



Alejandro Salazar Bermúdez

“Una reforma psiquiátrica que nunca lo fue. Colombia y el caso del Manicomio Departamental de Antioquia, 1920-1946”

p. 497-540

*De manicomios a instituciones psiquiátricas
Experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX*

Andrés Ríos Molina y Mariano Rupertthuz
Honorato (coordinación)

México

Universidad Nacional Autónoma de México
Instituto de Investigaciones Históricas/Sílex Ediciones

2022

642 p.

Gráficas, figuras y cuadros

(Serie Historia Moderna y Contemporánea 77)

ISBN 978-607-30-6081-3 (UNAM)

ISBN 978-84-18388-24-8 (Sílex)

Formato: PDF

Publicado en línea: 18 de noviembre de 2022

Disponible en:

http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

D. R. © 2022, Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Históricas. Se autoriza la reproducción sin fines lucrativos, siempre y cuando no se mutile o altere; se debe citar la fuente completa y su dirección electrónica. De otra forma, se requiere permiso previo por escrito de la institución. Dirección: Circuito Mtro. Mario de la Cueva s/n, Ciudad Universitaria, Coyoacán, 04510. Ciudad de México



CAPÍTULO 11

UNA REFORMA PSIQUIÁTRICA QUE NUNCA LO FUE: COLOMBIA Y EL CASO DEL MANICOMIO DEPARTAMENTAL DE ANTIOQUIA, 1920-1946

Alejandro Salazar Bermúdez
Universidad Nacional de Colombia

INTRODUCCIÓN

El Manicomio Departamental de Antioquia abrió sus puertas en 1892 en los alrededores de Medellín. Su construcción fue vista como prueba de un nuevo modelo de atención a los alienados, pues marcaba el paso de las antiguas “casas de locos” al primer manicomio moderno de Colombia en el marco de un proceso de transformación urbana y la búsqueda de racionalización estatal en la asistencia en el marco de un proceso inconcluso de paso de la caridad privada a la beneficencia pública. Esta institución cerró sus puertas entre 1958-1961 cuando comenzó el desmantelamiento y traslado de pacientes al actual Hospital Mental de Antioquia.

Su historia presenta tres características especiales que merecen análisis. Primero, solamente desde 1914 se comenzaron a levantar estadísticas que reportan el ingreso de 1267 pacientes entre 1914-1919 y en 1920 se escribió la primera historia clínica. Segundo, allí se adoptó un “alienismo tardío”¹ desde 1920 cuando nombraron director al Dr. Lázaro Uribe Cálad (1873-1961), quien firmaba los expedientes como “director alienista”. En 1946 este médico renuncia dejando información de más de 11200 pacientes que ingresaron en su periodo a cargo, intentos de reforma a la terapéutica y una “nosología local”. La imagen de esta institución está ligada totalmente

¹ Véase Jairo Gutiérrez, *Locura y sociedad. Alienismo tardío, psicopatología e higiene mental en la modernidad colombiana 1870-1968*, Envigado, Editorial Institución Universitaria de Envigado, 2019.

a la figura de dicho médico. Tercero, desde 1905 las Hermanas de la Caridad estuvieron presentes en la institución, lo que puede parecer un contraste a la idea de llevar la atención al campo de la beneficencia e indica el fuerte poder de la Iglesia en la región y que la realidad del caso colombiano contrasta fuertemente con los procesos de secularización llevados a cabo en manicomios latinoamericanos desde finales de siglo XIX.

Para construir este capítulo revisé los informes que el director del Manicomio enviaba anualmente a la Secretaría de Gobernación, específicamente los realizados durante 1919-1947.² También obtuve información de la base de datos de consulta alojada en el Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional de Colombia Sede Medellín³, y consulté diversa bibliografía que posibilitó esbozar todo el funcionamiento del Manicomio (1892-1956), profundizando en el periodo de 1920 a 1946. Esta temporalidad puede ser considerada la de mayor estabilidad administrativa del Manicomio, aunque siempre hubo problemas con el espacio, el hacinamiento, la falta de personal, el abandono estatal y la escasez de presupuesto que impidió que se concretara un proyecto manicomial y llevó a que se imprimiera al lugar un carácter de asilo en permanente búsqueda de reforma.

En años recientes este Manicomio ha comenzado a convertirse en objeto de estudio cada vez más recurrente por historiadores y profesionales de las ciencias sociales. Los diferentes trabajos, que abarcan desde tesis hasta artículos y capítulos de libros, han girado en torno a cuatro temáticas específicas. Primero, historias que han abarcado la concepción del espacio, diseño y construcción a finales del siglo XIX,

² Los informes hacen parte del informe general que presentaba el Secretario de Gobierno al Gobernador del Departamento, donde se daba cuenta del funcionamiento de todas las dependencias gubernamentales, entre ellas el Manicomio. Allí se presenta el informe del movimiento anual del Manicomio, el cual contiene datos sociodemográficos, diagnósticos, lugar de procedencia, salidas, actividades de funcionarios y en algunos casos presupuestos. Estos fueron consultados en Medellín en el Archivo Histórico de Antioquia (AHA), Fondo Impresos Oficiales, Informes del Secretario de Gobierno al Gobernador del Departamento, “Informe del Director del Manicomio Departamental”, Informes entre 1919-1947. En adelante serán citados como: AHA, “Informe del director del Manicomio Departamental”.

³ Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín, Facultad de Ciencias Humanas y Económicas, Laboratorio de Fuentes Históricas, HOMO, 2019-04-14_HOMO_Descripción ISAAD (G)_Backup_Vo.o.xlsx.

así como la historia institucional durante todo su funcionamiento y primeros años del actual Hospital Mental de Antioquia;⁴ Segundo, estudios que analizan diagnósticos en particular, en los cuales se ha prestado gran atención al alcoholismo, morfinomanía, delirio místico y parálisis general progresiva, los cuales han abarcado los primeros cuarenta años del siglo xx; también situamos aquí los estudios que se han concentrado en las transformaciones en el tratamiento hasta 1970⁵. Tercero, hay un creciente interés por el discurso psiquiátrico extramuros y la relación con el Manicomio;⁶ Cuarto, una corriente menor que aboga por los personajes, las historias clínicas y los documentos anexos.⁷

En este capítulo analizo a profundidad el periodo que va entre 1920-1946, cuando el Manicomio comenzó a transformar su

⁴ Luciano López Vélez, *et al.*, “Historia institucional y terapéutica del Hospital Mental de Antioquia en sus 125 años” (Informe de investigación), Medellín, Universidad de Antioquia, 2004; José Andrés Felipe Silva, “Concepción y desarrollo del Manicomio Departamental de Antioquia, 1889-1937”, En Álvaro Casas (coord.), *Actualizando discursos. Trazos de historia de la psiquiatría y de la salud pública en el contexto iberoamericano*, Medellín, Universidad de Antioquia, 2015.

⁵ Diego Duque Ossa y Gladis Quiceno, “Psicosis alcohólica en el Hospital Mental de Antioquia, Colombia, 1900-1930”, *Iatreia*, v. 24, n.º 1, 2011, pp. 97-104; Susana Rodas, “Breve reseña de morfinomanía en Antioquia durante las tres primeras décadas del siglo xx a partir de un conjunto de historias clínicas del Manicomio Departamental”, *Salus. Historia de la Salud*, v. 1, n.º 1, 2015, pp. 59-76; Alejandro Giraldo, “La parálisis general progresiva en el Manicomio Departamental de Antioquia, 1930-1950”, *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, n.º 5, 2015, pp. 104-127; Adriana González García, “Tratamientos psiquiátricos y psicológicos en Antioquia 1930-1970”, Tesis de historia, Universidad de Antioquia, 2004; Alejandro Salazar Bermúdez, “Alcoholismo y degeneración en el Hospital Mental de Antioquia, Colombia, 1920-1930”, *Asclepio*, v. 69, n.º 2, 2017; Jairo Gutiérrez Avendaño, “Escrúpulos religiosos extremos” y delirio místico - religioso: entre la devoción cristiana y la psicopatología en Colombia, 1920-1960”, *Asclepio*, v. 72, n.º 1, 2020, pp. 298.

⁶ Álvaro Casas, “Desplazamiento y aislamiento. Alienados mentales en la ciudad de Medellín, 1870-1930”, *Asclepio*, v. 50, n.º 2, 2008, pp. 119-142; Claudia Montagut, “Formación del discurso psiquiátrico en Antioquia, 1870-1930. Una cartografía de la exclusión”, Tesis de historia, Universidad Nacional de Colombia Sede Medellín, 1997; Susana Rodas, “La historia clínica y otros dispositivos de control como técnica de la medicina alienista en Antioquia a principios del siglo xx”, Tesis de psicología, Universidad de Antioquia, 2012; Ana Isabel Cadavid, “¿Todos estamos locos! Estigma de la locura en Antioquia, 1930-1970”, Tesis de historia, Universidad de Antioquia, 2011; Jairo Gutiérrez Avendaño, *Locura y sociedad...*; Alejandra Vanegas, “Elaboración cultural de la locura y la enfermedad mental en Medellín y Antioquia, 1935-1964”, Tesis de sociología, Universidad de Antioquia, 2015.

⁷ Dina María Herrera, “Biografía de un alienista: Lázaro Uribe Cálad 1920-1946”, Tesis de maestría en historia, Universidad de Antioquia, 2015; Eliana Jiménez Marín, “La



administración, clínica y terapéutica, con la llegada de Lázaro Uribe Cálad, cuya figura marcó esta institución al punto de que su nombre se asocia indiscutiblemente a ella. Lo anterior no significa que no se tracen unos antecedentes de su construcción y consolidación y que no se aborden los últimos años del funcionamiento de la institución hasta su traslado al Hospital Mental. Para la revisión documental se prestó especial interés a cuatro variables, las cuales son el personal, el espacio, los internos, y la nosología y práctica clínica. Esto permitió observar unas líneas analíticas más o menos claras que marcan la especificidad del Manicomio. Primero, un fuerte abandono estatal que se refleja en las constantes quejas del director por lo inadecuado del espacio, la falta de presupuesto y personal y una necesidad de reforma perpetua del dispositivo manicomial o, incluso, su demolición y traslado. Segundo, ante el reducido número de personal especializado, el cual no estuvo presente en algunas épocas del Manicomio, las Hermanas de la Caridad adquirieron gran poder, lo cual les permitió ser partícipes de los procesos administrativos, así como de la observación y cuidado de los pacientes. Tercero, dado el largo periodo en la dirección de Uribe Cálad, este Manicomio ha estado ligado a la figura de un solo personaje, se ha olvidado que había más trabajadores y se ha dejado de lado la trayectoria profesional del director en otros espacios. Cuarto, para su reforma, la cual fue solicitada por especialistas desde que abrió, fue necesario demolerlo. El inicio de la reforma asistencial se dio con la salida de Uribe, quien imprimió un carácter de asilo a la institución y se proyectó como alienista perpetuo. La profesionalización psiquiátrica empezó con la dirección de Obando y se acentuó con el traslado de los pacientes hacia el actual Hospital Mental, donde finalmente se contrataron enfermeras profesionales y salieron las monjas, llegaron las trabajadoras sociales, psicoterapeutas, neurólogos, entre otros, además de fármacos y de la adopción de un nuevo modelo de psiquiatría. Por lo tanto, el texto se divide en un apartado de antecedentes y consolidación (1888-1919), un apartado que analiza el periodo de Uribe

voz del paciente en cartas del Manicomio Departamental de Antioquia, 1930-1958", Tesis especialidad en psicopatología, Universidad de Antioquia, 2019.

Cálad (1920-1946) y un apartado final que da cuenta del proceso de búsqueda de profesionalización y traslado (1947-1958).

ANTECEDENTES Y CONSOLIDACIÓN

Durante la época colonial no hubo una institución destinada específicamente para alienados en el Nuevo Reino de Granada, como sí sucedió en Nueva España donde se abrió el Hospital de San Hipólito en 1567. De igual modo, durante la primera mitad del siglo XIX, es decir los primeros años de vida independiente, tampoco existió un lugar similar por lo cual los locos quedaban bajo aislamiento policial. Se ha afirmado que entonces había un desinterés y abandono por parte de las leyes como de los médicos.⁸ Este panorama comenzó a variar a finales del siglo XIX, cuando comenzaron a construirse los primeros asilos para alienados en el país. En este tenor, se fundó el Asilo de Bogotá en julio de 1870, construcción que fue promovida por la Junta de Beneficencia de Cundinamarca con la participación del arzobispado de Bogotá. Esta institución sirvió para albergar hombres, mientras que las mujeres eran internadas en el Hospital San Juan de Dios, donde había un espacio destinado a la locura. La Casa de Locas se construyó a finales de 1874, con lo cual comenzaron a sentarse las bases para construir espacios asilares en el país. No obstante, debe mencionarse que desde entonces el cuidado en ambas instituciones fue delegado a las monjas Hermanas de la Presentación, quienes fueron agentes claves en el tratamiento moral de la locura.⁹

En Medellín, capital del Departamento de Antioquia, existía el proyecto de fundar una casa para alienados desde 1875, año en que se recolectó dinero entre los vecinos adinerados para tal fin. Sin embargo, la construcción se vio suspendida por el inicio de la guerra civil (1876-1877), conflicto político-religioso que enfrentó a conservadores católicos con el régimen liberal que triunfó e imperó

⁸ Humberto Rosselli, *Historia de la psiquiatría en Colombia*, t. I, Bogotá, Editorial Horizontes, 1968, p. 103; López Vélez, *Historia institucional y terapéutica*, p. 17.

⁹ López Vélez, *Historia institucional y terapéutica*, p. 23.

hasta 1885 cuando los conservadores se instauraron en el poder y se dio paso a lo que se ha denominado en la historia de Colombia como la Regeneración Conservadora, la cual finaliza en 1930.¹⁰ De modo que el contexto bélico pospuso la construcción de la Casa de Alienados hasta 1878 cuando los doctores Manuel Vicente de la Roche y Francisco Antonio Uribe la solicitaron nuevamente a la Corporación Municipal para albergar a varios alienados recluidos en la cárcel.¹¹ Este espacio se instaló en diferentes casas del centro desde su fundación hasta 1892 cuando se dio apertura al Manicomio. A la variación de los lugares se le sumó también los cambios recurrentes en el personal administrativo, por lo cual es de señalar que María de Jesús Upegui fue quien más tiempo duró como administradora (1878-1898), y que el prestigioso Dr. Tomás Quevedo Restrepo asumió la dirección técnica desde 1878¹². Esta Casa tuvo grandes problemas económicos desde que se fundó, puesto que dependió del Municipio de Medellín y de los filántropos a través de donaciones. Por tal motivo desde 1882, cuando el gobernador era Manuel Uribe Ángel, se buscó la transformación hacia una institución departamental con el fin de obtener mayores ingresos para su funcionamiento, transformación que se llevó a cabo solamente con la construcción del Manicomio Departamental en 1892.

Desde finales del siglo XIX también comenzó a gestarse una organización del cuerpo médico en Antioquia, así como la institucionalización de diferentes dependencias médicas. En 1887 se creó la Academia de Medicina de Medellín, cuya trayectoria marcaría un importante paso en el desarrollo y planeación urbana. Este organismo se encargó de los diferentes aspectos higiénicos de la ciudad, el control de plagas, infecciones, así como de la promoción de acciones contra enfermedades sociales y de la gestión ante autoridades gubernamentales para la construcción de instituciones como lazaretos,

¹⁰ Para una visión del gobierno conservador del periodo puede verse: Jorge Orlando Melo, *Historia Mínima de Colombia*, México, Turner, El Colegio de México, 2018, pp. 167-196.

¹¹ López Vélez, *Historia institucional y terapéutica*, p. 28.

¹² López Vélez, *Historia institucional y terapéutica*, pp. 29-30; En 1881 esta casa albergaba 28 personas (20 hombres y 8 mujeres). Entre ellos estaba el poeta Epifanio Mejía.

el dispensario médico y hospitales, entre los que se encuentra el Manicomio Departamental de Antioquia.¹³

Las diferentes comisiones creadas por la Academia fueron fundamentales en propuesta y planeación del Manicomio. El proyecto comenzó a consolidarse en 1888, cuando los médicos Juan Bautista Londoño, Julián Escobar, Alejandro Fernández y José Vicente Restrepo presentaron nuevamente un proyecto de ordenanza para construir un manicomio departamental, propuesta que terminó convertida en la Ordenanza 24 del 27 de julio de 1888 que autorizó la construcción de un edificio con algunos elementos médicos para la atención.¹⁴ Sin embargo, la importancia que venía adquiriendo el cuerpo médico en la ciudad a través de la Academia de Medicina, cuyo estatuto de “asociación de carácter oficial” con fines esencialmente científicos, no fue suficiente para que en sus inicios el apoyo estatal presupuestario fuera adecuado hasta 1890 cuando la Gobernación la acogió.¹⁵ Este organismo tuvo que ser insistente ante las autoridades pues los lugares designados para la Casa variaban constantemente. El marcado desinterés oficial, aunado a la escasez presupuestal y la falta de un médico de tiempo completo en sus inicios, llevaron a que este lugar mantuviera unas fuertes connotaciones de asilo.¹⁶

TRASLADO AL ALTO DE BERMEJAL 1888-1892

A partir de 1888 los reiterados llamados a que el Departamento absorbiera la Casa de Locos y destinara mayor presupuesto comenzaron a convertirse en un proyecto. Dicho año el ingeniero Luis G. Jhonson, quien había sido comisionado para viajar a Estados Unidos a observar instituciones psiquiátricas, presentó el plano original para el edificio del Manicomio. De este modo, propuso la construcción de una institución con 132 celdas de dos metros y

¹³ Tiberio Álvarez Echeverry, “La Academia de Medicina y el desarrollo de la ciudad”, en Jorge Orlando Melo, *Historia de Medellín*, v. 2, Medellín, Suramericana de Seguros, 1996, p. 284.

¹⁴ López Vélez, *Historia institucional y terapéutica...*, pp. 35-36.

¹⁵ Jorge Márquez Valderrama, *Ciudad, miasmas y microbios. La irrupción de la ciencia pasteriana en Antioquia*, Medellín, Universidad de Antioquia, 2005, pp. 1-3.

¹⁶ López Vélez, *Historia institucional y terapéutica...*, p. 38.

medio de ancho por cinco de largo, patios, comedores, despensas, entre otros.¹⁷ Un año después la Asamblea Departamental consultó a la Academia de Medicina para que estudiara el lugar donde debía ser construido, para lo cual nombraron la comisión de los médicos Manuel Uribe Ángel, Ramón Arango y Francisco Antonio Uribe. La comisión acompañada del ingeniero Jhonson y Juan Lalinde, visitaron en marzo de 1889 el Alto de Bermejál, y dieron el visto favorable sugiriendo la adquisición de más terreno, puesto que consideraron insuficiente los 13.142 m² que componían el lote de Bermejál ubicado a 1.5 km de la ciudad.¹⁸

El Manicomio se inauguró en abril de 1892 en el Alto de Bermejál, lugar que para entonces se encontraba en los márgenes de la ciudad y actualmente es el barrio Aranjuez, ubicado en la zona nororiental. El personal con el que contó en su inicio fue el Dr. Tomás Quevedo Restrepo como director, el Síndico Wenceslao Barrientos, María de Jesús Upegui como administradora y los 39 asilados que estaban en la Casa de Locos¹⁹. Las diferentes recomendaciones sobre las características del lugar no fueron tenidas en cuenta en su totalidad a la hora de construir, lo que generó diversas reclamaciones por parte de los médicos. Por ejemplo, en el informe de la comisión previa a la construcción, se hacía alusión a que en la época presente los métodos de tratamiento ya no eran de rigor, sino que se buscaba hacer entrar en reposo el espíritu de los enfermos. Con lo anterior la camisa de fuerza y la detención quedaban reservada para los furiosos.²⁰ Sin embargo, al entregar el edificio construido, la división en celdas (ver imagen 1) poco iluminadas y poco espaciosas, fue aceptada “porque ya están hechas”, no sin advertir que ese dispositivo de aislamiento traía más desventajas en cuanto a que eran “una causa permanente de excitación [...] allí la constitución del loco se aniquila, el juego de las funciones orgánicas se perturba, se produce una especie de

¹⁷ Academia De Medicina de Medellín, “Manicomio Departamental”, *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, Año 8, n.º 6 y 7, 1897, p. 204; López Vélez, *Historia institucional y terapéutica...*, pp. 39.

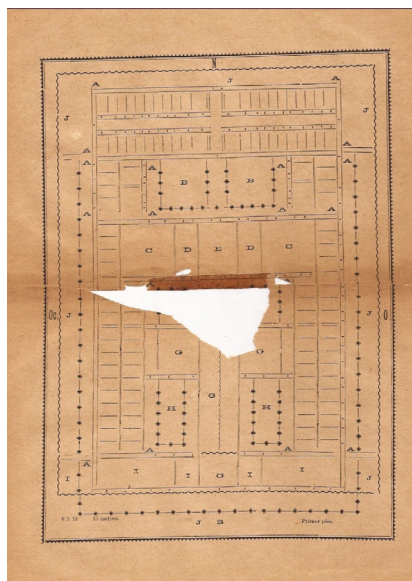
¹⁸ Academia de Medicina de Medellín, “Manicomio Departamental...”.

¹⁹ López Vélez, *Historia institucional y terapéutica...*, p. 41.

²⁰ Humberto Rosselli, *Historia de la psiquiatría en Colombia...*, t. I, p. 168.

cretinización, y el marasmo es con frecuencia el fin de una existencia sometida a esa clase de secuestro”.²¹

Imagen 1. Plano del Manicomio Departamental de Antioquia



Plano diseñado por Johnson (13140m²),
ubicado a 1.5km de la ciudad.

- A: 132 Celdas de 2.5m de ancho x 5m de largo
- B: Patios de 20m de largo x 10m de ancho
- C: Comedores de 15m de largo x 10m de ancho
- D: Despensas de 10m x 5m
- E: Cocina de 10m x 5m
- F: Patios de 15m de largo x 15m de ancho
- G: Capilla de 35m de largo x 10m de ancho, con dos salones adyacentes de 12m x 10m
- H: Patios de 15m de largo x 15m de ancho comunicados con la capilla y los salones adyacentes
- I: Cuerpo de dos pisos con las divisiones del plano que da vista a la ciudad
- J: Terreno libre

Fuente: “Manicomio Departamental”, *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, Año 8, n.º 6 y 7, 1897, pp. 202-204

De acuerdo con López Vélez, que el Manicomio se haya convertido en institución del Departamento de Antioquia no significó una mejora en las condiciones de los asilados ni una mejora de los servicios que se prestaban. No se mejoró el trato físico ni médico y la institución se dedicó al aislamiento con grilletes y cadenas para los enfermos agitados. López Vélez afirma que ninguna fuente hace alusión a otro tipo de medidas durante los años iniciales del Manicomio Departamental. Estos aspectos se hacen evidentes en las quejas de la directora María de Jesús Upegui, quien solicitó constantemente

²¹ Academia De Medicina de Medellín, “Manicomio Departamental...”, p. 204.

a la Asamblea Departamental el presupuesto para la mejora de las condiciones de los asilados puesto que no había camas, cobijas, ni vestido, a lo que sumaba que meses después de iniciar labores la institución no contaba con las condiciones necesarias para su funcionamiento.²² Lo anterior también es un reflejo de que las múltiples sugerencias realizadas por los médicos no fueron tenidas en cuenta en la construcción del edificio.

Desde los inicios de la institución fueron continuas las advertencias sobre la poca idoneidad del lugar para el tratamiento de la locura. Los informes de 1894 muestran que de las 80 “piezas” destinadas para el alojamiento, solamente 46 estaban terminadas y las restantes se encontraban en construcción gracias a donaciones de privados. En 1896 la Academia de Medicina advirtió, a través de la comisión integrada por Juan Bautista Londoño y Eduardo Zuleta, que el edificio no era un “manicomio modelo”, que era más parecido a un asilo que a un manicomio puesto que el terreno les seguía pareciendo insuficiente y el edificio central parecía más un convento que una casa de enajenados, lo que contrastaban con las indicaciones para los “manicomios modernos”, los cuales no eran simples asilos de locos sino hospitales para darles tratamiento médico y cura o alivio a los incurables. De modo que el llamado a las autoridades gubernamentales por la mejora de las condiciones de la institución fue una constante y el presupuesto destinado no fue suficiente para desarrollar los proyectos que sugerían la Academia de Medicina y la Asamblea Departamental.²³

Para 1898 continuaba en la dirección el Dr. Ricardo Escobar Ramos, pero la administración del Manicomio fue entregada a la Sociedad San Vicente de Paul (SSVP), que venía ganando peso en la región desde su arribo a Medellín en 1882 y que, junto con la Sociedad de Mejoras Públicas, jugaron un papel importante en la modernización de la ciudad²⁴. Esta comunidad se encontró con

²² López Vélez, *Historia institucional y terapéutica...*, p. 42.

²³ López Vélez, *Historia institucional y terapéutica...*, pp. 44-45.

²⁴ Paola Andrea Morales Mendoza, “Sociedad de Beneficencia San Vicente de Paúl en Medellín (Antioquia, Colombia), 1890-1930”, *Historiela. Revista de Historia Regional y Local*, v. 3, n.º 6, 2011, p. 178.

una institución que, según los informes de su director, estaba en precarias condiciones, con pasadizos oscuros y pisos de madera insalubres, además de enajenados hacinados en celdas y jaulas. Sin embargo, su duración en la administración fue corta, pues en 1905 las Hermanas de la Caridad firmaron un contrato con el gobernador de Antioquia, Benito Uribe G., para encargarse por cuatro años de la dirección interior, de lo relacionado al orden, aseo y moralidad y de la vigilancia de los trabajadores, labor que esta comunidad desempeñó al interior del Manicomio hasta 1965, cuando fueron remplazadas por enfermeras.²⁵ Como se verá a lo largo de este capítulo, esta comunidad de religiosas fue un actor trascendental durante el funcionamiento de la institución y llegaron, en ocasiones, a tener un contacto más constante y cercano con los asilados que el mismo personal médico.

Tal como han evidenciado los estudios de Beatriz Castro, hubo una estrecha relación entre las congregaciones religiosas y las actividades de asistencia pública en las instituciones del Estado. La congregación de las Hermanas de la Caridad tuvo un amplio espectro de acción en el manejo y gestión de instituciones como hospitales, hospicios, asilos y orfanatos. De modo que las religiosas en un par de décadas controlaban gran parte de las instituciones de salud distribuidas por casi todo el territorio colombiano a principios del siglo xx. Aunque desde las reformas liberales de mediados de siglo xix se había buscado separar el poder político del eclesiástico, desde su llegada al país en 1873 esta congregación tuvo una amplia expansión en diversas instituciones en el país. Tan solo en el sector de la salud, a finales de 1920 las religiosas controlaban 55 instituciones, de las cuales el 40% se encontraban en la zona centro del país cercana a Bogotá, 30% en el Departamento de Antioquia, 16% en los Santanderes, 8% en Tolima y Huila, y el 6% en la Costa Caribe. Esto complejiza entonces el análisis de la relación Estado-Iglesia, así como el análisis del proceso de transformación entre caridad y beneficencia, puesto que se evidencia una complementariedad entre la ayuda pública y

²⁵ López Vélez, *Historia institucional y terapéutica...*, p. 53.

privada, donde el desinterés estatal o su debilidad en la modernización de la asistencia fue un factor importante en la emergencia y consolidación de las monjas como actores fundamentales en el tratamiento de la pobreza y la locura.²⁶

Lo anterior se hace evidente desde los primeros años del Manicomio, cuando no había un médico que estuviera todo el tiempo en la institución. Cuando murió el Dr. Teodomiro Villa en 1908, se nombró al Dr. Francisco Arango, quien visitaba la institución dos veces por semana para encargarse solamente de las enfermedades generales, fenómeno que se presentó por lo menos hasta 1914 y que le dio poder a las monjas quienes ejercían de facto la dirección y administración. El síndico del Manicomio llegó a afirmar que el abandono estatal era notorio y que la falta de un médico permanente convertía el Manicomio en un sitio de contención con pocas esperanzas. Entre tanto, el personal de religiosas crecía y para 1912 llegó a ser de una hermana directora y cuatro monjas.²⁷

En 1913 se creó la Junta Central de Higiene, conformada por reconocidos médicos del Departamento. Entre sus objetivos se encontró la revisión de la situación del Manicomio, además de proponer medidas y reglamentos para el funcionamiento interno de la institución.²⁸ De este modo, la desestructuración comenzó a cambiar desde 1914 con la llegada a la dirección del Dr. Juan B. Londoño, quien empezó a levantar las estadísticas de pacientes hasta 1918 cuando pasó a ser Director de Instrucción Pública del Departamento de Antioquia, por lo que fue remplazado por Jorge Tobón, quien se desempeñaba como médico auxiliar. Dos años después, el Dr. Tobón murió y la Gobernación de Antioquia nombró director al Dr. Lázaro Uribe Cálad, cuyo periodo en la administración se analiza en páginas posteriores.

La ausencia médico-administrativa que caracterizó los primeros años de esta institución se refleja en diversos aspectos como la falta un asistente médico permanente y la falta de una sede fija y adecuada

²⁶ Puede verse: Beatriz Castro Carvajal, “La relación entre el Estado y la Iglesia Católica en la asistencia social colombiana: 1870-1960”, *Revista Sociedad y Economía*, n.º 20, 2011, pp. 223-242; Castro Carvajal, *Caridad y Beneficencia. El tratamiento de la pobreza en Colombia 1870-1930*, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2007.

²⁷ López Vélez, *Historia institucional y terapéutica...*, pp. 54-56.

²⁸ López Vélez, *Historia institucional y terapéutica...*, p. 60.

para el tratamiento de la locura. También esto conllevó a que se empleara un modelo asilar y que no se realizaran expedientes clínicos que den cuenta de la práctica clínica al interior de esta institución durante los primeros 28 años de su funcionamiento. Por tal motivo, no se conoce con exactitud uno de los casos más emblemáticos de esta institución, el del poeta antioqueño Epifanio Mejía (1838-1913), quien estuvo recluido más de treinta años en el asilo y falleció en el ya Manicomio en 1913. Este poeta es reconocido a nivel nacional porque uno de sus poemas, *El canto del antioqueño*, cuyo verso inicial recita “Oh libertad que perfumas las montañas de mi tierra” es una oda a la libertad y a las montañas antioqueñas, escrito que se convirtió en el himno oficial del Departamento de Antioquia.²⁹ La ausencia médico administrativa conlleva a que no exista registro de la práctica clínica y no se conozcan las historias de cientos de personas que transitaron la institución.

LÁZARO URIBE Y EL “MUNICIPIO DE LOS LOCOS”, 1920-1946

Desde 1920 asumió la dirección el Dr. Lázaro Uribe Cálad, quien estuvo a cargo del Manicomio hasta 1946. Su llegada representó una especie de renovación de la asistencia y el inicio del alienismo en Medellín.³⁰ Lo que debe destacarse del inicio de su gestión es que acaba con una falencia que venía desde 28 años atrás en su fundación: era un manicomio donde no se hacían historias clínicas. Sumado a la estadística que se venía realizando desde 1914, Uribe Cálad introdujo y regularizó el registro de las historias clínicas y adoptó una clasificación de los diagnósticos realizados en la institución.

EL PERSONAL, LOS PACIENTES Y EL ESPACIO ASILAR

Uribe Cálad nació en Ciudad Bolívar, Antioquia, en 1874. Se formó con jesuitas en el Colegio San Ignacio en Medellín y sus estudios

²⁹ Humberto Rosselli, “Epifanio Mejía (1838-1913)” en, *Historia de la psiquiatría en Colombia...*, pp. 206-211.

³⁰ Dina Herrera, “Biografía de un alienista...”, p. 54.

superiores fueron en la Universidad de Antioquia, donde se graduó como doctor en Medicina y Cirugía con una tesis titulada “Contribución al estudio de la Histerectomía vaginal”. Uribe Cálad viajó a París en 1903 a estudiar clínica quirúrgica, donde tuvo contacto con la medicina que se llevaba a cabo en las instituciones manicomiales. A su regreso a Colombia trabajó en hospitales de Manizales, la Costa Atlántica y varios municipios antioqueños. En junio de 1911 se casó con Margarita Arango Restrepo, con quien tuvo cinco hijos. Posteriormente, fue profesor de Medicina Legal y en 1914 asumió la cátedra de psiquiatría de la Facultad de Medicina. Su llegada al Manicomio se dio en 1918 cuando fue contratado como médico auxiliar del Dr. Jorge Tobón, lo que incrementó su prestigio académico y lo llevó a manejar la cátedra de Enfermedades Mentales en 1920, y la cátedra de Clínica de las Enfermedades Mentales y de Medicina Legal en 1940. El Dr. Uribe Cálad perteneció a múltiples asociaciones científicas nacionales e internacionales, fue galardonado por el gobierno colombiano como caballero de la Orden de Boyacá en 1942 y fue doctor Honoris Causa del Centro de Ciencias Psicológicas de la Universidad de Antioquia en 1957. A pesar de todo lo anterior, su nombre se asocia indiscutiblemente con el Manicomio Departamental de Antioquia, donde fungió como director durante 26 años.³¹

Durante su administración el personal del Manicomio fue más o menos estable, pues comenzó a reglamentarse el personal y sus funciones. Según lo estipuló la Ordenanza 16 de abril de 1922, los funcionarios del Manicomio eran: un director alienista, encargado de la administración, la asistencia médica a los pensionistas y a los psicópatas con formas tratables; un médico general, quien se encargaba de los no pensionistas con enfermedades “intercurrentes” y encargado de remplazar al director en su ausencia; un técnico de laboratorio; un médico interno encargado de la asistencia médica de forma permanente; un presbítero capellán del asilo; un síndico; y las monjas, quienes se encargaron del cuidado, dirección y administración cuando las visitas médicas eran intermitentes.³²

³¹ Dina Herrera, “Biografía de un alienista...”, pp. 62-77.

³² AHA, “Informe del Director del Manicomio Departamental sobre el año 1922”, pp. 115-116.

Durante las siguientes décadas el personal del Manicomio fue el mismo, a pesar de las constantes quejas del Director Alienista en los informes institucionales. Lo que ocurrió con frecuencia fue la salida de algunas personas y la entrada de otras a desempeñar el mismo cargo, aunque los más estables siempre fueron el de director y médico interno. Por ejemplo, en los informes de los años 1924 y 1925 se afirmaba que a partir de la Ordenanza 16 de abril de 1922 el personal de la institución era el mismo.³³ Años después la frecuente la entrada y salida del personal era vista con desaire por los administrativos del Manicomio. Por ejemplo, en 1931 se suprimió el cargo del médico general, lo que dificultó la asistencia de los internos ya que el personal médico quedó conformado por el director alienista Uribe Cálad y el médico interno, que para entonces era el Dr. Carlos Obando.³⁴ De modo que a la escasez presupuestal se sumaba la falta de personal adecuado para el tratamiento y cuidado de los internos. En 1932 se restableció el cargo de médico general con el ingreso del Dr. Salvador Jaramillo Berrío, pero el director del Manicomio insistió sobre la falta de personal médico, porque la misma cantidad de médicos atendía el doble de enfermos, que habían pasado de ser 303 a 620 entre 1918 y 1933.

Las religiosas tuvieron gran participación tanto en la administración como en el cuidado de los pacientes. Lo anterior no solamente es significativo por su proporción numérica, sino que se refleja en diversos aspectos del funcionamiento del Manicomio. Si se observan las imágenes 1 y 2 es de notar la gran proporción que guardaba la capilla con respecto a los demás edificios. De igual modo, los nombres de los pabellones y patios del lugar eran nombres de figuras religiosas. A excepción de la Plaza Epifanio Mejía, donde estuvo ubicada la celda del poeta, los demás espacios fueron nominados como: el Departamento de Nuestra Señora del Rosario; el Departamento de Santa Rita; el Departamento de Santa Teresa, donde custodiaban a las tuberculosas; el Departamento de la Inmaculada; Departamento

³³ AHA, "Informe del Director del Manicomio Departamental sobre el año 1925", pp. 119.

³⁴ AHA, "Informe del Director del Manicomio Departamental sobre el año 1931", pp. 183.

de San Antonio, Departamento de San Ambrosio y Departamento de San Agustín; los Pabellones de San Jorge y Santa Cecilia, destinados para los pensionistas excitados; Departamento de la Dolorosa y de Las Mercedes; así como los patios de San Antonio y San Vicente.³⁵

El grado de consolidación del accionar de las religiosas se observa también en las constantes solicitudes por parte del personal médico en la década de los cuarenta para que se creara el cargo de Hermana Enfermera General, quien se destinaría al cuidado del servicio de mujeres y a las “prescripciones médicas”, la vigilancia de los regímenes, curaciones y aplicar inyecciones.³⁶ De modo que las religiosas compartían la responsabilidad del cuidado médico, a pesar de no ser personal profesional y laborar con vestimentas religiosas, lo que da pie para reafirmar el gran poder que ha tenido la Iglesia en las instituciones de salud en Colombia. Esto marca una gran diferencia con otros contextos donde el personal de enfermería se profesionalizó, como el caso mexicano donde las disputas entre Estado e Iglesia llevaron a la secularización de congregaciones que administraban hospitales, como las Hermanas Josefinas, quienes ocultaron sus hábitos bajo las batas blancas y al ser expulsadas de instituciones como el Hospital Refugio en los treinta, inauguraron novedosos hospitales psiquiátricos.³⁷ La falta de profesionalización en el caso antioqueño no fue obstáculo para que las monjas no desempeñaran la labor del registro en los expedientes clínicos. Bajo un lenguaje profano con una discursividad moralizante y presencia de elementos religiosos, en diversos casos las monjas realizaban anotaciones con lápiz y sin firma en la historia clínica, evidencias que se encuentran por lo menos hasta 1950 e indican que ellas eran también las encargadas del orden moral y religioso al interior del Manicomio.³⁸

El personal que laboraba en la institución fue muy similar durante todo su funcionamiento, lo que contrastó notablemente con un

³⁵ Estos nombres fueron rastreados en los diferentes informes presentados por el Director del Manicomio Departamental desde la década de los veinte en adelante.

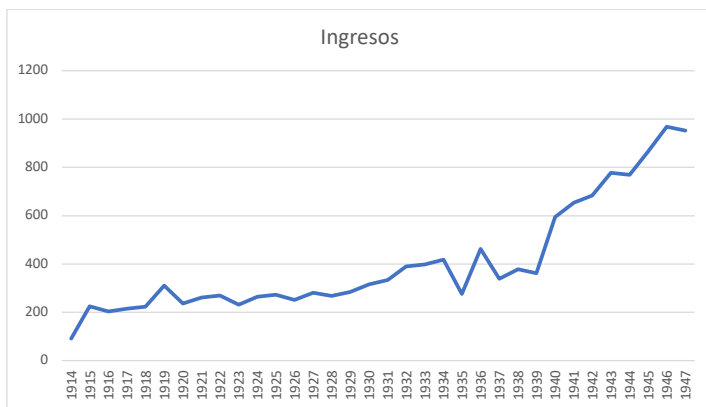
³⁶ AHA, “Informe del Director del Manicomio Departamental sobre el año 1945”, p. 158.

³⁷ Gibrán Monterrubio, “Detrás del hábito. Las Hermanas Josefinas como enfermeras en el Hospital del Refugio, 1893-1935”, tesis de maestría en historia, Universidad de Guadalajara, 2018.

³⁸ Vanegas, “Elaboración cultural de la locura...”, pp. 31-34

ingreso de pacientes que iba en aumento, como puede apreciarse en el gráfico 1. Lo anterior suscitó una serie de tensiones entre el director y las autoridades encargadas del mantenimiento y presupuesto de la institución. Prácticamente todos los años se insistió en la necesidad de aumentar el presupuesto para el Manicomio bajo los argumentos del aumento constante del número de internos, de la necesidad de ampliar el espacio para recibir más personas, o con el argumento del aumento del precio de los víveres. Por ejemplo, en 1926 se hizo notorio que al Manicomio llegaban pacientes de otros Departamentos. Se afirmó sobre los pacientes provenientes de la Costa que preferían el “Asilo” por el clima, ya que la otra opción para internarse era el de Bogotá, donde debían someterse a temperaturas bajas. Sin embargo, las solicitudes recurrentes para el asilamiento debían ser negadas por la falta de espacio, argumento que fue usado constantemente para solicitar el aumento en el presupuesto.³⁹

Gráfico 1. Ingresos anuales al Manicomio
Departamental de Antioquia, 1914-1947



Fuente: Elaboración propia con base en los informes del director a la Gobernación. AHA, Impresos Oficiales, “Informes del Director del Manicomio Departamental”,

1914-1947

³⁹ AHA, “Informe del Director del Manicomio Departamental sobre el año 1926...”, p. 36.

Dadas las limitaciones de las fuentes se consultaron diversos tipos de documentación para caracterizar a la población psiquiátrica. Tanto los informes del director al gobernador, como la base de datos de Historias Clínicas consultada en el Laboratorio de Fuentes Históricas de la UNAL, coinciden en que un 54% fueron hombres, frente al 46% de ingresos de mujeres. Gracias a este último acervo, podemos saber que la edad promedio de quienes se internaban fue de 34.9 años. De acuerdo con trabajos recientes, elaborados a partir de muestras documentales, durante las primeras décadas del siglo xx los pacientes provenían principalmente de otros municipios de Antioquia, ubicados en las regiones Oriente y Suroeste. De este modo, es posible saber que entre 1903-1910 tan solo el 26% provenían de Medellín, el 68% de las regiones y el 6% de otros departamentos. Las siguientes décadas el porcentaje fue similar, puesto que el 64% de los internados entre 1910-1920 provenía de otros municipios, el 24% del área urbana de Medellín y del Departamento de Caldas un 10%. Para la siguiente década los porcentajes se mantienen en un 69% para internos de otros municipios del Departamento, 22% lo ocuparon personas de Medellín y el 6% restante corresponde a quienes eran enviados de otros departamentos del Caribe Colombiano como Atlántico, Bolívar, Sucre y Providencia, así como de departamentos del interior como Tolima y, en menor medida, extranjeros provenientes de España, Chile y Alemania.⁴⁰

Una constante en la documentación producida en la institución fueron los reiterados llamados al gobierno departamental para que proporcionara el presupuesto para ampliar la institución y poder solucionar el creciente número de ingresos a la institución. El Pabellón de Pensionistas que comenzó a ser ampliado desde 1922 duró más de 10 años en el proceso, y su construcción avanzó gracias a que a comienzos de los treinta se emplearon a obreros que habían quedado desempleados producto de la crisis económica.⁴¹ También ocurrió de forma similar con el pabellón para tuberculosos, que llevaba años a punto de terminar de construirse. Debido a la falta de espacio para recibir tanto a pensionistas como no pensionistas, el personal de

⁴⁰ Gutiérrez Avendaño, *Locura y Sociedad...*, pp. 81-83.

⁴¹ AHA, "Informe del Director del Manicomio Departamental sobre el año 1931", p. 102.

la institución llamó reiterativamente al gobierno departamental a poner fin a estas obras, y en el caso del Pabellón de Pensionistas, su ampliación se terminó en 1932, pero dos años después se encontraba en el mismo problema. De ahí que hubo una insistente necesidad de acondicionar los pabellones con el fin de descongestionar la institución y poder “alojar de una manera medianamente higiénica el gran número de asilados que necesariamente hay que hospitalizar”.⁴² Esto refleja parte de los impactos que tuvo en Colombia la Gran Depresión, los cuales se hicieron notorios entre 1929-1931 en el sector industrial, que venía en crecimiento desde el siglo XIX. En particular, en 1930 se dieron grandes reducciones salariales, suspensión de pagos de dividendos, cierres de bancos y desempleo masivo que se generó por la suspensión de obras públicas en marcha, lo que obligó al gobierno del presidente Olaya Herrera (1934-1938) a buscar apoyo financiero internacional y al gobierno subsiguiente de Alfonso López Pumarejo (1934-1938) a promover decisivamente la industrialización del país, la consolidación de un mercado interno y el desarrollo hacia adentro.⁴³

En la década de los treinta se hizo notorio también uno de los grandes problemas de la institución que fue el suministro de agua potable, por lo cual solicitaban continuamente la instalación de una tubería de hierro y la purificación del agua por diferentes métodos. Si se observa la imagen 2, desde la década de 1920, el espacio alrededor del Manicomio había sufrido una transformación urbana y un crecimiento exponencial del barrio Berlín, como era conocido el sector. Al estar la institución en una planicie en medio de una colina, recibía todas las aguas residuales de la parte alta del barrio, por lo que las quejas por las condiciones de internamiento y la calidad del agua se reflejan en la ocurrencia de epidemias al interior, como en 1922 cuando los informes alertaron acerca de epidemias de disentería y paperas entre los internos.⁴⁴

En los informes son frecuentes las peticiones de abastecimiento de agua potable y para que el Municipio aprovechara las obras de

⁴² AHA, “Informe del Director del Manicomio Departamental sobre el año 1929”.

⁴³ Diana Carolina Henao Maldonado y Juana Manuela Gómez Ramírez, “El impacto de la Gran Depresión en el sector industrial colombiano durante el periodo 1923 a 1936”, *Grafas Disciplinarias de la UCP*, n.º 13, 2011, pp. 10-11.

⁴⁴ AHA, “Informe del Director del Manicomio Departamental sobre el año 1922”.

infraestructura hídrica que comenzaban a tener lugar en el Departamento. Estas demandas fueron escuchadas tan solo en 1944 cuando se construyó una tubería directa desde el nacimiento al estanque del Manicomio, a fin de evitar el consumo de aguas residuales que vertían los vecinos de una zona en creciente urbanización.⁴⁵ Como se observa en la anterior imagen, en la década de 1920 el Manicomio ya se encontraba integrado a la ciudad, de modo que este lugar que había sido concebido por los médicos como apropiado para el tratamiento de la locura por estar fuera de la ciudad, con un buen suministro de agua y aire limpio, comenzó a ser poblado rápidamente y a ser incluido en los trazos urbanísticos oficiales. Como señala Silva Mantilla, lo que para finales del siglo XIX se concibió como un paraje marginal con una atmósfera similar al campo, por sus mismas condiciones fue visto como un lugar ideal para el desarrollo por parte de los empresarios de las décadas subsecuentes a 1920. Incluso, desde 1890, tan solo un año después de la visita de la comisión médica al terreno del Bermejil, el *Plano de Medellín Futuro* ya contemplaba la expansión urbanística de la ciudad e incluía el sector para la construcción de viviendas obreras.⁴⁶

Lo anterior también dio pie para que fueran constantes las peticiones de Uribe Calad al gobierno por una transformación radical del espacio, incluso, la construcción de un nuevo manicomio. Mientras que los funcionarios gubernamentales siempre aludieron a que “este importante centro de beneficencia, [era] el mejor entre los de su género en el país”⁴⁷, los desencuentros con el cuerpo médico fueron notorios desde la década de los veinte cuando las mejoras arquitectónicas duraban años y los problemas de hacinamiento impedían el ingreso de pacientes y unas condiciones de asilamiento adecuadas. Para la siguiente década, la petición fue exactamente igual, con la sugerencia de ubicar el nuevo manicomio distante de la ciudad en tierra fértil con clima apropiado y, lo más importante, “en amplio espacio por si pudiera realizarse allí el Open-door Nacional”.⁴⁸ Sin

⁴⁵ AHA, “Informe del Director del Manicomio Departamental sobre el año 1944”, pp. 185

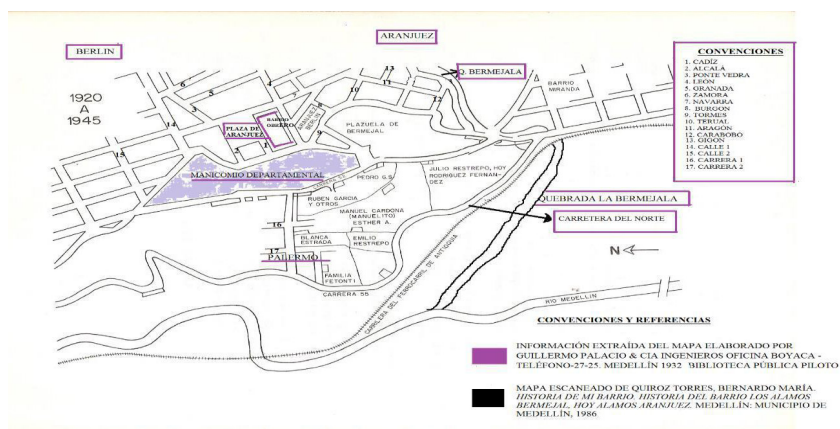
⁴⁶ Silva Mantilla, “Concepción y desarrollo del Manicomio...”, pp. 189-192.

⁴⁷ Informe de 1923, p. 73.

⁴⁸ Esto puede verse en los informes del director del Manicomio Departamental sobre los años 1938, p. 39; 1940, p. 103; 1943, p. 190; 1944, p. 184; entre otros.

embargo, esta transformación fue vista durante décadas como una utopía por los médicos e imposible de conseguir por la falta de presupuesto, por lo cual se conformaron y dedicaron a sugerir y solicitar, sin ser escuchados, la reforma perpetua del espacio.

Imagen 2. Ubicación del Manicomio Departamental de Antioquia



Fuente: Dina Herrera, “Biografía de un alienista...”, p. 142

NOSOLOGÍA Y PRÁCTICA CLÍNICA:

Para referirnos a la actividad clínica al interior del Manicomio es necesario señalar que, según consta en los informes presentados por Lázaro Uribe Cálada a la Gobernación, no se seguía una clasificación especial, sino que los diagnósticos realizados a los internos se ajustaban a “las manifestaciones morbosas predominantes en los alienados”.⁴⁹ Debido a lo anterior hubo una variedad diagnóstica bastante amplia, puesto que encontramos alrededor de 1900 diagnósticos diferentes

⁴⁹ Véase por ejemplo: AHA, “Informe del Director del Manicomio Departamental sobre el año 1931, pp. 192.

para los años 1903-1947, consignados en las bases de datos de historias clínicas,⁵⁰ los cuales fueron presentados de manera acotada a 245 en los informes que el director alienista enviaba a la Gobernación.⁵¹

Una gran evidencia de cómo eran clasificados los diagnósticos la proporciona la tesis de medicina *Comentarios a la Estadística Manicomial del Departamento de Antioquia*, estudio realizado por el practicante Carlos E. Córdoba en 1937 al interior de la institución, dirigido por el mismo Uribe Cálad.⁵² Gracias a este informe se hace explícito que en el Manicomio se empleaba una clasificación “semejante a muchas, dista bastante de ellas y puede considerarse como independiente de todas”.⁵³ Según este practicante, Uribe Cálad se sentía más acorde con una clasificación propuesta por la Sociedad Brasileira de Psiquiatria, Neurología y Medicina Legal propuesta en la primera conferencia Latinoamericana de Neurología, Psiquiatria y Medicina Legal, la cual constaba de 14 modalidades que encerraban con más detalle las distintas variedades psicopáticas. Sin embargo, al no ser aceptada decidieron desligarse formalmente de cualquier clasificación y adoptar una que consideraron propia, basada en un criterio sintomático “ciñéndose en parte a la escuela francesa”. En este punto es llamativa la crítica abierta a cualquier sistema de clasificación y a las dificultades de las “clasificaciones universales”, en alusión a la cada vez más aceptada clasificación del alemán Emil Kraepelin a nivel internacional.⁵⁴ Las disputas por la adopción de un sistema clasificatorio al interior de la institución terminaron en la implementación de una nosología local basada en la observación, la cual comprendía 15 grupos e incorporaba diagnósticos propios de la escuela alemana y francesa. Para efectos de este trabajo, tomamos como base la clasificación de Uribe Cálad y las cifras consignadas en los informes anuales que presentaba a la Gobernación para dar un estimado de la prevalencia y porcentajes de cada grupo:

⁵⁰ Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín, Facultad de Ciencias Humanas y Económicas, Laboratorio de Fuentes Históricas, HOMO, 2019-04-14_HOMO_Descripción ISAAD (G)_Backup_Vo.o.xlsx.

⁵¹ Véase informes del Director para los años 1919-1947.

⁵² Carlos E. Córdoba, “Comentarios a la estadística manicomial del Departamento de Antioquia”, Tesis de Medicina y Cirugía, Universidad de Antioquia, 1937.

⁵³ Córdoba, “Comentarios a la estadística manicomial...”, p. 4.

⁵⁴ Córdoba, “Comentarios a la estadística manicomial...”, p. 3.

Tabla 1. Diagnósticos elaborados en el
Manicomio Departamental de Antioquia, 1920-1947

Grupo	N	%
Manías (aguda, periódica o intermitente, crónica)	3475	35.66
Psicosis Confusional (confusión mental simple, delirante, con estupor, toxi-infecciosa, etc.)	1717	17.62
Lipemanía o Melancolía (simple, depresiva, delirante, ansiosa, hipocondríaca, involutiva, intermitente)	711	7.30
Psicosis Tóxica (Exógenas y endógenas)	711	7.30
Degeneración Psíquica u Oligofrenia (perversión constitucional, imbecilidad e idiotez)	566	5.81
Demencia Precoz o Esquizofrenia	548	5.62
Psicosis Epiléptica	393	4.03
Demencia Senil - Presbiofrenia	346	3.55
Paranoyas (delirio sistematizado progresivo de persecución, delirio religioso, delirio de los débiles mentales, delirio celoso, delirio erótico, delirio alucinatorio)	285	2.92
Sin Diagnóstico	267	2.74
Parálisis General Progresiva	194	1.99
Sin Manifestaciones	193	1.98
Maníaco-Depresiva	160	1.64
Psicosis pitiática o histérica	138	1.42
Hipomanía	21	0.22
Psicastenia	17	0.17
Psicosis Hiperemotiva	3	0.03
Total	9745	100

Fuente: Las clasificaciones en grupos de diagnósticos se basaron en Córdoba, “Comentario a la estadística...”. Las cifras fueron tomadas de los diferentes informes del director al Secretario de Gobernación, años 1920-1947

De acuerdo con Córdoba, Uribe Calad veía poco útil los sistemas clasificatorios de “Kroepeling”⁵⁵ bajo los argumentos de que se basaba en el pronóstico contemplando dos grandes grupos que dejaban por fuera muchas otras manifestaciones: las psicosis curables y no curables. Con la clasificación nosológica de los maniaco-depresivos englobó las psicosis delirantes, los dementes precoces y psicosis calmadas, lo que a su juicio les parecía que no era viable “englobar en esta forma simplista y sencilla un sinnúmero de pacientes que no es admisible estén ceñidos a esta rigidez de pronóstico, pues vemos, y no uno sino muchos casos, a los cuales no es factible clasificarlos en esta angosta y estrecha denominación”.⁵⁶ Resulta particular ese rechazo explícito, por lo menos formal, a la corriente kraepeliniana, situación inversa a otros casos de Iberoamérica donde hubo una clara adopción de la clasificación alemana, como lo han evidenciado los historiadores en México, Argentina, entre otros,⁵⁷ como también casos en que coexistieron el sistema kraepeliniano con la clasificación de la esquizofrenia,⁵⁸ así como lugares donde el eclecticismo nosológico no significó un rechazo tajante hacia otras corrientes psiquiátricas como el alienismo francés.

Con respecto a los diagnósticos presentes en la tabla 1 Córdoba señaló que las manías eran la psicopatía que más afectaba al medio local (35,6%), la cual se hallaba en todas las esferas sociales y en distintas etapas de la vida. La manía aguda era la más frecuente dentro de este grupo, con una evolución y pronóstico más o menos claro y con poca mortalidad, por lo cual representaba para los médicos un cuadro secundario. Los casos de manía intermitente o periódica eran entendidos como los que presentaban recaídas o varios accesos

⁵⁵ De esta forma figura en el texto de Córdoba para aludir a Emil Kraepelin.

⁵⁶ Córdoba, p. 1.

⁵⁷ Andrés Ríos Molina, Cristina Sacristán, Teresa Ordorika y Ximena López, “Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una propuesta desde la historia cuantitativa (México, 1910-1968)” *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, v. 68, n.º 1, 2015, pp. 3; Alejandra Golcman, “Legitimar psiquiatras antes que curar pacientes. Las terapias de shock en Buenos Aires, Argentina (1930-1970)”, *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, v. 69, n.º 1, 2017, p. 2.

⁵⁸ Ana Teresa Venancio, “Classificando diferenças: as categorias demência precoce e esquizofrenia por psiquiatras brasileiros na década de 1920”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 17, s. 2, 2010, pp. 327-343.

de manía en su vida, por lo cual salían mejorados generalmente, a diferencia de quienes eran diagnosticados con manía crónica, “expresión del continuo, del permanente desequilibrio mental”, que se diferenciaba de los anteriores por presentar largos periodos de excitación con ligeras remisiones y con las tasas de mortalidad más elevadas.⁵⁹ Las psicosis confusionales, el segundo grupo más empleado en la institución, tenían distintas formas generalmente infecciosas o tóxicas. Este tipo de pacientes ingresaban en “condiciones lamentables de salud física” y la mayoría de las veces “sucumben rápidamente”, por lo cual la mortalidad era muy elevada en esta forma de psicosis⁶⁰. Los diagnósticos englobados bajo la categoría de lipemanía constituyeron un 7,3% de los ingresos. Aunque reconocían que estos se presentaban en cualquier edad, argumentaron que la forma involutiva crónica se asociaba más a la senectud, con una larga evolución y con mayores complicaciones intercurrentes, por lo cual el pronóstico era “sombrio en relación con la evolución y su desenlace, lo mismo que en relación con el futuro”.⁶¹ Otros diagnósticos menos representativos en la estadística fueron la hipomanía y las manías depresivas, cuyos pronósticos fueron más alentadores, con cortas duraciones de internamiento y con salidas principalmente por mejoría.⁶² Por su parte, los diagnósticos con mayor duración de internamiento fueron los de demencia precoz o esquizofrenia, patología recurrente entre personas de 20 a 40 años con ligeras remisiones en algunos casos, aunque generalmente se presentaba con una evolución de larga duración que terminaban con un desenlace fatal, por lo cual era vista como una “entidad psicopática que anula al ciudadano para todos sus actos, y haciéndolo excesivamente perjudicial al medio social, al familiar y hasta para sí mismo”.⁶³

Aunado a la apuesta sintomática de Uribe Cálad, es pertinente resaltar que imperó un criterio etiológico con especial énfasis en la herencia y otros factores que el mismo alienista consideraba como

⁵⁹ Córdoba, “Comentarios a la estadística manicomial...”, pp. 50-52.

⁶⁰ Córdoba, “Comentarios a la estadística manicomial...”, p. 73.

⁶¹ Córdoba, “Comentarios a la estadística manicomial...”, p. 66.

⁶² Córdoba, “Comentarios a la estadística manicomial...”, pp. 54-56.

⁶³ Córdoba, “Comentarios a la estadística manicomial...”, p. 83.

principales en la aparición de la locura en el Departamento de Antioquia. Por ejemplo, en 1922 afirmó que:

Consultando los datos estadísticos relacionados con las causas matrices de las psicopatías, tan frecuentes entre nosotros, se puede observar que los principales factores etiológicos son:

El gran factor etiológico, la Herencia, que aquí como en todas partes ocupa un lugar primordial indisentible; el alcoholismo que solo o asociado a la herencia, es después de la herencia el factor más importante; la Miseria, principalmente en las mujeres, causa a que debe dársele una importancia extraordinaria que no figura como tal en los cuadros estadísticos, debido a que las autoridades a cuyo cargo está el envío de los enajenados al Establecimiento, no se preocupan suficientemente de investigar este factor etiológico; la Degeneración psíquica, demasiado frecuente entre nosotros, con un séquito de amoralidad, perversiones instintivas, impulsividad, etc., y, aunque con menos frecuencia que los anteriores, la sífilis y el parasitismo intestinal, que en concepto de las personas ajenas a estas disciplinas es un factor más importante de lo que es en realidad”.⁶⁴

Los anteriores factores etiológicos son recalcados también por el Dr. Uribe Cálad en sus publicaciones académicas, en las cuales fue enfático en el papel de la herencia, el alcoholismo, la sífilis, la miseria y la degeneración psíquica en la aparición de la locura, pero acto seguido señalaba que algunos de estos factores estaban asociados y que no eran fidedignas las cifras empleadas. Aunque consideraba que las leyes de la herencia eran inevitables y que “una simple neurosis” o una lesión orgánica eran un factor para que apareciera la tendencia morbosa en el procreado, argumentaba a su vez que la predisposición hereditaria dependía también del ajuste personal a las normas de la higiene.⁶⁵ De igual modo, aunque en los informes

⁶⁴ AHA, “Informe del Director del Manicomio Departamental sobre el año 1922”, p. 119.

⁶⁵ Véase Lázaro Uribe Cálad, “Factores etiológicos de la locura en los Departamentos de Antioquia y Caldas”, *Revista Clínica. Órgano de la Sociedad Clínica del Hospital de Medellín*, v. 3, n.º 25-28, 1922, p. 199; Salazar Bermúdez, “Alcoholismo y degeneración...”, p. 6

no se incluyó la variable de raza de los internos “por la carencia de normas que existen entre nosotros para la determinación precisa de aquellas”,⁶⁶ esta sí fue una variable incluida en las historias clínicas por lo menos durante el periodo de Uribe Calád.

Estos cuestionamientos sobre el origen de la locura nos dejan entrever que la clínica allí desarrollada no estuvo exenta de los debates intelectuales, médicos y políticos que se llevaban a cabo a nivel nacional. En específico, el reiterado debate de comienzos de siglo xx sobre la degeneración de la raza colombiana, el cual ha sido uno de los temas más trabajados por los historiadores interesados en la salud y educación.⁶⁷ En tal debate hubo afirmaciones severas acerca de la herencia y los mecanismos mediante los cuales se transmitían los males del pueblo colombiano. Sin embargo, muchas de estas afirmaciones se mantuvieron más en el plano ideológico y discursivo, puesto que algunos estudios han comenzado a indagar la influencia de la herencia y el alcoholismo en la génesis de la locura a través de la revisión de los expedientes clínicos, con lo cual ha llegado a saberse que tan solo un 1,7% de los asilados que ingresaron entre 1920-1930 recibieron diagnósticos de alcoholismo,⁶⁸ cuyo principal diagnóstico fue la psicosis alcohólica,⁶⁹ y en un 4,2% de los casos los

⁶⁶ AHA, “Informe del Director del Manicomio Departamental sobre el año 1931”, p. 192.

⁶⁷ Algunos de estos trabajos son: Catalina Muñoz Rojas, *Los problemas de la raza en Colombia. Más allá del problema racial: el determinismo geográfico y las “dolencias sociales”*, Bogotá, Editorial Universidad del Rosario, 2011; Andrés Ríos Molina, “Un crimen cometido en estado de ira e intenso dolor: degeneracionismo y psiquiatría en la defensa de Jorge Eliecer Gaitán a Jorge Zawadzky, Colombia 1935”, *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, n.º 5, 2015, pp. 38-58; Andrés Klaus Runge Peña y Diego Muñoz Gaviria, “El evolucionismo social, los problemas de la raza y la educación en Colombia, primera mitad del siglo xx: el cuerpo en las estrategias eugenésicas de línea dura y de línea blanda”, *Revista Iberoamericana de Educación*, n.º 39, 2005, pp. 127-168; Alejandro Salazar Bermúdez, “Visiones sobre el alcohol y la prohibición en los debates médicos y la prensa en Colombia, 1918-1923”, *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, n.º 9, 2017, pp. 78-97; Salazar Bermúdez, “Alcoholismo y degeneración...”; María Fernanda Vásquez, “Degeneración, criminalidad y heredo-alcoholismo en Colombia, primera mitad del siglo xx”, *Salúde e Sociedade*, v. 27, n.º 2, 2018, pp. 338-353; Vásquez, “Degeneración y mejoramiento de la raza: higiene social o eugenesia? Colombia, 1920-1930”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 25, s. 1, 2018, pp. 145-158.

⁶⁸ Salazar Bermúdez, “Alcoholismo y degeneración...”.

⁶⁹ Diego Duque Ossa y Gladys Quiceno, “Psicosis Alcohólica en el Hospital Mental de Antioquia, 1900-1930”, *Iatreia*, v. 24, n.º 1, pp. 97-104.

registros de la práctica clínica dejan en específico que la herencia era la causante directa de la locura.⁷⁰

En otros de los factores mencionados, como la sífilis, fue ambigua su relación. El diagnóstico asociado más cercano fue la parálisis general progresiva aunque estadísticamente no era tan representativa como otros diagnósticos. Sin embargo, los estudios sobre la sífilis fueron recurrentes en materia médica,⁷¹ y hubo campañas contra esta enfermedad que fueron enmarcadas en proyectos de higiene social.⁷² Por otro lado, la situación económica mundial de comienzos de los treinta también impactó notoriamente al interior de la institución, lo que significó un movimiento de pacientes “que antes no se había visto”, puesto que ingresaron en promedio 36 personas al mes. Este aumento demográfico estuvo justificado, en palabras del Dr. Uribe Cálad, “a la difícil situación económica que atravesamos”.⁷³ Al respecto, los historiadores Jairo Gutiérrez y Jorge Márquez han afirmado la estrecha relación entre la pobreza y el origen de la locura en el Manicomio durante 1920 a 1959, donde los diagnósticos asociados a la pobreza se originaban algunas veces por las penas morales y otras por desnutrición avanzada.⁷⁴

Una vez realizado el diagnóstico, existieron diversas dificultades para implementar una terapéutica adecuada. De acuerdo con los informes, la precariedad presupuestal también fue un factor influyente en la falta de optimización e implementación de nuevos tratamientos y de nuevas tecnologías para el diagnóstico, así como fue la causa de hacinamiento e, incluso, rechazo de nuevos ingresos por falta de espacio y de condiciones higiénicas de estos. Por ejemplo, se

⁷⁰ Salazar Bermúdez, “Alcoholismo y degeneración...”, p. 2.

⁷¹ Alejandro Giraldo Granada, “La parálisis general progresiva en el Manicomio Departamental de Antioquia, 1930-1950”, *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, n.º 5, 2015, p. 114.

⁷² Jana Catalina Congote y Álvaro Casas Orrego, “Alcoholismo: enfermedad social en Medellín (1900-1930)”, en Jana Catalina Congote y Álvaro Casas Orrego (eds.), *Salud y Salud Pública. Aproximaciones históricas y epistemológicas*, Medellín, Hombre Nuevo Editores, Universidad de Antioquia, 2013, pp. 127-148.

⁷³ AHA, “Informe del Director del Manicomio Departamental sobre el año 1930...”, p. 102.

⁷⁴ Jairo Gutiérrez y Jorge Márquez, “Pobreza y locura como enfermedades sociales en la mentalidad civilizatoria de la modernidad colombiana. Antioquia y Cundinamarca 1900-1960”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, v. 32, s. 1, 2014, p. s63.

mencionaba la posibilidad de optimizar el tratamiento mediante la implementación de un Laboratorio clínico, sin embargo, hasta 1924 esta construcción no había sido llevada a cabo. Los informes desde 1922 reflejan que se hacía necesaria la ampliación del pabellón de pensionistas ya que era constante la solicitud de ingresos de este tipo de pacientes, lo cual se veía dificultado por la falta de espacio. En los informes puede observarse que el Manicomio como dispositivo de encierro fue utilizado de forma recurrente y que en muchos casos los problemas mentales de estos solicitantes (o de quienes eran llevados por sus familias) eran leves, pero buscaban el ingreso y se les negaba por criterios no científicos sino de administración del espacio. La austeridad presupuestaria con la que funcionaba el Manicomio fue un factor clave en la forma de diagnosticar, de tratar y de contener la locura, lo que les dio peso a otros poderes como el eclesiástico.

Para dar una idea de los tratamientos empleados durante el periodo de Uribe Calad, de acuerdo con López Vélez se emplearon el aislamiento, los abscesos de fijación, tratamientos con arsénico, bismuto y mercurio, malarioterapia y algunos sedantes, y a partir de 1944 se sumó la terapia electroconvulsiva.⁷⁵ De acuerdo con Gutiérrez y Márquez, se emplearon diferentes tratamientos en el periodo entre 1921 y 1960 en la institución. Con base en 214 expedientes clínicos que declararon tratamiento, extraídos de una muestra de 918, los autores evidencian que se emplearon fármacos en un 52,3%; a partir de 1945 se emplearon los electrochoques (16%); la laborterapia comenzó a ser empleada desde 1958 en un 12.8% de la muestra; la lobotomía entre 1957 y 1958, posterior a la salida de Uribe Calad en un 10,1% de su muestra, así como la convulsoterapia en un 4,6% y muy pocas sesiones de psicoterapia y psicoanálisis que representan un 3,6% entre ambas.⁷⁶ Es de advertirse entonces que la diversificación en la terapéutica se llevó a cabo posterior a la salida de Uribe Calad.

⁷⁵ López Vélez, *Historia institucional y terapéutica*, p. 107.

⁷⁶ Gutiérrez y Márquez, “Pobreza y locura como enfermedades sociales...”, p. 559.

Tabla 2. Motivos de salida entre 1920-1947

Causa de salida	%
Curación	38.94
Mejoría	26.19
Muerte	23.14
Retirados	10.49
Fuga	1.24
Total	100

Fuente: Elaboración propia con base en Archivo Histórico de Antioquia, *Informes del director, 1920-1947*

Con respecto a las causas de salida, en los informes se consigna que por curación se entendía cuando alguien ingresaba por primera vez y salía mejorado con probaibilidades de periodos de larga estabilidad. Por mejoría aludían a los enfermos que ingresaban varias veces pero salían una vez terminadas las crisis morbosas. Los retirados salían por solicitud de las familias para atenderlos de forma particular.⁷⁷ De acuerdo con Córdoba, las principales causas de defunción fueron, en orden descendente: a) las producidas por las psicosis mismas; b) afecciones gastrointestinales; c) pelagra; d) afecciones de otros aparatos o sistemas; e) enfermedades infecciosas, principalmente tifo; f) tuberculosis; g) un escaso número de suicidios.⁷⁸

La documentación administrativa producida en la institución y las limitadas posibilidades terapéuticas que ofrecía el espacio nos permiten afirmar que, por lo menos hasta 1946, el Manicomio Departamental de Antioquia fue una institución asilar que siempre fue proyectada como manicomio, pero diversos factores minaron los proyectos de modernización. A pesar de que fue planeado y proyectado bajo los criterios del alienismo francés, donde el buen trato a los internos y el contacto con la naturaleza eran de por sí un mecanismo terapéutico,

⁷⁷ AHA, "Informe del Director del Manicomio Departamental sobre el año 1932", p. 192.

⁷⁸ Córdoba, "Comentarios a la estadística manicomial...", pp. 7-9.

las disputas entre los directivos y las autoridades oficiales para que aumentaran el presupuesto, la poca oferta de tratamientos, la presencia omnipotente de las religiosas, entre otros factores, evidencian un abandono estatal sistematizado y un desinterés por la rehabilitación, por lo cual el Manicomio cumplió funciones de defensa social y rehabilitación moral. Las vicisitudes del día a día y esa selectividad del Estado, imprimieron ese carácter asilar de “primitivo hospicio para amontonar ruinas mentales”, en palabras del director, espacio que buscó perpetuamente su transformación hacia un hospital de enfermos mentales asistidos científicamente para ser reintegrados a la vida ciudadana “en condiciones de ser útiles al Estado”.⁷⁹ Además de esto, Vanegas ha señalado que todavía en los años cuarenta en la documentación oficial se referían a sus internos como “asilados” y no como pacientes, nominalidad que implica una conceptualización diferente del sujeto y el encierro. Bajo el apelativo de “paciente” se engloba una concepción medicalizada de la locura y del espacio manicomial, mientras que el primer concepto alude al loco como un marginado social y a un espacio más parecido a un albergue de caridad que a un hospital.⁸⁰

Por lo tanto, lo referido anteriormente y la eterna y prematura obsolescencia de tal institución, característica expresada por sus funcionarios desde comienzos de su funcionamiento, llevó a que diversas personalidades buscaran trasladarlo para Bello, municipio limítrofe con Medellín hacia el norte y que consideraban que cumplía las características geográficas y climáticas adecuadas (donde actualmente es el Hospital Mental de Antioquia). Casi desde que abrió la institución esta fue la perspectiva, la cual caracterizó todo su funcionamiento y permite afirmar que la única posibilidad de reforma se dio con el cierre definitivo del Manicomio, el desmantelamiento del edificio y el traslado de sus internos hacia el actual Hospital Mental a finales de los cincuenta.

⁷⁹ AHA, “Informe del Director del Manicomio Departamental sobre el año 1927...”, p. 37.

⁸⁰ Vanegas, “Elaboración cultural de la locura...”, p. 28.

BÚSQUEDA DE PROFESIONALIZACIÓN Y TRASLADO, 1946-1958

En junio de 1946 Lázaro Uribe Cálad renunció a la institución, lo cual dio pie a un proceso de profesionalización y reforma que caracteriza los últimos años de funcionamiento del Manicomio. La salida de este personaje fue diferida pues la Gobernación de Antioquia creó el cargo de médico consultor del Manicomio con los requisitos de ser médico titulado, haber desempeñado el cargo de director de manicomio por lo menos 25 años y tener una edad de más de 70,⁸¹ cargo que fue otorgado a Uribe Cálad y que desempeñó hasta su muerte en 1961.

El Dr. Carlos Obando fue elegido como director interino en junio de 1946 y un mes después fue ratificado en el cargo. Obando, quien conocía perfectamente el funcionamiento de la institución, pues fue auxiliar de Uribe desde 1926, encabezó los inicios de la verdadera reforma asistencial y profesionalización del Manicomio. Según consta en los informes, también comenzó con él una completa transformación discursiva. Para este médico debía considerarse ya al enfermo mental “como una personalidad humana y digna que conserva casi siempre cierta noción de sí mismo y cierta capacidad de sufrimiento”.⁸² Como parte de la reforma discursiva y teórica fue muy crítico con las afirmaciones que aseguraban la influencia de la herencia en la etiología de la locura. Para él solamente un 25% de las psicosis tenían origen hereditario, mientras que el 75% de ellas se originaban en la antinomia sujeto-ambiente, por lo cual era necesario favorecer la eficiente profilaxis psiquiátrica por medio de diagnóstico precoz, corrección psicopedagógica en la infancia y mediante la intensificación de la lucha contra causas evitables como “el hambre, el alcoholismo, la anemia tropical, el paludismo, la sífilis y los problemas económicos y sociales”.⁸³ Esto evidencia una clara adopción de postulados de la higiene mental y una búsqueda de instar a las autoridades para que tuvieran una nueva concepción del enfermo mental, así como del espacio terapéutico, el cual debía adaptarse al nuevo entendimiento sobre los pacientes.

⁸¹ *Gaceta Departamental*. Imprenta del Departamento, Medellín, 27 de mayo de 1946, pp. 266, citado en López Vélez, “Historia institucional y terapéutica...”, p. 125.

⁸² AHA, “Informe del Director del Manicomio Departamental sobre el año 1946, p. 73.

⁸³ AHA, “Informe del Director del Manicomio Departamental sobre el año 1946”, p. 74.

Sin embargo, los problemas de hacinamiento continuaron y se agudizaron, puesto que en años como 1946 ingresaron 968 internos. Según Obando, si se tenía en cuenta que a finales de dicho año había 1236 internos, esta cifra representaba el 0.68 por 1000 habitantes del total de la población del Departamento de Antioquia. Esto conllevó a que las peticiones por la reforma del espacio continuaran con el argumento de que desde 1936 no se realizaba ninguna ampliación del edificio.⁸⁴ De igual forma, ante la resignación por la carencia de un espacio adecuado, Obando se limitó a solicitar diversas reformas en el espacio como la construcción de un pabellón de toxicómanos, un departamento para tuberculosos que remplazara el ya existente, la ampliación de las enfermerías generales, mejoras en el servicio de aguas, así como la reincorporación del capellán, la creación de una plaza adicional de médico interno y el cargo de hermana enfermera general. También comenzó a solicitar la dotación de un equipo para electrochoques, un electroencefalógrafo y un aparato para rayos X, así como el aumento del presupuesto para poder satisfacer las necesidades más básicas del Manicomio.⁸⁵

Uno de los acontecimientos que marcó las iniciativas de reforma institucional fue la visita que en 1948 hizo al Manicomio una comisión médica internacional del Unitarian Service Committee, que entre octubre y noviembre de dicho año visitó diferentes instituciones de salud en Colombia. En su visita al Manicomio, el comisionado Dr. Carney Landis, profesor de psicología de la Universidad de Columbia, se encontró con una población psiquiátrica de 1200 pacientes. Esta institución, que por décadas fue presentada por las autoridades como una institución modelo en el país, fue caracterizada por la comisión como "...la institución más atrasada que jamás haya visto", debido a la escasez de fondos públicos, falta de interés e iniciativa, y a la falta de preparación de las Hermanas de la Caridad, en quienes recaía realmente todo el servicio de la institución.⁸⁶

⁸⁴ AHA, "Informe del Director del Manicomio Departamental sobre el año 1946", p. 73.

⁸⁵ AHA, "Informe del Director del Manicomio Departamental sobre el año 1946", p. 76.

⁸⁶ Unitarian Service Committee, *Unitarian Medical Mission to Colombia. October 15-November 10, 1948*, Nueva York, Unitarian Service Committee Inc., 1948, p. 33.

Dicho informe recalcó las características de un espacio poco adecuado, aspecto tan resaltado desde décadas anteriores por los médicos locales. Esta institución fue señalada como: “un edificio muy antiguo que había sido una finca hace muchos años. Nunca fue diseñado para ser un hospital y se ha hecho muy poco para convertirlo en algo más que una institución custodial”.⁸⁷ La comisión médica describió el espacio como un complejo de cuatro o cinco edificios de un solo piso donde se mantenían los pacientes, se proporcionaba dormitorio y patios al aire libre, pero no había salones para el día ni para la realización de terapias ocupacionales o físicas, sin instalaciones sanitarias adecuadas y sin comedores.⁸⁸ Los pacientes excitados eran reclusos en celdas con puertas y ventanas, sin ningún tipo de atención o terapia. El único lugar que recibió comentarios buenos fue el pabellón designado para el cuidado de las Hermanas de la Caridad que enfermaban, el cual contaba con camas, sillas, guardarropas e implementos para comer, así como el pabellón privado, el cual contaba con una dieta mejor, aunque aseguraban que no había evidencia de que allí los enfermos recibieran una mejor atención médica y psiquiátrica.⁸⁹

Este desolador informe probablemente le dio un impulso final a la construcción de una nueva institución, pues a finales de ese año se tomaron en cuenta las sugerencias para el cierre y construcción de un nuevo edificio en el vecino municipio de Bello, zona de producción fabril y de barrios obreros donde había sido sugerida la construcción desde décadas atrás. En noviembre de 1948 se realizó la compra del terreno, aunque para los expertos, la construcción de la nueva sede se tardaría alrededor de diez años, con lo cual los problemas de hacinamiento continuarían. La Gobernación encargó al gerente de la Lotería para dirigir el proyecto del nuevo establecimiento y comisionó al arquitecto Nel Rodríguez para que viajara a Estados Unidos a visitar diferentes hospitales mentales para que tomara el modelo más adecuado para la construcción del nuevo hospital, para lo cual en 1951 entregó los planos con la propuesta.⁹⁰

⁸⁷ Unitarian Service Committee, *Unitarian Medical Mission...*, p. 32.

⁸⁸ Unitarian Service Committee, *Unitarian Medical Mission...*, p. 32.

⁸⁹ Unitarian Service Committee, *Unitarian Medical Mission...*, p. 33.

⁹⁰ López Vélez, *Historia institucional y terapéutica...*, p. 134.

El personal también comenzó a variar a finales de 1950 con el aumento a dos médicos internos y con el ingreso del primer neurocirujano, el Dr. Luis Carlos Posada, quien había estudiado en Michigan; además el diagnóstico se transformó con la adquisición del primer electroencefalógrafo en 1951 y con el ingreso de otro médico un año después. En 1953 Obando renunció cansado de las eternas disputas por mejorar las condiciones y aumentar el presupuesto de la institución y sus labores fueron asumidas por el Dr. Posada, quien dio final al modelo de Uribe y comenzó una transformación radical con la introducción de psicofármacos y la adopción de la psiquiatría estadounidense.⁹¹ Desde entonces se pugnó por una nueva institución para solucionar los problemas del Manicomio, profesionalizarlo y cambiar la imagen, esfuerzos empañados por la relación de la institución con la figura de Uribe Cálad y por su imagen como un sitio hacinado, ya que la población psiquiátrica casi duplicaba la capacidad de asilamiento.⁹²

Las peticiones de reforma y construcción de una nueva sede fueron escuchadas en 1958 cuando se creó una nueva Junta Administrativa para llevar a cabo la transformación institucional. En esta junta tuvieron lugar personalidades importantes de la medicina en Antioquia, como el doctor Héctor Abad Gómez (1921-1987), un arduo defensor de la salud pública y los derechos humanos que fue asesinado en 1987 en un exterminio sistemático de la oposición política por el ejército y los paramilitares.⁹³ En noviembre de 1958 se había concluido la construcción de dos pabellones, con lo cual comenzó el traslado de 300 pacientes hacia la sede nueva y se inauguró la nueva sede del Hospital Mental de Antioquia, la cual nuevamente se presentaba como moderna y para entonces como el primer hospital de su clase en Suramérica. Tal como afirma López Vélez, con el traslado hacia

⁹¹ López Vélez, *Historia institucional y terapéutica...*, p. 150.

⁹² Por ejemplo, en 1948 la capacidad asilar eran 700 pacientes, pero la población era de 1328.

⁹³ Para una biografía de Héctor Abad Gómez, véase: Rodrigo Guerrero-Velasco y Giovanni Apráez-Ippolito, "Héctor Abad Gómez (1921-1987); médico, educador y defensor de los derechos humanos", *Gaceta Sanitaria*, 2020, 4 pp.; también se encuentra la biografía novelada escrita por el hijo de Abad Gómez, véase Héctor Abad Faciolince titulada *El olvido que seremos*.

Bello comenzaba a cambiar la calidad de estadía de los enfermos y se materializaba un proyecto iniciado casi diez años atrás.⁹⁴

En la nueva institución, el actual Hospital Mental de Antioquia, comenzaron a transformarse e implementarse nuevas opciones terapéuticas como la insulinoterapia y se arraigó la práctica de la ergoterapia. También el personal comenzó a crecer notoriamente. Mientras que en la antigua sede los trabajadores llegaron a ser un máximo de 163, en el Hospital Mental eran 240 para el año de 1959. Allí resalta la inclusión de profesionales de diferentes disciplinas, como cuatro asistentes sociales destinados a la interacción con la familia, una enfermera graduada, cuya profesión tomó gran participación en la institución cuando finalmente en 1965 salieron las Hermanas de la Caridad.⁹⁵ También es posible rastrear allí la creación del primer grupo de Alcohólicos Anónimos en Colombia, el Grupo Medellín, institución civil que mezcla preceptos espirituales y médicos en el tratamiento no farmacológico del alcoholismo, que venía ganando terreno a nivel mundial y que para entonces se encontraba en una expansión por América Latina y El Caribe por medio de alianzas con personal médico y religiosos al interior de las instituciones de salud.⁹⁶

Al comenzar 1961 los pabellones faltantes de la sede de Bello fueron terminados, por lo cual los últimos 700 pacientes que quedaban en la sede de Bermejil sumados a los que fueron ingresando en los últimos años fueron trasladados y el servicio psiquiátrico fue integrado al Hospital Mental. Este fue el fin del Manicomio Departamental de Antioquia, cuya sede fue entregada a la Beneficencia y donde en la actualidad se encuentra el Colegio María, una unidad residencial y se conserva un edificio y algunos rastros del manicomio gracias a que allí se instauró una biblioteca, un auditorio y otros servicios por parte de la Caja de Compensación Familiar de Antioquia (Comfama).⁹⁷

⁹⁴ López Vélez, *Historia institucional y terapéutica...*, pp. 145-146.

⁹⁵ López Vélez, *Historia institucional y terapéutica...*, pp. 149-150.

⁹⁶ Puede verse: Oficina de Servicios Generales de AA en Colombia, *Historia de Alcohólicos Anónimos en Colombia. Testimonio de los tiempos*, Medellín, Oficina de Servicios Generales de AA en Colombia, 2014, p. 17; para entender el funcionamiento y la expansión por América Latina y México véase: Alejandro Salazar, "Sobriedad, fe y enfermedad. La historia de Alcohólicos Anónimos en México, 1956-1985", Tesis de Doctorado en Historia, Universidad Nacional Autónoma de México, 2019.

⁹⁷ López Vélez, *Historia institucional y terapéutica...*, p. 158.

Con lo anterior, el espacio y los vestigios del asilo se integraron a la dinámica barrial y constituyen un lugar de paso y entretenimiento para los habitantes del sector que en muchos casos desconocen su historia y la de quienes estuvieron allí asilados.

CONCLUSIONES

Como puede verse a lo largo de este texto, las recurrentes peticiones por los diferentes directores del Manicomio para que se construyera una nueva institución no fueron escuchadas, lo que evidencia una notoria tensión entre los administrativos con las autoridades departamentales por las condiciones inadecuadas en que eran asilados los internos. Esto permite observar, por un lado, las vicisitudes de la práctica de los psiquiatras, quienes además de su labor clínica, fungían como funcionarios e intermediarios entre el poder organizado, la institución psiquiátrica y los pacientes. Por otro lado, los diversos factores que influyeron el funcionamiento de la institución, tales como la escasez presupuestal y de personal profesional, la lentitud inamovible de la ampliación del espacio, la nominalidad religiosa de los pabellones, la larga presencia del “director alienista” e, incluso, su disputa constante con las autoridades para trasladar las instalaciones, entre otros, son indicadores de que la reforma radical del espacio como dispositivo de tratamiento fue una promesa perpetua que no fue concretada en el Manicomio como tal, sino en un nuevo espacio concebido como hospital mental, con personal diferente y una concepción de la enfermedad y el enfermo mental diametralmente opuesta a la defendida por Uribe Cálad. Con lo anterior no niega que hubo cambios institucionales y terapéuticos dentro del Manicomio, pero sí se hace hincapié en que una reforma como tal que involucrara un nuevo entendimiento y tratamiento de la enfermedad no pudo ser concretada en el marco institucional del Manicomio, dispositivo que permaneció anclado al modelo asilar.

De este modo, durante todo el periodo de Lázaro Uribe Cálad en la dirección, nos encontramos con una suerte de pesimismo terapéutico debido a que siempre consideró que la transformación

en el tratamiento dependía de la reforma del espacio, incluso de su traslado o cambio por otra institución ubicada en un espacio geográfico más acorde a los nuevos tratamientos, características que saltan a la vista pues fueron peticiones muy similares a las realizadas por los médicos que planearon la transición de la Casa de Locos a un Manicomio proyectado como renovación y modernización del tratamiento de la locura.

Aunque la forma de clasificar y organizar los diagnósticos revela una coexistencia entre diversas escuelas o pensamientos psiquiátricos, se hizo un explícito rechazo formal de la corriente kraepeliniana que en la práctica fue empleada a través de las categorías de demencia precoz, esquizofrenia o “maníaco-depresiva”. Ante un evidente rechazo de la clasificación basada en el pronóstico y la adopción de una sintomática, hay que señalar que hubo un apego indiscutible a la psiquiatría francesa y un anclaje tardío a la defensa de la degeneración y la herencia como principales factores de la locura. Si bien estudios recientes han indagado esa relación para el caso de diversos diagnósticos, y en su época el doctor Obando rechazó tajantemente este criterio para la clasificación e introdujo la noción de clínica psiquiátrica y de antinomia sujeto-ambiente, hacen falta investigaciones que involucren un análisis cuantitativo de largo aliento para entender la importancia clínica y estadística que, por lo menos en lo formal, se le dio a la herencia. Es decir, es necesario un giro en el abordaje de la historia de esta institución y de la psiquiatría en Colombia, para lo cual es indispensable la revisión de informes y documentos administrativos, así como de un especial énfasis en las historias clínicas en tanto que estos documentos, a pesar de estar mediados por la óptica institucional y del psiquiatra, contienen trazos de la práctica clínica, de la cotidianidad del encierro y de diversos actores que consignaban sus visiones sobre el proceso de enfermedad y padecimiento, y en algunos casos la visión propia del enfermo.

En este sentido, hay dos tipos de actores que son claves para entender este Manicomio. El primero, el Dr. Uribe Cálad, quien estuvo al frente de esta institución durante 26 años y posteriormente como consultor durante casi 15 años. En particular, es necesario

profundizar en su defensa del alienismo evidenciada en su eterna rúbrica de médico alienista y en la concepción del espacio como un asilo y de los internos no como pacientes sino como asilados. La duración en su cargo y su gestión llevan a que esta institución hasta la actualidad esté ligada a su figura y viceversa, su figura está ligada al Manicomio así durante su carrera profesional haya realizado otros estudios y desempeñado otros cargos. Segundo, las dificultades administrativas y la falta de personal para atender a los asilados dieron gran peso a las Hermanas de la Caridad, quienes durante 60 años permanecieron en la institución sobrepasando en gran proporción al personal profesional, encargándose del cuidado, tratamiento moral, registro en las historias clínicas, comida, vestido, entre otros aspectos. De igual modo, su presencia omnipotente y las características del espacio reafirman el peso que tuvo y tiene la religión en el país, lo que se refleja en el funcionamiento, el personal y las características de un espacio asilar que constantemente fue equiparado a un convento.

Finalmente, reitero en la necesidad de realizar más estudios que den cuenta de la práctica psiquiátrica durante todo el funcionamiento de la institución. Si bien hice menciones a las limitaciones terapéuticas del lugar, es necesario advertir que en gran parte esas limitaciones estuvieron signadas por un abandono estatal que dejó de lado las peticiones de los médicos, designó poco presupuesto y durante décadas hizo caso omiso de las peticiones por la reforma o ampliación del espacio. La revisión documental a profundidad podría dar luces también de las diferentes problemáticas individuales, familiares y sociales que llevaron a miles de personas a las puertas de esta institución y a la complejidad del acto clínico sucedido al interior de esta. A su vez, el examen profundo de la práctica clínica puede dar más luces acerca de que la perpetua reforma que solicitaron desde el Manicomio en términos prácticos no fue llevada a cabo, puesto que para ello fue necesario la demolición de las instalaciones y la construcción de una nueva sede con personal multidisciplinar especializado englobado bajo una nueva institución llamada actualmente Hospital Mental de Antioquia.

FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA

- Academia De Medicina de Medellín, “Manicomio Departamental”, *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, Año 8, n.º 6 y 7, 1897, pp. 201-263.
- Álvarez Echeverry, Tiberio, “La Academia de Medicina y el desarrollo de la ciudad”, en Jorge Orlando Melo, *Historia de Medellín*, v. 2, Medellín, Suramericana de Seguros, 1996.
- Archivo Histórico de Antioquia (AHA), Fondo Impresos Oficiales, Informes del Secretario de Gobierno al Gobernador del Departamento, “Informe del Director del Manicomio Departamental”, años 1919-1947.
- Cadavid, Ana Isabel, “¿Todos estamos locos! Estigma de la locura en Antioquia, 1930-1970”, Tesis de historia, Universidad de Antioquia, 2011.
- Casas Orrego, Álvaro, “Desplazamiento y aislamiento. Alienados mentales en la ciudad de Medellín, 1870-1930”, *Asclepio*, v. 50, n.º 2, 2008, pp. 119-142.
- Castro Carvajal, Beatriz, “La relación entre el Estado y la Iglesia Católica en la asistencia social colombiana: 1870-1960”, *Revista Sociedad y Economía*, n.º 20, 2011, pp. 223-242.
- , *Caridad y Beneficencia. El tratamiento de la pobreza en Colombia 1870-1930*, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2007.
- Congote, Jana Catalina y Álvaro Casas Orrego, “Alcoholismo: enfermedad social en Medellín (1900-1930)”, en Jana Catalina Congote y Álvaro Casas Orrego (eds.), *Salud y Salud Pública. Aproximaciones históricas y epistemológicas*, Medellín, Hombre Nuevo Editores, Universidad de Antioquia, 2013, pp. 127-148.
- Córdoba, Carlos E., “Comentarios a la estadística manicomial del Departamento de Antioquia”, Tesis de Medicina y Cirugía, Universidad de Antioquia, 1937.
- Duque Ossa, Diego y Gladis Quiceno, “Psicosis alcohólica en el Hospital Mental de Antioquia, Colombia, 1900-1930”, *Iatreia*, v. 24, n.º 1, 2011, pp. 97-104.
- Giraldo Granada, Alejandro, “La parálisis general progresiva en el Manicomio Departamental de Antioquia, 1930-1950”, *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, n.º 5, 2015, pp. 104-127.
- Giraldo, Alejandro, “La parálisis general progresiva en el Manicomio Departamental de Antioquia, 1930-1950”, *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, n.º 5, 2015, pp. 104-127.
- Golcman, Alejandra, “Legitimar psiquiatras antes que curar pacientes. Las terapias de shock en Buenos Aires, Argentina (1930-1970)”, *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, v. 69, n.º 1, 2017, p. 2.



- González García, Adriana, “Tratamientos psiquiátricos y psicológicos en Antioquia 1930-1970”, Tesis de historia, Universidad de Antioquia, 2004.
- Guerrero-Velasco, Rodrigo y Giovanni Apráez-Ippolito, “Héctor Abad Gómez (1921-1987); médico, educador y defensor de los derechos humanos”, *Gaceta Sanitaria*, 2020, 4 pp.
- Gutiérrez Avendaño, Jairo y Jorge Márquez, “Pobreza y locura como enfermedades sociales en la mentalidad civilizatoria de la modernidad colombiana. Antioquia y Cundinamarca 1900-1960”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, v. 32, s. 1, 2014, pp. s55-s66.
- , “Escrúpulos religiosos extremos” y delirio místico - religioso: entre la devoción cristiana y la psicopatología en Colombia, 1920-1960”, *Asclepio*, v. 72, n.º 1, 2020, p. 298.
- , *Locura y sociedad. Alienismo tardío, psicopatología e higiene mental en la modernidad colombiana 1870-1968*, Envigado, Editorial Institución Universitaria de Envigado, 2019.
- Henao Maldonado, Diana Carolina y Juana Manuela Gómez Ramírez, “El impacto de la Gran Depresión en el sector industrial colombiano durante el periodo 1923 a 1936”, *Grafas Disciplinarias de la UCP*, n.º 13, 2011, pp. 7-12.
- Herrera, Dina María, “Biografía de un alienista: Lázaro Uribe Cálad 1920-1946”, Tesis de maestría en historia, Universidad de Antioquia, 2015.
- Jiménez Marín, Eliana, “La voz del paciente en cartas del Manicomio Departamental de Antioquia, 1930-1958”, Tesis especialidad en psicopatología, Universidad de Antioquia, 2019.
- López Vélez, Luciano, “Historia institucional y terapéutica del Hospital Mental de Antioquia en sus 125 años” (Informe de investigación), Medellín, Universidad de Antioquia, 2004.
- Márquez Valderrama, Jorge, *Ciudad, miasmas y microbios. La irrupción de la ciencia pasteriana en Antioquia*, Medellín, Universidad de Antioquia, 2005.
- Melo, Jorge Orlando, *Historia Mínima de Colombia*, México, Turner, El Colegio de México, 2018.
- Montagut, Claudia, “Formación del discurso psiquiátrico en Antioquia, 1870-1930. Una cartografía de la exclusión”, Tesis de historia, Universidad Nacional de Colombia Sede Medellín, 1997.
- Monterrubio, Gibrán, “Detrás del hábito. Las Hermanas Josefinas como enfermeras en el Hospital del Refugio, 1893-1935”, tesis de maestría en historia, Universidad de Guadalajara, 2018.



- Morales Mendoza, Paola Andrea, “Sociedad de Beneficencia San Vicente de Paúl en Medellín (Antioquia, Colombia), 1890-1930”, *Historiela. Revista de Historia Regional y Local*, v. 3, n.º 6, 2011, pp. 173-192.
- Muñoz Rojas, Catalina, *Los problemas de la raza en Colombia. Más allá del problema racial: el determinismo geográfico y las “dolencias sociales”*, Bogotá, Editorial Universidad del Rosario, 2011.
- Oficina de Servicios Generales de AA en Colombia, *Historia de Alcohólicos Anónimos en Colombia. Testimonio de los tiempos*, Medellín, Oficina de Servicios Generales de AA en Colombia, 2014.
- Ríos Molina, Andrés, Cristina Sacristán, Teresa Ordorika y Ximena López, “Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una propuesta desde la historia cuantitativa (México, 1910-1968)” *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, v. 68, n.º 1, 2015, p. 3.
- , “‘Un crimen cometido en estado de ira e intenso dolor’: degeneracionismo y psiquiatría en la defensa de Jorge Eliecer Gaitán a Jorge Zawadzky, Colombia 1935”, *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, n.º 5, 2015, pp. 38-58.
- Rodas, Susana, “Breve reseña de morfinomanía en Antioquia durante las tres primeras décadas del siglo xx a partir de un conjunto de historias clínicas del Manicomio Departamental”, *Salus. Historia de la Salud*, v. 1, n.º 1, 2015, pp. 59-76.
- , “La historia clínica y otros dispositivos de control como técnica de la medicina alienista en Antioquia a principios del siglo xx”, Tesis de psicología, Universidad de Antioquia, 2012.
- Rosselli, Humberto, *Historia de la psiquiatría en Colombia*, t. I, Bogotá, Editorial Horizontes, 1968.
- Runge Peña, Andrés Klaus y Diego Muñoz Gaviria, “El evolucionismo social, los problemas de la raza y la educación en Colombia, primera mitad del siglo xx: el cuerpo en las estrategias eugenésicas de línea dura y de línea blanda”, *Revista Iberoamericana de Educación*, n.º 39, 2005, pp. 127-168.
- Salazar Bermúdez, Alejandro, “Alcoholismo y degeneración en el Hospital Mental de Antioquia, Colombia, 1920-1930”, *Asclepio*, v. 69, n.º 2, 2017, pp. 191.
- , “Sobriedad, fe y enfermedad. La historia de Alcohólicos Anónimos en México, 1956-1985”, Tesis de Doctorado en Historia, Universidad Nacional Autónoma de México, 2019.



- , “Visiones sobre el alcohol y la prohibición en los debates médicos y la prensa en Colombia, 1918-1923”, *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, n.º 9, 2017, pp. 78-97.
- Silva, José Andrés Felipe, “Concepción y desarrollo del Manicomio Departamental de Antioquia, 1889-1937”, En Álvaro Casas (coord.), *Actualizando discursos. Trazos de historia de la psiquiatría y de la salud pública en el contexto iberoamericano*, Medellín, Universidad de Antioquia, 2015.
- Unitarian Service Committee, *Unitarian Medical Mission to Colombia. October 15-November 10, 1948*, Nueva York, Unitarian Service Committee Inc., 1948.
- Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín, Facultad de Ciencias Humanas y Económicas, Laboratorio de Fuentes Históricas, HOMO, 2019-04-14_HOMO_Descripción ISAAD (G)_Backup_Vo.o.xlsx.
- Uribe Cálad, Lázaro “Factores etiológicos de la locura en los Departamentos de Antioquia y Caldas”, *Revista Clínica. Órgano de la Sociedad Clínica del Hospital de Medellín*, v. 3, n.º 25-28, 1923, pp. 188-199.
- Vanegas, Alejandra, “Elaboración cultural de la locura y la enfermedad mental en Medellín y Antioquia, 1935-1964”, Tesis de sociología, Universidad de Antioquia, 2015.
- Vásquez, María Fernanda, “Degeneración, criminalidad y heredo-alcoholismo en Colombia, primera mitad del siglo xx”, *Saúde e Sociedade*, v. 27, n.º 2, 2018, pp. 338-353.
- , “Degeneración y mejoramiento de la raza: ¿higiene social o eugenesia? Colombia, 1920-1930”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 25, s. 1, 2018, pp. 145-158.
- Venancio, Ana Teresa, “Classificando diferenças: as categorias demência precoce e esquizofrenia por psiquiatras brasileiros na década de 1920”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 17, s. 2, 2010, pp. 327-343.



INSTITUTO
DE INVESTIGACIONES
HISTÓRICAS