trataban como criminales, dándoles azotes para llevarlos a las cárceles.⁴¹

El manicomio de Medellín, a los pacientes se les colocaba camisa de fuerza, cuando estos se tornaban agresivos, hasta que estos presentaran un estado satisfactorio o mostraban recuperación. Además, estos lugares debían presentar buena limpieza y también tener buen estado de vegetación en los patios para que hubiese un mejor ambiente propicio para estos individuos y limpiar el aire de miasmas y microbios.⁴²

³⁹ Álvaro Andrés Villegas y Catalina Castrillón, “territorio, enfermedad y población de la geografía tropical colombiana 1872-1934”, en *Historia Crítica*, N° 32, Bogotá, julio- diciembre del 2008

⁴⁰ A. Villegas y C. Castrillón, “territorio, enfermedad y población de la geografía tropical colombiana 1872-1934”

⁴¹ Á. León, Casas Orrego, Ob.cit, pp, 119-141

⁴² Jorge Márquez Valderrama, *Ciudad miasmas y microbios, la irrupción de la ciencia pasteriana en Antioquia*, Medellín, ed. universidad de Antioquia, 2005, pp, 94-97

Los locos eran excluidos de la sociedad como también los eran los mendigos, huérfanos, viudas, prostitutas etc. Y en consecuencia, a esta problemática se crea el hospital mental de Medellín, para encerrar a personas que padecían de trastornos mentales, que esparcían por la calle basura, excremento, lodo, y posteriormente generaban las enfermedades y los problemas de salubridad que venía presentando la ciudad.⁴³

La locura siempre ha sido una parte de la sociedad, pero no aceptada y rechazada por la sociedad por algunos de los factores antes mencionados en este trabajo, pues quien padecía de trastornos mentales era excluido, primeramente por su condición de locura, peligrosidad y porque se pensaba que la locura se podía transmitir, por ser considerada como enfermedad. Quien la padecía era visto como un foco de infección y, por tanto, debía ser encerrado como solución del problema y peligro que representaban estas personas.

Ahora bien, en la segunda parte de este trabajo se intenta presentar el caso de la Clínica Psiquiátrica de la Costa en Turbaco Bolívar, como historia institucional y la presencia de personas con problemas mentales en la región, lo que en consecuencia se llevó al aislamiento de individuos en estado de locura por el peligro que representaban para la sociedad.

CAPITULO 11

⁴³ A. Casas Orrego, ob.cit, p, 128

Fundación de la Clínica Psiquiátrica de la Costa en Turbaco Bolívar

Fundación de la Clínica Psiquiátrica de la Costa en Turbaco Bolívar

En Colombia, en el departamento de Bolívar existían pocas clínicas que se encargaran de atender a pacientes con problemas mentales. Muchos de estos eran enviados, por parte de los familiares, a otras ciudades de la Costa Caribe y, aun, del país. Sin embargo, en 1958, en el municipio de Turbaco se abre una clínica psiquiátrica para atender al sector de la población

que padeciera de estos trastornos o problemas mentales como control social y aislamiento para las personas que se encontraban en estado de locura, demencia, agresividad, entre otros.

Muchos de ellos deambulaban por las calles, e intimidaban al resto de los habitantes de la región. Estos eran conocidos por la población, por motivos de que son pueblos pequeños y donde no había un número considerable de habitantes.

El control social y aislamiento buscaba, principalmente, que estas personas salieran de este estado de locura y se reintegraran a la vida civil, formando así un ciudadano de bien y útil para la sociedad. Pero para lograr esto el loco debía ser controlado e internado en una clínica psiquiátrica para que recibiera un tratamiento por parte del cuerpo médico, y así lograr su curación. Ya que, estos no se pudieron adaptar al modelo de limpieza tanto en los espacios como en los cuerpos propuesto por el estado y, por tanto, el peso de los dispositivos de control y aislamiento cayó sobre ellos.⁴⁴

Turbaco es un municipio ubicado en el norte del departamento de Bolívar. Este se encuentra a unos pocos minutos de la ciudad de Cartagena y con una temperatura de 27 a 30°C. Este se ha caracterizado por ser un municipio de varios acontecimientos históricos, uno de estos fue el incendio ocasionado por los habitantes.

Al surgir la independencia de Cartagena en 1811, la población turbaquera se vio influenciada por este proceso de emancipación, y en 1815 generaron un incendio en el municipio para que los españoles que luchaban en contra de los ejércitos de Nueva Granada, no encontraran recursos para sostener a sus hombres. Sin embargo, después de la independencia absoluta de España, el municipio comenzó a reconstruirse por las llamas ocasionadas por los habitantes,

⁴⁴Juan Manuel Ortiz Martínez y Jorge Armando Orozco Padilla, "Dudosa Ortografía" cuerpos antihigiénicos y espacios insalubres: Prostitución e Higiene Pública en Cartagena, 1888-1920", en *Unicarta*, vol. 108, núm. 120-8919, Cartagena, Octubre 2010, p, 10

con la ayuda económica de López de Santana, un exiliado procedente de México que encontró refugio en el municipio. Igualmente, esta reconstrucción duró varios decenios, dándose así una transformación en su infraestructura.⁴⁵

El plan urbanístico de Turbaco era bastante irregular por los accidentes que presentaba el terreno. En 1920, el pueblo tenía solo 8 calles llamadas: totumo, del coco, las flores, el progreso, santa catalina, cerro, sabana larga o camino a Cartagena y posa de manga. Contaba con cinco sectores llamados: el paraíso, la mochila, bolón, camino de Cartagena, y para entonces el que se encontraba en formación, el prado. El censo de la población, de 1918 daba para Turbaco 5300 habitantes, calculados en 6000 para 1926 y en 1973 sumaban 19.360 en el casco urbano y 3087 en las zonas rurales. Comienzan a funcionar servicios telefónicos, fábrica de tanques plásticos, Fedearroz, almacenes, el hospital local de Turbaco etc. También, aparecen algunos centros educativos para la niñez y la juventud del municipio. Igualmente, se adquiere el predio por el distrito de Cartagena donde se encuentra la alcaldía y comenzó a iniciar sus funciones sobre el municipio.⁴⁶

Sin embargo, y a pesar de que se crean estas instituciones en pro de la población, no existía aún una clínica para personas con problemas mentales en el municipio y existían pocas en la región.

Problemas de higiene, inseguridad y representación de los locos

⁴⁵Alberto Sabaleta Lombana, *Turbaco en la Historia*, en homenaje al pueblo de Turbaco en el v centenario del descubrimiento de América, Cartagena,1994, p, 124

⁴⁶Ibid, p,126

En los municipios y las principales ciudades de la costa existía un determinado número de locos que andaban por las calles, lo que representaba problemas de seguridad e higiene para la región. También, se encontraban en sus casas, encerrados en una habitación o amarrados a un árbol, y se corría el riesgo que estos se escaparan, lo que representaban un peligro tanto para su misma familia como para el resto de la sociedad.

Muchas de estas personas con problemas mentales eran llevadas a hospitales en donde no presentaban una mejoría satisfactoria y eran enviados nuevamente a sus casas, y en consecuencia, andaban por las calles, lo que generaba un peligro social. Además, estos individuos generaban problemas de higiene y salubridad, ya que estos eran portadores de enfermedades y microbios que contaminaban el ambiente y debían tomarse algunas alternativas para solucionar esta problemática que se venía presentando.

A finales del siglo XIX y durante los primeros decenios del siglo XX los locos, los pobres, las prostitutas, los vagabundos, leprosos etc. se caracterizaron por sus malas condiciones higiénicas y por ser portadores de enfermedades. A partir de esto se crean dispositivos de vigilancia y de control social para que establecer mejores condiciones higiénicas principalmente en las ciudades, en este caso, la ciudad de Cartagena, excluyendo así a este sector social.⁴⁷

El estado había construido unas leyes y decretos sobre higiene pública, los individuos que no se acogieran a este modelo serían disciplinados, ya que se debe mantener buena limpieza, tanto en los espacios como en los cuerpos. A partir de esto se construye un modelo de higiene

47

que debe seguir la población y los que puedan adaptarse serán considerados normales, mientras que los que no logren adaptarse serán catalogados como anormales.⁴⁸

En el caso de los locos no pudieron adaptarse a este modelo propuesto por el estado y todo el peso de los dispositivos de control y aislamiento cayeron sobre ellos, intentando someterlos al orden establecido.⁴⁹

Al ver esta necesidad no solo en la población, sino en toda la región entonces por el medico José Antonio Morales se crea esta institución para personas con problemas mentales en el municipio por la necesidad que había en el departamento y la región. Pero ¿porque se crea una clínica psiquiátrica para personas con problemas mentales en este municipio que a la vez se encontraba en una zona rural?

En el caso de los locos, se crearon instituciones para someterlo y dominarlo, evitando así que este individuo generara un peligro para la sociedad, ya que quien sufre de trastornos mentales no era dueño de sí mismo, estaba fuera de sí y actuaba como si otro ser lo dominara.⁵⁰

La Clínica Psiquiátrica de la Costa se abre con el objetivo de controlar y aislar a las personas con problemas mentales que se encontraban en el departamento y la región de la costa Caribe colombiana y también porque representaban un peligro para sus familias y para la población donde estos habitaban. Estos eran aislados con el propósito de mejorar su estado de locura y para luego ingresar o reincorporarse a la vida civil. Igualmente, estaba condicionada para atender estos pacientes agresivos y difíciles de controlar por parte de la familia de ellos y ayudarles a salir de esta condición de locura.

⁴⁸Juan Manuel Ortiz y Jorge Armando Orozco padilla, ob.cit, p, 10

⁴⁹ Ibíd, p, 10

⁵⁰ Á. Casas , ob.cit, p, 125

Historia de la Clínica Psiquiátrica de la Costa en Turbaco Bolívar

En el año de 1958 surgió la idea de un médico Antonio Morales, egresado de la universidad de Cartagena, luego de hacer su año rural en el hospital psiquiátrico Julio Manrique de Sibaté de Bogotá. Apoyado por su señora esposa Carmen Ibáñez de Morales, le da la idea de montar un pequeño hospital psiquiátrico, cuyo nombre recibiría Clínica Psiquiátrica de la Costa.⁵¹

Inicialmente, esta clínica se creó en una calle del municipio de Turbaco llamada calle Espiche o San Roque. Esta institución comenzó sus funciones en una casa alquilada. Las habitaciones fueron el lugar donde se iban a ubicar los pacientes que eran traídos principalmente del mismo municipio. Esta casa tenía la capacidad de albergar a 3 o 4 pacientes entre hombres y mujeres y, esos eran conocidos por la familia Morales.⁵²

Después de algunos años la clínica fue trasladada a una casa ubicada en la avenida Pastrana perteneciente a una tía del doctor Morales llamada Ana María Morales, que anteriormente cumplía la función de colegio. Posteriormente logro adquirirse un lote ubicado al lado de la clínica, donde se encontraba un restaurante llamado el pabellón de las mujeres, que vendía los alimentos a los empleados del puesto de salud que quedaba frente al mismo. Sus empleados pasaron al servicio de la clínica para hacerles los alimentos a los pacientes y a los empleados del centro psiquiátrico. También, Al otro lado de la clínica quedaba un hotel, que luego pasaría al servicio de la institución.⁵³

⁵¹ Archivo Clínica Psiquiátrica de la Costa, Memorias, tomo 1. 1960.

⁵² *Ibíd*

⁵³ *Ibíd*

En ese entonces la institución contaba con una capacidad de 10 pacientes, entre hombres y mujeres, los cuales eran atendidos por el doctor Morales y dos enfermeros, en ese entonces empírico, después de la adquisición de estos inmuebles su capacidad aumentaría, ya que comenzó un proceso de adecuación del recinto, para la llegada de estos individuos.⁵⁴

En los inicios de la clínica los pacientes venían de distintas partes de la región. Al ingresar a la institución, se le preguntaba a los familiares por las manifestaciones o comportamientos que tenía, es decir, desde hace cuánto estaba en esa condición, y después de obtener esta información se le hacía su respectiva historia clínica. Al ingresar a esta no se tomaba un registro de los pacientes que entraban y salían, solo se calculaba que en un periodo de tres meses ingresaban alrededor de 60 a 70 de estas personas, más tarde se realizaría un registro del ingreso y salida para tener una mejor organización de esta actividad.⁵⁵

Los enfermeros eran personas de la misma población que, eran instruidas por el Dr. Morales, quien se encargaba de explicarles la manera de cómo debían ser tratados los pacientes de acuerdo al estado en que llegaran. Cuando llegaban agresivos debían implementarle terapias electrocombulsivas, también llamadas electrochock, para reducir el estado de agresividad para luego comenzar el tratamiento para su mejoría. Pero cuando llegaban pacíficos no había necesidad de implementar estas terapias y, por tanto, se comenzaba el proceso para obtener su recuperación.⁵⁶

Los tres estados de locura en los que llegaban los pacientes son: agresivo, pasivo y melancólico. Los agresivos llegaban en un estado en el cual era difícil de domar y, por tanto, las terapias utilizadas por el cuerpo médico eran las terapias electrocombulsivas o conocidas

⁵⁴Ibíd

⁵⁵ Dolman Osorio, Turbaco Bolívar , 20 de mayo 2011

⁵⁶ Dolman Osorio, Turbaco Bolívar , 20 de mayo 2011

como electrochock o choques eléctricos. De esta manera lograban, de cierta forma, reducir y controlar la locura con el fin de entrar en un proceso de recuperación.

Los pasivos eran pacientes que eran más fáciles de controlar, se les comenzaba hacer algunas terapias durante 72 horas para ver como respondía a las mismas, y si arrojaba resultados satisfactorios se le devolvía a la familia.

El tercer caso eran los melancólicos que llegaban en un estado depresivo y debían sedarse con la intención de mantenerlos dormidos hasta que presentara unos mejores resultados a fin de buscar su mejoría.

El primer paciente que ingresó a la clínica fue: “de nombre X⁵⁷. Y era residente de San Juan Nepomuceno. Con un diagnóstico de esquizofrenia, y otro sería X del mismo municipio con síndrome epiléptico”⁵⁸. Al llegar a la clínica les hicieron el tratamiento correspondiente, para diagnosticarlo y posteriormente se le implementaría las terapias necesarias para generar su recuperación.

La mayoría de los pacientes, en sus inicios, eran conocidos por la familia, pero en un determinado tiempo se fue expandiendo la noticia por los municipios cercanos a Turbaco, aun por toda la costa. Los pacientes provenían de todo el departamento de Bolívar y de otras regiones pertenecientes a la zona norte de Colombia como: Magdalena, Montería, y después eran traídos a nivel nacional e internacional.⁵⁹

Algunas personas que tenían enfermos mentales en sus casas, por tornarse agresivos los amarraban a un árbol en el patio de su casa, pues era la una manera de controlarlos, pues estos

⁵⁷Se le da el nombre de esta manera porque la clínica, por políticas internas, no permite revelar los nombres completos o verdaderos de los pacientes.

⁵⁸ Clínica Psiquiátrica de la Costa, memorias, tomo 1, 1960

⁵⁹ Dolman Osorio, Turbaco Bolívar, 20 de mayo 2011

representaban un peligro tanto para la misma familia como para el resto de la población. Y en consecuencia, tomaban la decisión de tenerlos en esta condición, ya que no tenían conocimiento que existía una clínica psiquiátrica o porque no tenían dinero para pagarla.⁶⁰

Algunos pacientes venían inmovilizados, amarrados con cabuyas sujetos los brazos a un tronco o cáñamo, ya que según los familiares era la única manera de traerlos a la clínica.

Es el caso de:

“un paciente de María la baja, era el primero traído en estas condiciones, lo llevaron como a Jesucristo y los brazos atados a un palo, tenía 6 meses de estar así, desorientado, agresivo, incoherente, el cansancio lo vencía y dormía poco, tenía varios meses sin dormir y lo tenían atado a un árbol de mango, comía como un animal, le impulsaban la comida con un palo, ya que no se podían acercar a él”⁶¹

Al llegar a la clínica le hicieron terapias electrocombulsivas o conocidas como tech, que son conocidos como choques eléctricos, aplicadas por los enfermeros de la clínica, por decisiones del psiquiatra. Cuando se tornaban muy agresivos con dos electroshock quedaban controlados. Para estos casos no había medicamentos según el psiquiatra de la institución. En ese entonces algunos pacientes no se les podían engañar, es decir, utilizar métodos para poder suministrarles las drogas, a partir de algunas terapias se lograba por parte del cuerpo médico controlarlos.⁶²

⁶⁰ Dolman Osorio, Turbaco Bolívar, 20 de mayo 2011

⁶¹ Dolman Osorio, Turbaco Bolívar, 20 de mayo 2011

⁶² Dolman Osorio, Turbaco Bolívar, 20 de mayo 2011

Muchos pacientes llegaban en el estado anteriormente presentado, llegaban amarrados porque era difícil ser controlados, y por tanto venían los brazos sujetos a palos y quedaban como Jesucristo. Se tornaban agresivos y además, al estar en este estado podían agredir algún miembro de la familia. Por tanto, estos últimos tomaban algunas alternativas, para evitar este peligro en el hogar, y eran llevar a este lugar de aislamiento, con la intención que estos mejoraran y volvieran a sus lugares de origen. Además, se había esparcido en la región que los locos que ingresaban a esta institución se “sanaban”, y esta era la causa por la cual no lo llevaban a otro centro psiquiátrico sino a este.

Sin embargo, hay que analizar que la locura no se sanaba sino que se controlaba, es decir, un individuo que comenzaba a presentar conductas anormales se les aplicaba una terapia para reducir este estado que padecía, mas no desaparecía totalmente, ya que hay pacientes que volvían a recaer en esta condición y eran llevados nuevamente a la institución.

Rutina diaria y método de curación del paciente

Los pacientes permanecían sedados por las drogas suministradas por los enfermeros, por órdenes establecidas por el psiquiatra, es decir, permanecían como en estado de coma. Solo se les hacía el llamado para recibir la dieta diaria, suministradas por los empleados de la institución. Las terapias aplicadas por los psiquiatras consistían en un tratamiento psicológico para mejorar el estado del paciente. También, la estrategia utilizada para que ellos mejoraran

era que estos permanecieran durmiendo todo el día, ya que los locos o pacientes con problemas mentales no duermen y por ello debían mantenerse dormido, pero para lograr esto, según el psiquiatra de la institución, se les aplicaba insulina para mantenerlos sedados o como si estuvieran en estado de coma, en otras palabras, dormidos y también agua de azúcar o agua de panela. A partir de estos tratamientos se buscaba que los internos se recuperaran, o presentaran un estado satisfactorio desde el punto de vista del psiquiatra de la institución (Dr Morales) y luego ser devueltos a sus familiares.⁶³

Sin embargo, habían pacientes que no se les podía engañar al momento de suministrarle la insulina, estos se tornaban agresivos y debían ser sujetados por los enfermeros para darle este medicamento y así, lograr sedarlo para mantenerlos dormidos y empezar el proceso de recuperación.⁶⁴

Algunos familiares de estos pacientes temían a que no se recuperaran, pero durante el periodo en el cual estos se encontraban internados en la clínica, al presentar mejoría les daban de alta, y por tanto, se expandió la noticia en los municipios cercanos que el doctor Morales curaba a los pacientes.⁶⁵

Un método presentado por Hugo Vezzetti⁶⁶ en Argentina era que Enrique Pichón Riviere un psiquiatra argentino, ingresó al asilo de las Torres y el Hospicio de las Mercedes para tratar con los pacientes. Su primer contacto de segregación, el encierro y el abandono cuenta que una de sus primeras actividades era conformar un equipo de futbol con el cual ganaba

⁶³ Dolman Osorio, Turbaco Bolívar , 20 de mayo 2011

⁶⁴ Dolman Osorio, Turbaco Bolívar , 20 de mayo 2011

⁶⁵ D. Osorio, Turbaco Bolívar , 20 de mayo 2011

⁶⁶ Autor de algunos estudios realizados por Enrique Pichón Riviere psiquiatra argentino.

siempre. De esta manera buscaba estudiar desde cerca a estas personas y estimular sus mente y, a partir de esto desarrollar su recuperación.⁶⁷

Pero ¿Quién determina su estado de locura y aplica el método para generar la recuperación del paciente? Quien determina su estado de locura y anomalía y aplica el método de recuperación es el psiquiatra, a él le toca decir si el sujeto es peligroso, de qué manera protegerse de él, como intervenir para modificarlo y si es preferible de tratar de reprimir o de curar.⁶⁸

El psiquiatra era quien determinaba el tiempo en el cual se trataba con el paciente para su mejoramiento, de acuerdo como iba respondiendo al tratamiento implementado. Él debía estudiar el proceso que atravesaba y determinar si estaba sano o debía continuar con el proceso de recuperación.

Sin embargo, para lograr este objetivo debía contar con un grupo de trabajo para lograr implementar la dominación hacia el loco. Estos son de manera jerárquica: el psiquiatra, el vigilante y los sirvientes o enfermeros. Porque el poder no pertenece a una persona, ni siquiera a un grupo, solo hay poder porque hay dispersión, relevos, redes y apoyos recíprocos que se manifiestan en el hospital mental.⁶⁹

El vigilante es la mirada objetiva del propio psiquiatra y ayuda a construir el conocimiento del mismo y este reduce la fuerza del loco. El sirviente ejerce un poder curioso, reconoce el asilo a partir del poder médico, debe estar al servicio del enfermo y lo asiste en sus necesidades.⁷⁰

⁶⁷ Hugo Vezzetti, “*Enrique Pichón Riviere, la locura y la ciudad*”. En: Revista Topia, Argentina, Abril 2000

⁶⁸ Michel Foucault, *Vigilar y Castigar*, Bogotá, Editorial de Nueva Criminología, 2000, p, 58

⁶⁹ Michel Foucault, <http://sociologicahumanitatis.files.wordpress.com/2009/10/foucaul-m-la-fuerza-del-loco-espanol>

⁷⁰ Michel Foucault, *El poder psiquiátrico*, Argentina, Fondo de Cultura Económica, 2005, PP., 19-23

Como he mencionado anteriormente, estas personas eran capacitadas por el doctor Morales y desarrollaban un conocimiento empírico a partir de las experiencias adquiridas cuando les tocaba recibir y atender de manera periódica a los pacientes ingresados. Estos le informaban al psiquiatra el estado evolutivo del paciente, y el doctor Morales era quien daba la última palabra o el que daba el diagnóstico final del paciente

Casos de algunos pacientes que ingresaban a la clínica

Los pacientes internados en la clínica psiquiátrica presentaban diferentes trastornos mentales. Algunos se tornaban agresivos mientras que otros presentaban un estado más pasivo. De acuerdo al estado con que ingresaban el cuerpo médico tomaba represarías para tratar la enfermedad y buscar el mejoramiento del paciente.

Uno de los casos presentados es el mencionado anteriormente. Este caso es de un paciente agresivo y que el psiquiatra tomó las medidas adecuadas, buscando la manera de estabilizarlo, para luego entrar en un periodo de recuperación. También se presentaban casos de pacientes que anteriormente habían entrado en un estado de locura pero luego se estabilizan, sin embargo y a partir de un corto periodo recaen nuevamente y son internados en la clínica.

Es el caso de:

“X, edad 25 Años. Procedencia Barranquilla. (...) Fue adoptada a los 3 años, estado de escolaridad, licenciada, la enfermedad inicio hace un mes con inquietud sicópata (...) dice que va a matar al esposo y que se iba a matar a sí misma, no comía, con alucinaciones auditivas, y visual, fue internada en la clínica mental de Barranquilla (...) salió recuperada. A los 10 días recayó nuevamente, con la misma sintomatología, por lo

*que es traída a esta clínica (...) la paciente fue ingresada a la clínica con intenso estado de confusión mental...*⁷¹

En este caso de la paciente podemos ver que tenía una profesión y familia, es decir, no vivía aislada sino una vida activa. Sin embargo, estos pacientes entran en un estado en el cual no tiene control de sí mismo, y por tanto son encerrados y no permite que otro individuo trate con su enfermedad sino el psiquiatra y los enfermeros; para que, primeramente, sea diagnosticada y también medicalizaba, es decir, separada de los demás, con el fin de entrar en un proceso de recuperación hasta presentar resultados satisfactorios y luego retornar a su lugar de origen y reintegrarse a la vida civil.⁷² Igualmente, notamos que había presentado una conducta agresiva, que después se volverá melancólica, y a partir de esto es internada primeramente en un hospital en Barranquilla.

Cuando presenta un estado satisfactorio es dada de alta, para que regrese a su hogar, pero vemos que unos días después de haber salido del hospital, nuevamente recae en un estado de locura y es internada en la Clínica Psiquiátrica de la Costa en Turbaco Bolívar.

Ahora miremos como fue el proceso de evolución de este caso:

“17 de marzo de 1976, paciente que sigue confundida de ideas, no acepta hablar de su historia personal (...) duerme bien”... “30 de marzo de 1976 paciente está en estado mental recuperado, buen curso del pensamiento buena afectividad, se considera que no

⁷¹Clínica psiquiátrica de la costa, Historia Clínica, núm. 16. 440, 8 de marzo de 1976

⁷² Enrique Carpintero, *La locura del sujeto normal*, en *Revista Topia*, Argentina, Abril 2011

está enferma, dice que quiere irse a su casa o que le traigan a sus hijos”... “11 de abril de 1976: paciente que sale en la fecha en condiciones satisfactorias.”⁷³

De esta manera y a partir de un tratamiento implementado por el psiquiatra los pacientes que quedaban en un estado satisfactorio y se les daba de alta para que nuevamente se reintegren a la vida civil y no representen un peligro para la sociedad. Ya que la ciudad y los poblados era para los hombres razonables.⁷⁴

Al loco se le daba un aislamiento del resto de la población, ya que representaba un peligro y este debía ser encerrado para evitar una amenaza y disminuir el peligro en las calles. Sin embargo, el loco no era culpable por el estado en el cual se encontraba, ya que según el diagnóstico se determinaba si el individuo era razonable o loco, pero cuando se determinaba su locura el delito que había cometido o la agresión que realizó a las personas quedaba borrado, pues no se puede determinar un individuo como culpable y a la vez loco.⁷⁵

No obstante, se determinó que el individuo podía ser culpable y loco pero debía encerrarse no para castigarlo sino para cuidarlo y para recibir un tratamiento psiquiátrico con el fin de que este individuo mejorara, ya que podría ser un culpable peligroso y enfermo.⁷⁶

Si el paciente evolucionaba en un estado satisfactorio desde el punto de vista del psiquiatra y los métodos implementados arrojaban buenos resultados, entonces se le entregaba a la familia para que se integrara a la vida civil.

Otro caso de un loco agresivo es:

⁷³Clínica Psiquiátrica de la costa, historia clínica, num.16.390 8 de marzo de 1976

⁷⁴M. Foucault, Historia de la locura, ob.cit, p, 227

⁷⁵ M. Foucault, *Vigilar y Castigar*, ob.cit, p, 55

⁷⁶ *Ibíd*, p, 56

“X, nacido en Cartagena en el barrio la quinta, ocupación zapatero, traído a la clínica por familiares, voluntarios y la policía.(...) manifiesta el padre que hace aproximadamente un año inicio a fumar marihuana, no ha mejorado nada a pesar de los tratamientos que se les ha hecho en el hospital mental San Diego, hace cuatro días entro endrogado y agresivo, y agredió a su hermana en la pierna”⁷⁷

Muchas de estas conductas eran catalogadas, por parte de la sociedad, de una persona que presentaba un estado de locura, que no estaba en su pleno juicio y que se dejaban llevar por sus instintos de agresividad o también como una persona anormal que no podía estar en la sociedad y debía ser encerrado por que representa un peligro social, y por ende, debía ser aislado de la familia y de la comunidad, ya que este individuo actúa por el deseo que siente, como deseos de matar o cometer un crimen.⁷⁸

El individuo se convierte en un monstruo, un ser diferente a los demás un ser que no debe estar en una sociedad y debe ser excluido, pero para poder hacerlo debe domarse como a un niño, someterlo al punto de poder ser controlado y luego llevado a un lugar de aislamiento.

Por otra parte, algunos problemas que se presentaban en la vida cotidiana influenciaban para que estas personas decayeran emocionalmente y, en consecuencia eran ingresados en la clínica. Hay que tener en cuenta que no todos los pacientes ingresados actuaban de una manera agresiva sino que por la situación que se le presentaba en su vida diaria y los fracasos que estos obtenían, determinaba que entraran en un estado de melancolía y tristeza lo que conllevaba a los familiares ingresarlos a la clínica.

⁷⁷Clínica psiquiátrica de la costa, historia clínica, núm. 16430, 3 de agosto de 1976

⁷⁸ Michel Foucault, *Los anormales*, México, Fondo de Cultura Económica, 2000, pp., 30-31

Es el caso de:

“X, estado civil: soltero, procedente de Cartagena del barrio santa María, calle san Pedro, escolaridad, quinto de bachillerato. Pretendía estudiar en el SENA electricidad y no paso el examen de admisión, a partir del 4 de abril de 1984 viene presentando nueva sintomatología atípica aparentemente psiconeurotico, manifiesta confusión y atolondramiento de la mente acompañado de angustias y desosiego, los resultados no dan resultados satisfactorio, acepto ingresar a la clínica y tiene conciencia de su enfermedad y llevo afectados de ambas ramas...”⁷⁹

El caso mencionado anteriormente muestra que no todos los pacientes que ingresaban a la clínica lo hacían en un estado total de locura. Estos presentaban un estado de conciencia y como miramos este paciente reconocía su enfermedad y permite ser internado en la clínica para recibir el tratamiento y entrar en el proceso de recuperación.

Podemos observar como un problema académico, es decir, por no ingresar en el SENA, lo conllevo a entrar en un estado de depresión, lo que da como consecuencia ser recluso en la clínica. También, hay que analizar que este paciente, primeramente, es diagnosticado, luego acepta estar enfermo mentalmente, es decir, acepta lo que plantea el psiquiatra de su estado mental, y por último, es aislado para luego entrar en un proceso de recuperación.

Los pacientes se encontraban en muchos casos en estado de desorientación y de confusión mental. Estos comenzaban a actuar por sus instintos mentales y deambulaban por las calles, lo

⁷⁹ Clínica Psiquiátrica de la Costa, Historia clínica, núm.29440, 4 de abril de 1984

que representaba un peligro social, porque en cualquier momento podían atacar a las personas que transitaban por los barrios y calles de los municipios. Estos pacientes eran controlados, principalmente, por familiares para luego ser internados en la clínica. Es el caso de:

“X de pueblo nuevo Sucre, ocupación. Empleado de campo, mestizo y católico. Edad 21 años. (...) la enfermedad comenzó a presentarse con los siguientes signos: deambular en la noche, hablar solo, ríe, canta, tuvo alucinaciones ópticas y auditivas. En vista que se le acentuaban estos signos fue llevado a un hospital de Magangué donde no presento mejoría, y luego lo traen a esta clínica”⁸⁰

Vemos que los pacientes ejercían una arte u oficio. También, esta historia clínica nos permite ver la religión que profesaba este sujeto y además es considerado mestizo. Sin embargo, vemos que en algunas circunstancias, y de un momento a otro, comienzan a presentar síntomas de una persona anormal, es decir, que no es consciente de sus actos y sale dentro de sí un ser diferente, un individuo desconocido y los conlleva a tener conductas extrañas que afecta a quienes lo rodean y, por tanto, debe ser tratado por un individuo superior a él y que lo domine como a un niño, este es, el psiquiatra.

Algunos de los pacientes que eran internados en la clínica habían tenido problemas con familiares y que habían generado que estos presentaran un estado de locura, y en consecuencia, sufrían un trastorno mental lo que los mantenía desorientados y confusos.

Vemos el caso de:

⁸⁰ Clínica Psiquiátrica de la Costa, Historia clínica, núm., 17500, 30 de septiembre de 1976

“X, lugar de nacimiento, Talaigua Nuevo, ocupación, agricultor, soltero, edad. 18 años, diagnóstico, esquizofrenia. ... manifiesta la mamá que en el año de 1970, a raíz de un disgusto con su tío que lo maltrato en distintas partes de la cara y en el cuerpo principalmente en la cabeza. A consecuencia de esto le dio fiebre alta sefalolgia, y en varias ocasiones lo han visto varios médicos y mejoro, pero nuevamente recayó en diciembre del año pasado, fue hospitalizado en el San Pablo, donde permaneció 15 días, le dieron de alta por petición familiar y lo atendió el doctor y mejoro, este es el tercer episodio donde hace 2 meses se ha mostrado coherente, niegan tener enfermos mentales en su familia.⁸¹

Este paciente, al presentar problemas mentales es internado en el hospital San Pablo, sin embargo, por presentar en diferentes ocasiones problemas mentales, es internado en la Clínica Psiquiátrica, con el fin de tratar su enfermedad y poder generar su proceso de curación.

Mirando paso a paso su historia, nos muestra que tuvo un disgusto con un tío, quien le propinó varios golpes que, en consecuencia le produjo la enfermedad. Este individuo es llevado al hospital San Pablo, con el fin de buscar una mejoría. Sus familiares después de un tiempo, piden a la institución que se le lo entreguen. Pero, después de un determinado tiempo recae nuevamente en un problema mental, que hace que los familiares nuevamente lo lleven a la clínica, en este caso a la del doctor Morales, con el fin de buscar su mejoría, para que nuevamente regrese a sus actividades como agricultor.

⁸¹ Clínica Psiquiátrica de la Costa, Historia Clínica, núm., 16.310, 11 de diciembre de 1976.

Sin embargo, algunos pacientes no permitían esta dominación y buscaban la manera de evadir este control que se le implementaba. Ya que el individuo agresivo se cree superior al que lo domina y busca impedir esta sujeción.⁸²

Es el caso de un paciente que al no dejarse someter buscó la manera de evitar este control y logró escaparse de la clínica por el patio de la institución saltando la paredilla, y los enfermeros al darse cuenta, comenzaron a buscarlo por el pueblo. No obstante, después de unos días fueron a la casa donde habitaba y allí lo encontraron. Los familiares decidieron que nuevamente fuera reinternado hasta presentar un mejor estado de recuperación.⁸³

Los pacientes traídos a esta clínica presentaban diferentes síntomas de locura. Muchos de estos sujetos presentaban agresividad, alucinaciones, confusión mental, bipolaridad entre otros. El psiquiatra “debía encontrar el punto en el que se encontraba desatada la locura, después se debía someter la fuerza para someter la locura, subyugarla y domesticarla, después poner la verdad de la locura, observarla y describirla y a partir de ello definir la terapia.”⁸⁴

Los pacientes presentaban un estado de desorientación, confusión mental, y los actos cometidos durante este periodo son incoherentes, absurdos y de carácter impulsivo y presenta actos brutales y de ferocidad extraordinaria.⁸⁵

Lo que da como consecuencia el aislamiento y dominación de este individuo, por parte del cuerpo médico, en especial, el psiquiatra para que sea tratada la enfermedad y ser reintegrado a la sociedad. Pero esto se cumple cuando el individuo se le diagnostica la enfermedad, se le aplica una terapia para luego entrar en un periodo de recuperación y esperar hasta que presente

⁸²M. Foucault, *La fuerza del loco*, ob.cit, pp, 1-4

⁸³ Entrevista realizada a Dolman Osorio, 20 de mayo del 2011

⁸⁴ M. Foucault, *El Poder Psiquiátrico*, ob.cit, pp., 23-24

⁸⁵ Archivo Histórico de Cartagena (AHC), Sección Gobernación, Gaceta Departamental, tomo 77, folio 33-38, jueves 25 de agosto de 1921

resultados satisfactorios. A partir de esto y si se cumple este proceso es devuelto a los familiares y, por tanto, regresar a sus lugares de origen para así reintegrarse a la vida civil y no represente un peligro o amenaza para el resto de la sociedad.

Ahora bien, ¿Cómo se sostenía económicamente esta institución? Al ser una clínica privada y no contar con recursos del estado, el doctor Morales cobraba una cuota para los gastos que podía representar los pacientes. Cuando algún familiar no tenía como pagarle a la clínica por el tiempo que había durado su familiar en esta institución, llegaba algún acuerdo con el doctor Morales. Es el caso de una mujer del Carmen de Bolívar que al no tener dinero para pagar por el tiempo de duración que tuvo su hijo en la institución, llegó a un acuerdo con el doctor Morales para darle como pago medio saco de aguacate que sirvió para la alimentación de los demás pacientes ese día.⁸⁶

Por otra parte, en la clínica había un paciente que sus familiares no se habían reportado desde hacía varios meses y el doctor Morales decidió enviarlo de vuelta hacia su lugar de origen, San Andrés, el doctor le dice a uno de sus hijos que había terminado el bachillerato para que se encargara de llevarlo, el doctor le suministro un sedante para que el paciente no se fuese a ponerse agresivo. Al llegar a San Andrés fue recibido por los familiares y después recibió el pago por la estadía en la clínica y, posteriormente regreso a su lugar de origen.⁸⁷

Así mismo había familiares de algunos pacientes que no se reportaban durante varios meses por el pago o mensualidad por la estadía y tratamiento recibido en la clínica y así como el caso mencionado anteriormente, el doctor Morales decidía enviarlos de vuelta a sus familiares con algún empleado de la clínica.

⁸⁶ Mauricio García, Turbaco Bolívar, 15 de mayo del 2011

⁸⁷ Ibíd

Encontramos siguiente caso:

Señora X de Maicao

En vista de que no se ha dignado en contestar los telegramas que se le ha cursado durante un mes requiriéndole la oportuna cancelación de sus pensiones de su hijo X que adeuda en esta clínica y no he obtenido respuesta alguna he determinado enviárselo a su residencia con el portador José Hernández con el mismo y adjunto a la presente le estoy enviando el cobro de cuenta.

Si otro particular me suscribo de usted amigo y servidor Dr. Antonio Morales.⁸⁸

Vemos a través de esta carta que por la ausencia o por no haber respuesta por parte de la señora Juana al Dr. Morales, porque no ha pagado la mensualidad de la estadía de su hijo y por las terapias que se le implementan para su recuperación, el medico decide enviárselo de vuelta con un funcionario de la clínica y con la cuenta de cobro para que cancele la deuda que se le ha acumulado en la institución.

Cuando los familiares de los pacientes no tenían como cancelar la deuda que se les presentaba en la clínica entonces buscaban la manera de llegar algún acuerdo con esta para que continuara el tratamiento en el paciente y generar su pronta recuperación. Pero si no había un pronunciamiento por parte de los familiares para que respondiesen por el pago de la mensualidad de su hijo por la estancia en la clínica, entonces las medidas que se tomaban era devolver al paciente a su lugar de origen con el cobro de la cuenta.

⁸⁸ Clínica Psiquiátrica de la Costa, Carta dirigida a la señora Juana por el Dr. Morales, 10 de Marzo de 1977

La región tenía un determinado número de personas con problemas mentales que representaban un peligro para la sociedad. En la región existían pocas clínicas que se encargaran de este sector de la población. Además, por las leyes establecidas por el estado, estos individuos debían ser encerrados, porque representaban un problema de higiene y peligro social.

Estos andaban movilizándose por las calles intimidando a las personas que se desplazaban por los poblados, también se encontraban encerrados en sus casas para que no agredieran a las demás personas. Igualmente, los familiares, cuando estos se tornaban muy agresivos, los amarraban a un árbol o le amarraban los brazos para que no causara daños a los demás. La clínica psiquiátrica se crea para controlar y aislar a este individuo para modificarlo, es decir, para aplicar un tratamiento médico, para que estos salgan del estado de locura para reintegrarse a la sociedad.

La concepción que se tenía de este individuo fuera de la clínica, por parte de la población era del loco, y también como una persona peligrosa que causa miedo y por tanto debe ser excluida, mientras que cuando ingresaba a esta, ya no era llamado el loco que causaba miedo sino el paciente con problemas mentales, que necesitaba la intervención o ayuda para obtener su mejoría.

Esta institución se creó por los problemas sociales que representaban estas personas en la región, lo que conlleva a que estos sean controlados y aislados, ya que son un peligro para la sociedad y deben ser intervenidos, transformados para que se conviertan en unos individuos útiles, tanto para su familia, como para el resto de la sociedad, pero para que esto se efectuó deben ser aislados, diagnosticados y a partir de ello aplicar la terapia para que entren en un

estado de recuperación y así reintegrarse a la vida civil, formando así los ciudadanos de bien, según los pobladores, que necesita la región y no los individuos agresivos y peligrosos que deben ser aislados y controlados por parte de un cuerpo médico hasta presentar una mejoría o un estado satisfactorio.

Por otra parte, observamos la fundación de la Clínica Psiquiátrica en Turbaco y como fueron llegando pacientes de diferentes lugares de la costa caribe colombiana. Ahora miremos la cantidad de pacientes que fueron internados en esta clínica durante alguno de los años en el periodo que se desarrolla en este trabajo.

Esta institución recibió muchos pacientes de diferentes partes de la región del norte de Colombia, muchos de estos eran, principalmente, provenientes de los municipios del departamento de Bolívar. Estos eran llevados, la mayoría de las veces, por sus familiares, con la intención de que entraran en un proceso de recuperación, y así regresar a sus lugares de origen para continuar desarrollando sus labores, sean agrícolas, ganaderas, artesanas etc.

Algunos de estos pacientes, como hemos mencionado anteriormente, eran traídos con cáñamos o amarrados con un palo por tornarse agresivos. Sin embargo, con las terapias implementadas en la institución, lograban estabilizarlos emocionalmente para luego entrar en un proceso de recuperación a través de las estrategias aplicadas por el cuerpo médico de la institución. La intención de la institución era siempre buscar la mejoría de estos individuos traídos a este lugar. Es por eso que buscaban diferentes tratamientos psiquiátricos con el fin de generar su pronta recuperación.

Si observamos la duración de algunos pacientes, podemos observar que desde que llegaban a la institución, comenzaban a realizarse las terapias correspondientes, de acuerdo al diagnóstico establecido por el médico que lo recibía.

Igualmente, el mantenerlos dormidos permitía tener al paciente en un estado pasivo, para que cuando se le aplicaran los tratamientos correspondientes, se obtuvieran mejores resultados, ya que, no se podía trabajar con el paciente en un estado de agresividad sino que debía presentar un estado de tranquilidad con la intención de suministrarles mejor los medicamentos, y así, lograr que estos, al aplicarse, sean más efectivos.

Otro factor importante era la alimentación, que debían recibir los pacientes, por tanto se les brindaba alimentos como arroz, carnes, harinas, queso, jugos de fruta variados entre otros. Porque algunos pacientes, además de presentar un estado de locura, venían en mal estado de desnutrición, y por tanto, debían ofrecerles una buena alimentación, para mejorar su estado de nutrición y su salud.

A continuación, se hace un seguimiento de algunos pacientes internados en la clínica para comprender cuál era su condición física, su estado de nutrición y el estudio diario que de les hacía, hasta presentar una mejoría.

Paciente X, ocupación tractorista, de San Pedro Sucre, nacimiento normal, crecimiento y desarrollo físico normal, enfermedad propia de la infancia. Escolaridad analfabeto, temperamento sociable, apacible, padres muertos, es el 2 de 3 hermanos.

Su enfermedad inicio hace aproximadamente 3 meses, con alucinaciones visuales y auditivas, delirante, (...), inquietud sicomotora, (...) inasible, agresivo, niega antecedentes mentales, en la rama de la familia, pacientes traídos por los familiares, inquieto, responde al interrogatorio satisfactoriamente, buen curso del pensamiento, es consciente de su enfermedad, desorientado en tiempo (...) acepta la hospitalización,

DX: provisional: esquizofrenia paranoide,

Paciente toma jorgantil 2 por día durante un mes.

25 de abril de 1976, paciente que sale en la fecha con indicios mentales satisfactoriamente. La cita queda para 60 días.⁸⁹

En el caso anterior miramos que este paciente, procedente de Sucre presenta unas características que son diagnosticadas como un estado de locura por los médicos de la institución.

Este paciente es traído por algunos familiares y es internado en la clínica durante casi un mes. Se le hace el diagnóstico para determinar el estado de locura que presenta y, posteriormente se le hace un seguimiento a su caso. Los médicos deciden darle un medicamento dos veces por día, ya que han determinado que por medio de este, el paciente puede presentar una mejoría a medida que va respondiendo a la droga.

Al ser encerrado en una habitación dependiendo, si presenta un estado de locura agresivo se le va suministrando medicamentos más fuertes para sedarlo. Cuando se torna más pasivo se le suministraba otra clase de medicamentos, que buscaban mantenerlo estable y así se le permitía andar en los patios de la institución, ya que no representaba un peligro o amenaza para los otros pacientes internados en la clínica.

Así mismo, cuando responde de manera satisfactoria y los médicos ven que por medio de las terapias psicológicas, respondía de manera positiva, se decidía llamar a los familiares para que estos vinieran por él, ya que no representaba un peligro o una amenaza tanto para ellos como para el resto de la población y se determinaba darle de alta.

⁸⁹ Clínica Psiquiátrica de la Costa, historia clínica n° 16.550, 28 de marzo de 1976

Los médicos, por el estado en el cual había llegado, habían decidido brindarle el medicamento durante un mes, no obstante, si observamos bien cuanto tiempo duro ingiriendo la droga, fue alrededor de 28 días, es decir, respondió dos días antes en un estado satisfactorio, por lo cual se decide suspenderlo.

Sin embargo, el caso del paciente no olvidado por la institución, ya que se le cita para dentro de 60 días para observar si su estado era satisfactorio, es decir, si la evolución del paciente había sido positiva. No se dejaba a un lado el caso del individuo sino que debía cumplir con el llamado que le hace la institución para seguir estudiando los avances que va presentando el individuo.

En esta institución se les hacía seguimiento al paciente desde que es internado en la clínica, se reconstruye la historia de cómo empezó la enfermedad por medio de las declaraciones que hacen los familiares, es decir, al ingresar a la clínica los pacientes, el medico encargado en el momento le realiza algunas preguntas a los parientes como ¿Desde hace cuánto presenta la enfermedad? ¿Cuáles fueron sus principales manifestaciones? Si anteriormente presentaba estos síntomas, y también si hay familiares o parientes que habían presentado algo similar al individuo internado en la clínica, para determinar si dicha enfermedad es hereditaria o se presentó por alguna circunstancia o una experiencia adquirida por el enfermo mental. A partir de estas preguntas se comienza a estudiar la enfermedad, planteando algunas hipótesis y descartar otras sospechas, para buscar la mejoría del paciente y así poder regresar a su lugar de origen.

Por otra parte, a estos pacientes no solo se le hace un estudio mental, sino también físico, es decir, se le hace un análisis de la condición en la cual se encuentra su cuerpo, para determinar

en qué estado físico llegaba y de qué manera se manifestaba la locura o los cambios que venía presentando por causa de la enfermedad, no dejando a un lado también las conductas anormales que presenta sino que también se observaba, tanto los cambios físicos como los mentales y; se les hacía un seguimiento, para ser diagnosticada y a partir de ello implementar una terapia para la recuperación del paciente.

Miremos a continuación el siguiente caso:

Paciente X, 36 años, procedente de María la Baja, esquizofrenia crónica, padres vivos, la mayor, nacimiento y crecimiento normal, analfabeta, separada hace 4 años de su esposo, 7 hijos, temperamento dócil, trabajadora, extrovertida,

Inició su enfermedad con delirio religioso, se creía médium, incoherente, alucinaba e inquietud sicomotora, insomnio, (...) no ha sido tratada por médicos generales..., sin ninguna mejoría, actualmente presenta alucinaciones auditivas y visuales, callada, no come ni duerme, maniatismo facial, niegan enfermos en la familia,

28 de noviembre de 1984

Paciente, buen adulto de raza negra, en mal estado muscular y nutricional, boca: mucosa oral húmeda, lengua con puntos de color púrpura, dentadura incompleta, en regular estado.

Paciente traída por su padre en actitud tranquila, callada, mirada bien. Paciente en actitud pasiva y callada, contesta con monosílabos, y a veces desorientada en espacio y tiempo. Afirma tener alucinaciones auditivas, afirma oír voces que la insultan, estereotipos faciales, recibió la droga y alimentos, no tiene conciencia de su enfermedad,

5 de diciembre de 1984

Actualmente permanece consciente, tranquila y afecto plano, desorientada en tiempo espacio y persona, lenguaje del curso lento, respuestas breves, alucinaciones e ideas delirantes, reciente alterada, refiere mareos, vista nublada y no tiene apetito,

14 de diciembre de 1984

Paciente que presenta comportamiento y afectividad inadecuada, indiferente, y ocasionalmente pueril, malgeniada e inquietud sicomotora,

18 de diciembre de 1984

Paciente bien orientada y afecto inapropiado, descuido en su aspecto personal, tranquila, comportamiento un poco inadecuado, mejor humor, participa en la charla más abiertamente aunque todavía no muestra absoluta mejoría, si no ha avanzado en su recuperación debe seguir igual tratamiento.⁹⁰

En esta historia clínica vemos una descripción detallada de un caso de una paciente procedente de María la Baja Bolívar, este documento nos muestra como fue el inicio de su enfermedad y desde hace cuánto se venía presentando. La historia de esta paciente nos permite ver una vida social activa, y también desempeñaba una labor para el sustento de sus 7 hijos. Se puede decir que tenía responsabilidades en el hogar y por esta razón, realizaba algunos trabajos para el sustento de su familia.

También, comenzó a realizar algunas actividades de espiritismo o como médium, estas prácticas consistían en llamar espíritus de personas muertas, estos entraban en el cuerpo de la médium, y servía como una intermediaria entre estos espíritus y los familiares de ellos, con el fin de transmitir, principalmente, uno o varios mensajes.

Después de un determinado tiempo comenzó a presentar algunas conductas catalogadas por los familiares como anormales. Esta mujer comenzó a presentar unos comportamientos extraños, por lo cual, y después de algún tiempo el padre decide llevarla a la clínica con la intención de mejorar su estado emocional. Al principio no es tratada por ningún médico ni

⁹⁰ Clínica Psiquiátrica de la Costa, historia clínica núm, 30.230, 28 de noviembre de 1984

mucho menos llevada alguna clínica psiquiátrica u hospital mental, no obstante, al ser llevada a la institución se le comienza hacer un estudio para diagnosticar el estado de locura en el cual esta mujer se encontraba.

Para lograr este diagnóstico, los médicos le hacían preguntas o algunas terapias para observar como respondía a estas, y así determinar el nivel de locura o el estado mental en el que se encontraba.

En la descripción de la historia clínica nos permite observar algunas conductas que tiene la mujer. Algunas de estas o manifestaciones que presentaban eran alucinaciones auditivas y visuales, pero no muestra un comportamiento de desespero o agresividad sino que presenta un estado pasivo o tranquilo.

Por otra parte, podemos observar los cambios que tiene esta mujer de raza negra en su cuerpo, podemos ver que presentaba un estado de desnutrición, porque no ingería alimentos ni tampoco dormía: y también, podemos observar los cambios del color de su lengua, con puntos de color púrpura y saliva un poco húmeda.

Esta mujer no tiene conciencia de su enfermedad a pesar de que cuenta lo que le está sucediendo como el oír y mirar cosas extrañas, es decir, no lograba identificar que estaba presentando un estado de locura, que no solamente la afectaba a ella sino también a sus familiares. Por tanto, los médicos deciden realizarle algunos tratamientos para luego observar cómo responde al mismo y así buscar su recuperación.

A medida que avanzaba con los medicamentos suministrados iba respondiendo en algunos momentos de manera positiva, es decir, venía mostrándose en un mejor estado desde que fue internada en el lugar. Una manera que se reflejaba esta recuperación era que ella comenzó a

participar más abiertamente en las conversaciones, aunque algunas veces presente una conducta agresiva. Posteriormente, al realizarle un seguimiento a la paciente se puede observar cómo va evolucionando su caso para así, cuando presente un mejor una mejoría satisfactoria en su conducta, se le va a permitir a los médicos decidir que ella regresara a su lugar de origen.

Podemos observar que la institución buscaba que los pacientes mejoraran, ya que no solamente era internar a este sector de la población en este lugar, por representar un peligro social y también por simplemente mejorar la condición en la que se encontraba el mismo, sino que la clínica buscaba que estas personas se recuperaran, para que después regresaran a su ciudad o municipio en el que habitaban.

Algunas de estas personas entraban en una condición de locura porque algunas veces miraban situaciones o cosas que les sucedía a otras personas y estas pensaban que, de alguna manera, les iba a suceder algo similar. Entonces comenzaban alterarse y a perder control de sí mismos y entraban en una condición en la cual, no les permitía tener conciencia que estaban padeciendo una enfermedad mental.

Un ejemplo de esta manifestación de locura es el caso de:

Paciente X, edad 34 años, negra, procedencia Bocachica, entrada el 5 de octubre de 1984. Hace 5 meses recibió la noticia de una señora embarazada, murió súbitamente y desde entonces le dio susto, angustiosa, confusa, después que alumbro en mayo le dio el primer mareo, alteraciones vasomotoras, confusa, habla incoherencia, estos mareos le dan con frecuencia, últimamente ha estado en insomnios. Paciente adulta con buen estado muscular, no aparenta estar enferma.

Cabeza y cuello: normal, cabello crespo bien implantado y bien distribuido, con secreción lactosa sin masas ni nódulos. Tomo de fiebre en intensidad normal abdomen blando.

Octubre de 1884

Consiente, ambulatorio tranquilo, refiere que desde su entrada a la clínica no ha vuelto a presentar mareos ni crisis. Manifiesta con sentirse con dolor de espalda y (...) debilidad en el cuerpo. La paciente se queja en la parte posterior del cuello, y que en el día de hoy le dio mareo leve...⁹¹

En el caso mencionado anteriormente vemos una mujer de raza negra procedente de Bocachica, la cual se encontraba embarazada. Al recibir una noticia de una mujer que se estaba en su misma situación de embarazo murió; esto afectó su estado emocional y comenzó a presentar algunas conductas anormales como el hablar incoherencias, eso hizo que sus familiares decidieran internarla en la institución. Así mismo, esta mujer comenzaba a presentar insomnios, mareos y sustos porque creyó que le sucedería lo mismo que la otra mujer embarazada que murió en su momento. Los familiares al ver que su estado empeoraba, decidieron llevarla a la clínica que se encontraba en Turbaco.

Llegada allí, se le pregunta al familiar desde hace cuánto se viene presentando la enfermedad y cuales fueron esas causas que hicieron que cambiara de conducta. A partir de esto, al encontrar los motivos por los cuales comenzó a manifestar ciertos comportamientos extraños, entonces los médicos deciden elaborar un diagnóstico; que va a permitir el mejoramiento de la paciente.

Ella manifiesta que desde la llegada a la clínica no ha presentado los mareos que anteriormente se le venían manifestando, mientras se encontraba en su casa. Los médicos, al

⁹¹ Clínica Psiquiátrica de la Costa, núm. 30.030, 15 de octubre de 1984

elaborar un diagnóstico, deciden iniciar el proceso de recuperación de esta mujer para que vuelva a su lugar de origen en un mejor estado mental.

Si miramos todos los casos de los pacientes presentados anteriormente, todos fueron diagnosticados por los médicos de la institución, los que nos puede llevar a pensar que sus familiares podían sentir vergüenza de tener personas con problemas mentales en sus casas, por lo que podían decir los vecinos o el resto de la población, y que la solución era llevarlos al centro psiquiátrico para que estos, de alguna manera, presentaran una mejoría satisfactoria, desde el punto de vista de los médicos y que los familiares también lo observaran.

En los casos expuestos notamos que algunos pacientes se les daban de alta y regresaran a sus lugares de procedencia para continuar con su rutina diaria, y no representaran un problema de seguridad o alteraran el orden social de la población posteriormente.

Al estar, de cierta manera, recuperados podían nuevamente estar en sus hogares y lugares de trabajo, no representando así, para la familia, objeto de vergüenza por tener un loco en la vivienda, sino un individuo razonable y útil para la sociedad. Si estos individuos volvían a recaer en un estado de locura, eran llevados nuevamente a la institución para que se les hiciera los tratamientos necesarios para buscar su recuperación.

Es el caso de X que al ser diagnosticada con esquizofrenia aguda y fue internada el 3 de enero de 1977, se le suministraron sus medicamentos correspondientes y al presentar un estado satisfactorio desde el punto de vista médico se le dio de alta el 20 de marzo de 1977. Sin embargo, al manifestar un estado anormal en su conducta se decidió llevarla nuevamente a la institución para ser diagnosticada, se le suministrara los medicamentos correspondientes,

y después, si presentaba un estado o conducta satisfactoria se le permitía ser llevada por sus familiares.⁹²

Otro caso de es el de X, también diagnosticado con depresión, fue internado el 16 de octubre de 1980. Este paciente comenzó con las actividades correspondientes, realizada por el cuerpo médico de la institución para buscar su recuperación y fue dado de alta el 1 de diciembre del mismo año. No obstante, este paciente fue reinternado en la clínica el 1 de junio de 1985 recaer en la misma enfermedad mental, y después de suministrarle los medicamentos correspondientes a la enfermedad, se le dio de alta el 12 de agosto del mismo año.⁹³

Estos dos casos nos muestran que estas personas con problemas mentales no se curaban totalmente de su enfermedad, sino que al presentar un estado satisfactorio de recuperación desde el punto de vista médico, era entonces que se decidía que regresara a su lugar de origen. Pero cuando recaían nuevamente en la enfermedad eran traídos para ser valorados por los médicos para buscar una solución al problema que se venía presentando. Podemos decir que la locura o enfermedad mental no se cura sino que se controla por medicamentos para que los individuos que padecen estos trastornos mentales puedan tener una vida normal.

Por otra parte, esta clínica recibió un gran número de pacientes con problemas mentales de diferentes lugares de la región. Muchos de estos presentaban alguna conducta anormal en su casa o en la calle y eran traídos a esta institución. Pero ¿porque eran traídos a esta clínica y no eran llevados a otras que se encontraban en diferentes ciudades de la región o del país? Esta clínica adquirió cierto prestigio, ya que se había expandido por medio de la memoria

⁹² Clínica Psiquiátrica de la Costa, historia clínica núm., 18.050, 3 de enero de 1977.

⁹³ Clínica Psiquiátrica de la Costa, historia clínica núm., 24.590, 16 de octubre de 1980

colectiva de la región, que las personas que eran traídas allí se sanaban, por esta razón vamos a ver el número de pacientes que llevaban a esta institución en algunos años específicos.

Género y año	1976	1977	1978	1980	1981	total
Mujeres	9	95	22	32	50	208
Hombres	11	140	38	56	92	339

Cuadro de algunos años que la Clínica psiquiátrica de la Costa recibió pacientes con problemas mentales⁹⁴

Observando esta tabla podemos ver que el número de pacientes que recibía esta institución era significativo, ya que al ser una clínica con pocos años de funcionamiento, comenzó a recibir pacientes de diferentes lugares del departamento, e incluso, recibía también pacientes de otros municipios fuera de Bolívar.

Esta región tenía un número bastante considerable de un sector de la población que padecían de trastornos mentales. Algunos presentaban conductas agresivas y estos podían representar un mayor peligro para sus mismos familiares y vecinos, pero por otra parte, encontramos otro grupo de personas con problemas mentales que los familiares deseaban que se sanaran. Esto lo podemos notar en algunas de las historias clínicas citadas anteriormente en este trabajo; que no todos los que eran llevados a este lugar presentaban conductas agresivas, algunos reconocían su enfermedad y decidían ser internados durante el tiempo que fuese necesario para obtener su recuperación.

Por otra parte, podemos ver que el número de mujeres que ingresaban a la clínica era menor que el de los hombres. Esta tabla permite ver que la cantidad de pacientes hombres que pasaron por la institución era muy superior al de mujeres, esto quiere decir que la población

⁹⁴ Clínica Psiquiátrica de la Costa, información sistematizada del número de pacientes que llegaron a esta institución durante estos años.

que más padecía de trastornos mentales eran hombres y, como hemos visto en las historias clínicas, estas nos muestran las causas por las cuales estas personas entraban en un estado de anormalidad y comienzan a tener algunas conductas que se salen del orden social.

Ahora bien ¿Cuáles eran las enfermedades que más presentaban estas personas que padecían de trastornos mentales? Las enfermedades que más comunes eran la esquizofrenia, paranoide, psicosis, epilepsia, depresión entre otras. Según el comportamiento que tenía el paciente, se le asignaba el nombre de la enfermedad que recogía todas las conductas o comportamiento de estos individuos.

El rostro reflejaba el estado de locura en el cual, muchos pacientes se encontraban, estos individuos transmitían la locura que padecían porque el rostro lo reflejaba y esto también permitía la identificación de la enfermedad.⁹⁵

En esta región había un modelo de ciudadano normal, que realizaba algunas actividades rutinarias y que al ser vistas por los demás, no representaban ningún peligro o problema social; realizaban labores como trabajar en el campo, labores domésticas, artesanías, profesional etc. Las zonas rurales se caracterizaban porque las actividades rutinarias son distintas a las urbanas, en los municipios del departamento tendían a ser tranquilos, donde todos los pobladores se conocían, por ser municipios pequeños y por ser colaboradores con los demás, entre otros aspectos.

No obstante, cuando algún individuo se salía de ese estereotipo de ciudadano o se salía del orden social establecido por las estructuras mentales de los pobladores, eran vistos como un

⁹⁵ María Hernández Padilla, “La creación del manicomio de Jaén, reflexiones históricas para la construcción del discurso social de la atención Psiquiátrica”, en *Norte de Salud Mental*, núm. 33, España, 2009, p, 88

individuo que presentaba conductas atípicas o anormales, lo que daba como consecuencia un rechazo por parte de la comunidad.

En consecuencia, los familiares decidían llevarlos a la clínica, primeramente, para buscar su recuperación, y segundo, porque no se podía tener en las poblaciones porque alteraban el orden social y cultural en el que vivían todos los habitantes de la región. Así mismo, era llevado a este lugar de reclusión para que entrara en un proceso de recuperación y, en efecto, retornar a la vida que llevaba antes de presentar esta enfermedad mental.

Los locos siempre han sido vistos como individuos desagradables, rechazados y peligrosos. Desde la antigüedad observamos que los que padecían trastornos mentales eran rechazados y excluidos del resto de los demás; ellos eran sacados de la ciudad y habitaban en cementerios o lugares solitarios, donde no afectaran a la sociedad. Igualmente, eran tratados como delincuentes y eran encerrados en cárceles y lugares oscuros, para ser invisibilizados. También, eran considerados como portadores de enfermedades que podían afectar los diferentes lugares en donde estos se movilizaban. Así mismo, generaban problemas de higiene y salubridad, que podía contaminar el ambiente y generar algunas enfermedades, que podían afectar a los demás.

Al surgir los manicomios y hospitales mentales el trato hacia estos individuos fue cambiando hasta que apareció la profesionalización de la psiquiatría, para que se encargaran en el tratamiento de pacientes que padecieran estos trastornos mentales.

Por otra parte, podemos ver que estas personas que padecen de estos problemas mentales se convierten en un individuo que puede causar intranquilidad a la misma familia y a quienes lo

rodean. Por tanto, la solución que muchos tomaron fue llevarlo a un lugar de reclusión para que este fuese tratado por médicos, quienes le ayudarían a recuperar su estado normal.

CONCLUSIONES

Hemos visto en todo este trabajo los conceptos y el papel que han desempeñado los locos en el transcurso de la historia, esto nos lleva algunas conclusiones. Primeramente podemos deducir que estas personas que padecían de trastornos mentales eran sacadas fuera de la ciudad y habitaban en lugares oscuros o eran encerrados en cárceles por representar un peligro social y también porque eran considerados como portadores de enfermedades, por tanto, debían ser separados de la sociedad, porque también quien padecía de problemas mentales transmitía miedo e inseguridad a los lugares donde estos se movilizaban y, en consecuencia, se buscaba el encierro de estos.

Podemos concluir que estos alineados mentales creaban un mundo en sus mentes diferente a la realidad. Estos mantenían en constante actividad y dormían poco, realizaban sonidos y

gemidos por la locura que padecían. Estos creían ser personajes de la historia como era el caso de un loco que se creía Napoleón Bonaparte o creaban una orquesta imaginaria donde estos desempeñaban todos los papeles.

Así mismo, podemos ver que las causas que conducían a la locura eran la libertad, la religión, los mensajes de los predicadores, la religión, la civilización, la búsqueda de la ciencia entre otros factores. Las personas que comenzaban a padecer de problemas mentales eran por ser de espíritu débil y lo que los llevaba al desespero, y en consecuencia, a la locura.

El loco dejaba salir su naturaleza que se encontraba escondida dentro de sí, o también era considerada como otra expresión de la razón. Estas personas presentaban alucinaciones y conductas que se salían del sujeto normal o el estereotipo que se tenía del hombre razonable impuesto por el orden social.

Así mismo, en este trabajo se hizo un recorrido por algunos países de América Latina, donde existieron centros psiquiátricos, que atendieron pacientes con problemas mentales. Algunos de estos fueron el hospital mental de la Canoa y La Gran Castañeda en México, que se encargaron de este sector de la población, por medio de personas voluntarias, estudiantes de medicina, enfermeros empíricos etc. Para ayudar a la recuperación de estos enfermos mentales durante la época de la colonia y en el siglo XIX y XX. Igualmente, se estudio los diferentes métodos que se utilizaron, para la atención y recuperación de estos pacientes. Uno de estos fue el aislamiento. A partir de este, se buscaba que los enfermos mentales entraran en un proceso de recuperación, para luego volver a la vida civil y lugares de origen. En otros países, como Argentina y Brasil, algunas personas fingían una locura no existente para evadir

responsabilidades o recuperar la libertad del trabajo en las haciendas y así, retornar a la ciudad.

Por otra parte, vemos el caso de la Clínica Psiquiátrica de la Costa que funcionó como institución de control social y aislamiento en el departamento de Bolívar entre 1960 y 1985. Muestra los inicios de la clínica, la procedencia de las personas que padecían de trastornos mentales según los datos que arrojaban las historias clínicas que se les hacía a los pacientes al ser internados en la institución entre otros.

Podemos observar los inicios de la clínica, también conocida como donde Morales, el lugar donde comenzó a funcionar, los empleados de la clínica que eran personas del municipio y que aprendieron junto al doctor Morales empíricamente, los primeros pacientes que fueron traídos a la institución, las terapias que se les implementaba, la rutina diaria, el proceso en el que entraban los pacientes para buscar su recuperación, los diagnósticos, su estado de nutrición, los pacientes que entraban por año, su estado de nutrición entre otros factores.

Esta clínica funcionó como mecanismo de control social y aislamiento de personas con problemas mentales. Muchos de ellos andaban por las calles intimidando al resto de la población o también se encontraban amarrados a un árbol. Algunos de estos pacientes venían con un comportamiento agresivo y debían implementarse las terapias electroconvulsivas o conocidas como electrochock que eran choques eléctricos para reducir la alteración de su conducta. Mientras que otros pacientes no se les era necesario implementar esta terapia porque venían en estado pasivo.

Algunos de estos pacientes por problemas personales entraban en un estado de locura lo que daba como consecuencia ser internados en esta institución, en búsqueda de su recuperación

para reingresar o hacer parte nuevamente de la sociedad, sin ser excluido por su estado mental.

Las historias clínicas nos permiten ver las edades, profesión u oficio, procedencia entre otros datos, de las personas que ingresaban a esta clínica. A través de esta información podemos observar su medio de vida, la relación que tenía con las personas que se encontraban en su entorno etc.

Así mismo, se puede analizar lo que sucedía con los pacientes internados que no se les pagaba la mensualidad por su permanencia en la clínica, estos eran devueltos a sus familiares con la cuenta de cobro con algún funcionario de la institución. El doctor Morales primeramente, les enviaba cartas para que respondieran al llamado del pago por la permanencia de los pacientes en la clínica, sin embargo, después de un determinado tiempo al no ver respuesta por parte de los familiares, eran regresados a sus lugares de origen.

Observamos también una tabla en donde se encuentran el número de los pacientes que ingresaban por año a la clínica. Podemos concluir que el número de pacientes que entraban por año, en su mayoría, eran hombres, lo que nos permite decir que las personas que más padecían de trastornos mentales eran de género masculino.

La clínica psiquiátrica se creó y comenzó a funcionar como dispositivo de control social y aislamiento para las personas que padecían de trastornos mentales. Existían en el departamento de Bolívar un sector de la población que sufría de problemas mentales o de locura, por los que eran llevados a la institución para que entraran en un proceso de terapias, recuperación y buscar su mejoría para volver a sus lugares de origen y reintegrarse a la sociedad.

Este trabajo nos ha permitido dejar un campo abierto, para que otros investigadores de historia social, en este caso, de pacientes con problemas mentales, puedan realizar otros estudios, que permitan ampliar estos temas de investigación en nuestra región, a partir de visitas a este y otros centros psiquiátricos, donde exista información que nos ayude a estudiar estos temas de diferentes puntos de vista, para realizar un aporte a la historia social de nuestra región.

BIBLIOGRAFIA

Fuentes primarias

Clínica Psiquiátrica de la Costa, memorias, tomo I, 1960

Dolman Osorio, Turbaco Bolívar, 20 de mayo del 2011

Clínica Psiquiátrica de la Costa, historia clínica núm. 16.440, 8 de marzo de 1976

Clínica Psiquiátrica de la Costa, historia clínica, núm. 16.430, 3 de agosto de 1976

Clínica Psiquiátrica de la Costa, historia clínica núm. 29440, 4 de abril de 1984

Clínica Psiquiátrica de la Costa, historia clínica núm. 17.500, 30 de septiembre de 1976

Clínica Psiquiátrica de la Costa, historia clínica núm. 19.310, 11 de diciembre de 1976

Mauricio Garcia, Turbaco Bolívar, 15 de mayo del 2011

Clínica Psiquiátrica de la Costa, carta dirigida a la señora x por el doctor Antonio Morales, 10 de marzo de 1977

Clínica Psiquiátrica de la Costa, historia clínica, núm. 16.550, 28 de marzo de 1976

Clínica Psiquiátrica de la Costa, historia clínica, núm. 30.230, 28 de noviembre de 1984

Clínica Psiquiátrica de la Costa, historia clínica, núm. 30.030, 15 de octubre de 1984

Clínica Psiquiátrica de la Costa, historia clínica, núm. 18.050, 3 de enero de 1977

Clínica Psiquiátrica de la Costa, historia clínica, núm. 24.590, 16 de octubre de 1980

Clínica Psiquiátrica de la Costa, estadística de pacientes que ingresaron a la clínica durante estos años.

Archivo Histórico de Cartagena (AHC), Sección Gobernación, Gaceta Departamental, tomo 77, folio 33-38, jueves 25 de agosto de 1921

Fuentes secundarias

Michel Foucault, *Historia de la locura en la época clásica, tomo I, Bogotá, Fondo de Cultura Económica, 1994*

Michel Foucault, *La vida de los hombres infames*, Argentina, Altamira, 2005

Michel Foucault, *Historia de la locura en la época clásica, tomo II*, México, Fondo de Cultura Económica, 1994

Fernando Duarte Beltrán, *Concepto de esquizofrenia en los autores españoles a través de las publicaciones psiquiátricas españolas 1939-1975*, España, Universidad de Valencia, Departamento de Historia de las ciencias y documentación, 2004

Enrique Carpintero, La locura del sujeto normal, en *Topia*, Argentina, abril del 2011

Jorge Márquez Valderrama, *Ciudad miasmas y microbios, la irrupción de la ciencia pasteriana en Antioquia*, Medellín, ed. universidad de Antioquia, 2005

Juan Manuel Ortiz Martínez y Jorge Armando Orozco Padilla, “*Dudosa Ortografía*” *cuerpos antihigiénicos y espacios insalubres: Prostitución e Higiene Publica en Cartagena, 1888-1920*, en *Unicarta*, vol. 108, núm. 120-8919, Cartagena, Octubre 2010

Alberto Sabaleta Lombana, *Turbaco en la Historia*, en homenaje al pueblo de Turbaco en el v centenario del descubrimiento de América, Cartagena, 1994

Michel Foucault, *El poder psiquiátrico*, Argentina, Fondo de Cultura Económica, 2005

Michel Foucault, *Los anormales*, México, Fondo de Cultura Económica, 2000

Cibergrafía

Cristina Sacristán, “La locura se topa con el manicomio, una historia por contar”, en *Cuiculco*, vol. 16, México, 15 de enero-abril, 2009, pp, 133-189

Frida Gorbach, “¿Dónde están las mujeres de la Castañeda? Una aproximación a los expedientes clínicos del manicomio” en *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, 31 de marzo del 2011, pp, 207-220

Cristina Rivera Garza, “Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y estado general de La Castañeda en México 1910-1930”, en *Secuencia*, n° 51, México, 2000, pp, 56-89

Juan Capellino, “Cuerpos sin historia, de la psiquiatría al sicoanálisis en México”, en *instituto de investigaciones psicológicas*, Vol. VIII ,México, 2008,pp, 207-220

Álvaro Andrés Villegas y Catalina Castrillón, “territorio, enfermedad y población de la geografía tropical colombiana 1872-1934”, en *Historia Crítica*, N° 32, Bogotá, julio- diciembre del 2008

Álvaro León, Casas Orrego, “Desplazamiento y aislamiento, alineados mentales en la ciudad de Medellín 1878-1930”, en *Revista de historia y la medicina y de la ciencia*, vol. LX, n°2, Medellín, Julio-diciembre del 2008, pp, 119-141

Hugo Vezzetti, “*Enrique Pichón Riviere, la locura y la ciudad*”. En: Revista Topia, Argentina, Abril 2000

Michel Foucault, *Vigilar y Castigar*, Bogotá, Editorial de Nueva Criminología, 2000

Michel Foucault, <http://sociologicahumanitatis.files.wordpress.com/2009/10/foucaul-m-la-fuerza-del-loco-espanol>

Enrique Carpintero, *La locura del sujeto normal*, en *Revista Topia*, Argentina, Abril 2011

María Hernández Padilla, “La creación del manicomio de Jaén, reflexiones históricas para la construcción del discurso social de la atención Psiquiátrica”, en *Norte de Salud Mental*, núm. 33, España, 2009,

