

Poder psiquiátrico, formas clínicas y clasificación de la locura como enfermedad social, en el caso del Manicomio Departamental de Antioquia 1920-1959*

Psychiatric Power, Clinic Forms, and Madness Classification as
a Social Disease, in the Case of Antioquia Department Insane
Asylum

*Jairo Gutiérrez Avendaño***

*Yamid Arturo Marín Monsalve****

Recibido julio 25 de 2012, aprobado noviembre 19 de 2012

Resumen

A partir de una muestra documental de 77 historias clínicas de personas naturales y residentes de Bello, asilados en el Manicomio Departamental de Antioquia, entre 1920 y 1959, se realizó una caracterización social de los “locos”, “enajenados”, “alienados” y “díscolos”, como eran denominados en términos médicos oficiales a finales del siglo XIX y principios del XX. Se observan las medidas de contención y defensa del orden público, así como las principales representaciones y mentalidades sobre el discurso de la locura y la manifestación de su catarsis en formas de lenguaje.

Palabras clave: locura, Manicomio, historias clínicas, enfermedad social, asilamiento, medios de contención, orden público, defensa de la moral.

* Este artículo presenta resultados de una investigación independiente que, a su vez, constituye un punto de partida para el proyecto: “Más allá de la nosología y de la institución psiquiátrica: imaginarios culturales y representaciones sociales de la locura en Colombia, siglos XIX y XX”, propuesto en el Doctorado en Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín (UNalMed).

** MSc en Educación, Universidad de Medellín; Graduado en Filosofía, Universidad de Antioquia. Estudiante de Doctorado UNalMed.

*** Especialista en Farmacodependencia y Licenciado en Pedagogía reeducativa de la Fundación Universitaria Luis Amigó. Sociólogo de la Universidad de Antioquia. Ha trabajado en programas de educación, rehabilitación y reintegración en el sistema carcelario colombiano.

Abstract

From a documental sample of seventy-seven clinical records of natural persons residing in Bello, asylees in the Antioquia Department Isane Asylum, between 1920 and 1959, there was developed a social characterization of the “mad”, the “insane”, the “alienated,” and the “rogue”, for as such the asylees were classified in medical terms at the end of the nineteenth and beginning of twentieth centuries. Contention measures and defense of public order are observed, and also the main representations and mentalities concerning the madness discourse and the manifestation of its catharsis in language forms.

Key words: madness, insane asylum, clinical records, social disease, isolation, contention means, public order, defense of the moral

1. Hospital para locos, Casa de enajenados y Manicomio

Por Acuerdo del 13 de abril de 1878, la Corporación Municipal de Medellín dispuso la creación de un “Hospital para locos”, término que no tuvo aplicación debido a las condiciones y dimensiones tan básicas del establecimiento, el cual se denominaba usualmente como “Casa de enajenados” o “de locos” por acepción oficial y “de alienados” por especialidad médica, institución que empezó a funcionar en la “Barranca del Convento” (hoy entre Palacé y Junín), se trasladó al cruce de la calle Pichincha con la carrera de Pascasio Uribe, luego estuvo ubicada en la calle Maracaibo con Girardot y, por último, en la Avenida La playa con carrera Córdoba, donde está actualmente el Palacio de Bellas Artes. Posteriormente, en 1881, dicha corporación evidenció la situación adversa en la que se encontraba la Casa de enajenados por la falta de recursos para el sostenimiento de los asilados, que incluso tuvieron que pasar hambre y por situaciones insalubres. Estas condiciones inadecuadas obligaron a que la Ley 127 del 17 de marzo de 1882, por la cual se funda el “Manicomio de Antioquia”, estableciera, a su vez, la incorporación de la Casa de enajenados a esta nueva institución y, asimismo, se admitiera la remisión de enfermos mentales de todos los municipios del departamento (Concejo de Medellín, 1882).

Durante el mandato del gobernador Marceliano Vélez, el Manicomio pasó de ser municipal a tener un carácter departamental, por Ordenanza No. 24 de 27 de julio de 1888, según la cual estaría bajo la administración de las Hermanas de la Caridad, y en este tendrían preferencia “los locos furiosos y todos aquellos monomaniacos que atenten contra su vida, los exhibicionistas y los de manía incendiaria”. De esta manera, empezó a funcionar en abril de 1892 cuando fueron trasladados 39 asilados que estaban en la Casa de enajenados en liquidación.

Este edificio situado en la Ceja de los Bermejales, Paraje o Alto del Bermejál (cuya casona fue restaurada para instalar la actual Biblioteca del Barrio Aranjuez), en ese entonces aislado a 1500 metros de la ciudad, fue construido sin acoger las recomendaciones técnicas de la Academia de Medicina de Medellín, como de hecho lo establecía dicha Ordenanza, puesto que requería de un espacio suficiente para construir las instalaciones adecuadas de acuerdo con las proyecciones de su demanda y crecimiento a futuro; sin embargo, este era un lote de 13.140 m², para 132 celdas de dos metros y medio de ancho por cinco de largo, dimensiones que resultaban precarias y frente a las cuales hubo una fuerte crítica por parte de la Academia, debido a que “este inconveniente que no se pudo ó no se supo obviar, obligó al arquitecto Sr. D. Luis Johnson, á construir (sic) un convento en vez de una casa de enajenados” (Londoño, 1897, p. 201).

Se destaca de este pronunciamiento que las exigencias de la Academia, según el médico Juan Bautista Londoño —director del Manicomio entre 1914 y 1917, primero en impartir la cátedra de psiquiatría en el asilo—, obedecían a que “partimos del principio de que el loco es, entre todos los desheredados, el sér á quienes las sociedades... deben ver con más consideraciones, y de que una casa de locos es algo así como el reflejo de la cultura intelectual y moral de los pueblos” (1897, p. 204). En ese sentido, décadas más tarde, Foucault diría “una historia de la locura sería una historia del Otro —de lo que para una cultura es, a la vez, interior y extraño y debe por ello excluirse (para conjurar un peligro

interior), pero encerrándolo (para reducir la alteridad)” (1989, p. 9); de ahí que, conocer el trato que se procura a los otros, los excluidos por fuera de la norma social, jurídica y moral, es una forma de develar la concepción de humanidad que tiene una sociedad.

Un informe de 1940, remitido por el médico Lázaro Uribe Cálad –director de la Cátedra clínica de enfermedades mentales desde 1923 y del Manicomio Departamental hasta 1946– señalaba las precauciones que debían tomar las autoridades por los casos de alienados que eran remitidos en lamentable estado de salud para evitar casos tan indignos como los que ocurrían al tener que auxiliar a algunos enfermos que dejaban postrados en la puerta del Manicomio mientras se hacían las diligencias oficiales de su asilamiento; de hecho, denuncia que muchos enfermos morían uno o dos días después de ser internados por no haber recibido una atención oportuna (Uribe, 1940, pp. 104-112).

El antiguo Manicomio de Bermejál excedió su capacidad, como en su momento ocurrió con la Casa de enajenados, y, por tanto, no eran adecuadas las condiciones hospitalarias para la atención de los pacientes, razón por la cual la primera Junta Departamental de Higiene, conformada en 1913, había considerado el traslado del establecimiento del Bermejál al sector de Fontidueño, con fines de instalar allí una colonia agrícola para laborterapia de los enfermos (Pérez, 1914, p. 154); pero, finalmente, décadas después se conformó una comisión para gestionar la construcción del nuevo Hospital Mental liderada por Uribe Cálad. Fue así como, por Decreto 153 de 1948 del gobierno departamental, se dispone la conformación de una junta para asesorar la construcción del establecimiento en el municipio de Bello, y hasta 1948 se efectúa la compra del terreno de 285 cuadras de extensión, una finca territorial que constaba de una casa grande de habitación y dos pequeñas, denominada antes paraje La Loma o La Madera, y para la fecha de venta se llamaba La Paula, de propiedad de la familia Arango Vieira (Notaría Segunda de Medellín, 1948). Cuatro años después inició su construcción con la intervención del arquitecto

Nel Rodríguez, a partir del 20 de julio de 1952, día en que fue colocada la primera piedra a cargo del gobernador Braulio Henao Mejía y bajo la responsabilidad de la Beneficencia de Antioquia. Seis años después fue entregada la obra y puesta en funcionamiento. El 3 de diciembre de 1958 se trasladaron los primeros pacientes del Manicomio al Hospital Mental, proceso que duró hasta 1962 tras el cierre definitivo del viejo edificio de Bermejál.

2. Muestra documental, periodo histórico y caracterización social de los casos de Bello

La locura como fenómeno de alteridad radical, normalización y administración de la vida de los individuos, que debían ser objeto de intervención en defensa del orden público y moral, ha tenido una marcada tendencia, a partir de Foucault, en cuanto a los dispositivos disciplinarios y de control¹, biopolítica² y gubernamentalidad³, como una nueva mirada contraria a la historia de las políticas oficiales de la institución psiquiátrica y jurídica. De igual forma, ha sido recurrente acudir a la clasificación de las historias clínicas por medio de bases de datos y estadísticas para dar cuenta, principalmente, de la nosología, la terapéutica y los tipos de diagnóstico en la población, según las correlaciones entre la procedencia, sexo, edad, raza, estado civil y ocupación. Sin embargo, el trabajo de archivo que han realizado investigaciones anteriores no incluyen tres contenidos de las historias clínicas que son significativos dentro del presente trabajo, como son

¹ “Vigilancia, ejercicios, maniobras, calificaciones, rangos y lugares, clasificaciones, exámenes, registros, una manera de someter los cuerpos, de dominar las multiplicidades humanas y de manipular sus fuerzas, se ha desarrollado en el curso de los siglos clásicos, en los hospitales, en el ejército, las escuelas, los colegios o los talleres: la disciplina” (Foucault, 2003, p. 4).

² Se refiere a dos polos de poder sobre la vida: el primero, la *anatomopolítica*, centrada en los mecanismos de control del cuerpo individual. El segundo, lo define como *biopolítica*, centrada en los mecanismos de intervención y regulación de la vida del cuerpo-especie en las poblaciones (Foucault, 1981, p. 168).

³ De forma general, se trata de una historia que se concentra en la institucionalidad y la forma como se constituye un Estado administrativo desde el cual se ejerce la biopolítica, principalmente sobre la seguridad, el territorio y la población (Foucault, 2006, p. 136).

el “Certificado médico”, el espacio de “Observaciones” y la “Historia clínica del enfermo” de su único o varios ingresos; ítems en los cuales se relataban los comportamientos, creencias y concepciones sobre los hechos ocurridos en la cotidianidad de la casa o en el espacio público, los cuales condujeron a la remisión del “loco” por parte de la familia o de las autoridades, así como a la declaración del tipo de diagnóstico médico. Igualmente, es preciso destacar que del archivo de gobierno sobre las remisiones de personas consideradas un “peligro para sí mismos y para los demás”, así como los locos “furiosos” y criminales, se ha realizado una lectura más en clave de medicina legal que de las concepciones culturales expresadas en los expedientes judiciales.

Las historias clínicas del archivo del Manicomio Departamental se empezaron a registrar a partir de 1914, y reconstruyeron los casos hacia atrás desde 1903, a partir de algunos registros clínicos y del testimonio de empleados. Hasta 1929 se contaba con 2203 historias clínicas, de las cuales 17 eran de naturales y/o residentes de Bello, según el consolidado de Zuleta y Mora (1993). Para 1940, Lázaro Uribe Cálad reportó 960 asilados –466 hombres y 494 mujeres– de estos, 5 hombres y 6 mujeres eran de Bello (pp. 104-112). Cabe agregar que el archivo del Hospital Mental fue entregado en custodia en 2007 al Laboratorio de fuentes documentales de la Universidad Nacional - sede Medellín y actualmente cuenta con registros hasta la década del 70.

Para tomar una muestra documental significativa –de un estimado de más de 3500 historias clínicas entre 1920 y 1959– en este trabajo se recolectaron 77 historias clínicas de naturales y residentes de Bello, como lo indica por décadas la Tabla 1, así como la Tabla 2, por lugar de origen y residencia, según la cual la mayoría, 60 son oriundos de Bello, mientras que procedentes de Medellín y otros municipios son 17; cifras que dan cuenta que el fenómeno de inmigración no incide en el incremento de personas con enfermedades mentales en el municipio y el departamento, como se ha especulado en otras investigaciones.

Tabla 1. Asilados naturales y residentes de Bello entre 1920-1959

Décadas	1920-1929	1930-1939	1940-1945	1951-1959	Total ^a
Enajenados	26	42	20	11	98

Fuente: Archivo Hospital Mental de Antioquia. *Cálculo:* los autores.

Estos periodos fueron definidos por el médico Alberto Morales Tobón, citado por Roselli, de la siguiente manera: 1920-1937 “etapa de tratamientos”, caracterizada por el aislamiento y contención (jaulas, grillos, esposas, sacos de fuerza), de esto da cuenta uno de los casos de Bello en 1933: “Tendencia a la evasión y a la destrucción de cuanto se hallaba a su alcance. Motivos que impusieron la contención mecánica”. Se empleó el absceso de fijación para las psicosis agitadas, provocado por la inyección subcutánea de una mezcla de trementina y éter en la región glútea que provocaba un absceso aséptico con gran inflamación, altas temperaturas y la inmovilización forzada del paciente por el dolor y el estado febril; se usó el arsénico, bismuto y mercurio; asimismo, hipnóticos y sedantes; se practicaba la malarioterapia y la piretoterapia o “fiebre eléctrica”, ambas contra el paludismo (Roselli, 2009, pp. 111-121).

En la etapa de 1938-1949, “época de la convulsoterapia”, terapia con cardiazol intravenosa en 1938 y electrochoques en 1944; predominó el uso de los tratamientos del periodo anterior y no había suficiente personal científico y auxiliar. Posteriormente, en la siguiente etapa de 1950-1955, se introdujeron nuevos métodos como la insulino-terapia, narcosis prolongada, sico-cirugía, inmunoterapia, laborterapia y sicoterapia. Igualmente, modernos medios de diagnóstico: electroencefalograma, radiología, narcoanálisis, y sicodiagnóstico de Rorschach, consistente en la interpretación de personalidad a partir de manchas de tinta sobre láminas relativamente simétricas que se obtenían al doblarlas por la

^a Es preciso aclarar que si bien se trata de 77 historias clínicas, hubo 20 reingresos de pacientes, incluso algunos con hasta cinco entradas, por lo cual se indica un total de 98 en la Tabla 1. Asimismo, esta cantidad representativa no es la totalidad de historias de dicho periodo de la muestra –aunque sí puede ser exacta en las dos primeras décadas investigadas por la forma sistemática en la que se hizo el rastreo–, debido a que en las dos siguientes se realizó de forma aleatoria para cubrir dicho volumen de información.

mitad. Finalmente, se empezó la construcción del Hospital Mental en Bello (Roselli, 1968, T. 2, pp. 503-505).

Tabla 2. Lugar de origen y residencia de los asilados de Bello

N-R* Bello	Bello – Medellín	Bello – otro municipio	Medellín – Bello	Fontidueño	Casa de menores	Casa de pobres	Cárcel de mujeres	Total
43	4	13	10	4	1	1	1	77

* Natural y residente de Bello. Fuente: Archivo Hospital Mental de Antioquia. Cálculo: los autores.

Según la Tabla 3, se destaca el asilamiento de niños de 12 años y adolescentes de 13 y 14, así como un número considerable de jóvenes entre los 15 y los 26 años, grupos etarios que se analizan más adelante. Entre los casos de la muestra predominó el estado civil de soltero, más en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, estas cantidades no pueden conducir a un determinismo de la propensión a la locura según género, edad, raza, estado civil, ocupación, entre otros. Tendría que hacerse una investigación de historia social profunda sobre cada categoría.

Tabla 3. Naturales y residentes de Bello por género, edad, raza y estado civil

Edades	Género femenino						Género masculino					
	Raza			Estado Civil			Raza			Estado civil		
	Blanca	Mulata	Mestiza	Casada	Soltera	Viuda	Blanco	Mulato	Mestizo	Casado	Soltero	Viudo
Niños (12 años)	---	---	---	---	---	---	1	---	---	---	1	---
Adolescente (13-14 años)	2	---	---	---	2	---	---	---	---	---	---	---
Jóvenes (15-26 años)	8	3	6	3	14	---	5	3	3	---	11	---
Adultos (27-59 años)	8	2	6	5	9	2	10	---	11	9	11	1
Ad.Mayores (60-80 años)	---	2	1	2	1	---	3	1	2	6	---	---
Subtotal	18	7	13	10	26	2	19	4	16	15	23	1
Total	38 mujeres						39 hombres					

Fuente: Archivo Hospital Mental de Antioquia. *Cálculo:* los autores.

Entre las ocupaciones que tenían los asilados naturales y residentes de Bello, se encuentran: 15 agricultores –para 1940 había 147 en Antioquia (Uribe, 1940, pp. 104-112)–, 5 jornaleros, 2 maestras, 2 obreros y 3 obreras –dicho año había 41 hombres y 3 mujeres obreros en el Manicomio–, 3 mujeres sin oficio y 4 hombres desocupados –en Antioquia había 26 hombres y 9 mujeres en esa condición–, 4 trabajadoras en oficios varios –un gran número en el departamento: 250–, así como de forma individual: empleado, farmacéutico, herrero, mecánico, médico, minero, negociante, carrero, celador, chofer, sirvienta, talabartero, pulpero, tendero y un pensionado del Ferrocarril.

3. Clasificación de la locura como “enfermedad social”

En 1915, la Junta de inspección y vigilancia del Manicomio, en cabeza del Gobernador Pedro José Berrío, expidió el Reglamento interno, en el cual se clasificaba a los enajenados según su manejo y control: calmados o tranquilos, agitados, excitados o furiosos, sucios o *gatosos* y epilépticos (p. 25); así como los criminales enajenados. No obstante, en el apartado sobre “los alienados que se recibirán preferentemente” se definían en términos que rayaban entre lo psiquiátrico y lo discriminatorio, cuyas acepciones llegaron a ser despectivas en el argot social: a) los maniáticos; b) los lipemaniacos con angustia, tendencia al suicidio y con delirios fuertes; c) los delirantes crónicos, alucinados y sistemáticos; d) los degenerados con delirio de persecución; e) los degenerados que tengan obsesiones e impulsiones; f) los idiotas, los dementes seniles y orgánicos, y los imbéciles cuando tengan manías, delirios alucinatorios, etc.; g) los paralíticos generales; h) los epilépticos e histéricos cuando tengan delirios e impulsiones graves; i) los alcohólicos, morfinómanos, cocainómanos cuando tengan delirios y atenten contra su vida (...) j) los atacados de confusión mental (p. 28).

El concepto de locura ha tenido a través de la historia de Occidente diversas significaciones, sobre todo en el ámbito del discurso médico, el cual operó sobre la base de un edificio teórico ambiguo, como ocurrió

en el caso de los inicios de la psiquiatría en Colombia: apariencias, preconceptos, estigmatizaciones y prejuicios; nociones bajo las cuales se diagnosticó al “demente”, a partir del surgimiento de una serie de prácticas para su abordaje.

La locura, al tiempo que hacía parte de las denominadas “enfermedades sociales” (Congote, 2007), era provocada por otras de las afecciones de esta misma clasificación, a saber, por el alcoholismo, la sífilis y por un fuerte carácter hereditario y moral, como dan cuenta de ello los principales factores etiológicos o causantes de la locura en Antioquia, presentados por Lázaro Uribe Cálad en la *Revista clínica* de Medellín en 1923 (pp. 188-198), de los cuales se sigue el esquema del autor, para relacionarlo con los casos de Bello:

- a) *La herencia*: considerada como “la causa de las causas” o la supercausa, “ley inevitable”, la cual podía ser neutralizada por una sana costumbre ajustada a la higiene mental, así como a través del proceso educativo se podía llegar a obtener una buena influencia sobre la disposición hereditaria. Este factor se evidencia desde 1837 en el primer peritazgo psiquiátrico realizado en Medellín por una junta médica, en el cual se diagnosticó manía intermitente, y estuvo basado en antecedentes hereditarios, en causas morales como los sustos de tedio por la vida, las dificultades domésticas y la devoción exagerada (De los Ríos, 1981, p. 170).

En ese mismo sentido, conviene hacer alusión a la descripción que Humberto Roselli hace acerca de la concepción que manejaba la incipiente práctica de la llamada psicología médica en Colombia, la cual:

...depende en gran parte de la actitud hacia la vida que adopta la población en general, incluyendo muchos médicos. Se consideran los desórdenes mentales como resultado del pecado moral y la conducta contra la ética: creen que la pérdida de la razón es un justo castigo que la cólera divina descarga sobre el individuo (1968, T. 2, P. 506).

Como se observa en la muestra de casos de Bello, esta forma de diagnosticar era recurrente en la primera mitad del siglo XX, en particular sobre el determinismo de la propensión a la locura por parientes locos, declarada en veinticinco de las historias clínicas revisadas, por ejemplo, en uno de los casos: “muy recargada de herencia psicopática por los colaterales de sus ascendientes”. Los términos usuales eran: “por consanguinidad”, familia con antecedentes: “neuropáticos”, “de alcoholismo”, “contagio venéreo”, “padre loco”, “madre loca”, entre otros.

Por otra parte, en el factor educación, Uribe Cálad relaciona un antecedente mítico anacrónico de la locura en América:

Los conquistadores de estas comarcas trajeron en sus venas la sangre de Doña Juana la Loca y de aquel gran monarca que sufrió la obsesión de la cronometría [Alfonso X, El Sabio]; aventureros nacidos en las tierras de la brujerías y de los sortilegios; tierra madre del más genial de los sistematizados reivindicadores que registran las crónicas psiquiátricas; soldados tan megalómanos como fanáticos, capaces de las más estupendas hazañas como de actos del más refinado sadismo; conquistadores que mezclaron su sangre ardiente con la del aborígen apático y melancólico, preparado ya para las degeneraciones físicas por sus bárbaros procedimientos para deformar el cráneo (1923, pp. 188-198).

La locura mística también predominó en 16 de los casos de Bello, en enunciados como: “Dice que se ha muerto muchas veces y que dios vuelve a hacerlo y a comérselo”, “ideas delirantes místicas de condenación en vida”, “...culpabilidad y de impenitencia final; dice que sus pecados fueron muchos y que no supo cumplir con sus deberes ciudadanos y que su vida fue un dechado de maldades y concupiscencias”, “accesos de rabia y de rezar”, “Pide que le quiten la vida porque dios ha sido injusto con ella y su padre le dijo que no se matara para que no perdiera el alma. Vive desengañada de los médicos y de dios”, “ideas delirantes de sentirse en el cielo”, “moja las camas y se la pasa rezando”, “delirios místicos, que se originaron a raíz de no dejar que ayudara a decir la misa”, “temores de que un

espíritu maligno se encuentre cerca”, “dice que la honra es la única bondad que la adorna. No orina porque peca contra el pudor”, así como unos pocos blasfemos.

El Manicomio tenía oscuros pasadizos, de frías paredes de barro que conducían a las “celdas”, que tenían olores inmundos y niguas en el piso lodoso, no en vano –además de los casos de visiones diabólicas– era considerado un infierno, como lo expresa la Madre Melania de las Hermanas de la Caridad, en 1921:

Unas horas en la Casa de Locos sugieren al espíritu tal caudal de ideas, que uno acaba por hundirse en las profundidades de la impotencia y se piensa si aquí el mundo es la viva realidad de las cosas o un infierno dantesco donde todo se enmascara para aturdir el cerebro, para embotar los anhelos... (E y J, p. 119).

Algunas de las historias clínicas analizadas refieren, por ejemplo en 1962, que “el hospital se le parece a un infierno, a manicomio”; por tanto, de forma transitiva, la denominación de “manicomio” pasó a ser despectiva en detrimento de lo que debía ser un hospital mental propiamente dicho.

- b) *La educación*: Según Uribe Cálad, de manera inconsciente se favorece el desarrollo de predisposiciones morbosas por la ignorancia de las leyes y de la eugenesia, las cuales preparan para la procreación. Aunque se destaca que en el formato de historia clínica del periodo estudiado no se registraba el nivel de escolaridad, pero por las ocupaciones referidas se presume que era muy escaso.
- c) *El alcoholismo*: se considera la intoxicación alcohólica en la influencia etiológica de distintas psicopatías, tanto por parte del padre como por la madre. Si bien, de las 77 historias clínicas de Bello, solo se presentan dos pacientes con psicosis alcohólica, no obstante por “herencia alcohólica” se encuentran diez casos entre 1920 y 1959. Con frecuencia, por orden de las autoridades, ingresaban al Manicomio individuos “sin ser locos... como dipsómanos, morfinómanos a fin de abandonar aquí esos degradantes vicios”,

denunciaba la Hermana Cristina directora del establecimiento en 1906. En todo caso, el tratamiento para el alcoholismo era precario y obedecía a criterios de medicalización social y de aislamiento para impedir la bebida y, por tanto, quitar el *delirium tremens* producido por la abstinencia. Se incluyen aquí las sustancias psicoactivas, por la estrecha relación que tienen, las cuales se presentan en pocos de los casos de Bello: mujer de 17 años en 1959, consume “sustancias psicoactivas (alcohol, cocaína)”; hombre farmacéuta de 34 años en 1934 “está afectado de toxicomanía (morfinómano) y que por su estado actual es intolerable en su casa y en la sociedad... Se inyecta 0.50 ctgrs de morfina diarios, repartidos en dos inyecciones”.

- d) *La sífilis*: a pesar de tenerse en cuenta como causa incidente sobre la locura, no se tiene certeza si agentes patológicos tan frecuentes e incurables como la demencia precoz dependan de manera directa del factor hereditario. En los casos de Bello, sólo 3 de las 77 historias presentaron perturbaciones o “enajenaciones mentales originadas por contagio venéreo”, aunque según la historiadora Jana C. Congote, esta enfermedad social estaba relacionada con el alcoholismo y la degradación en la conducta y “fue reconocida, para los primeros años del siglo xx en Medellín, como uno de los principales males sociales existentes en el momento. Esto obligó a las autoridades a enfrentar la sífilis, como enfermedad, de una manera pública” (2007, p. 122).
- e) *La miseria*: fue considerada de suma importancia, la cual obraba unas veces por medio de las grandes penas morales que trae la pobreza y otras veces por la desnutrición avanzada. En las historias clínicas de habitantes de Bello se encontraron tres diagnósticos que aluden a la pobreza como causa de la perturbación mental: un agricultor de 50 años en 1927 “Lanza gritos e insultos a consecuencia de la pobreza en que se encuentra. Se ha impresionado debido a la escasez de pan para sus hijos”; mujer de 50 años ocupada en oficios domésticos en 1930 “...está afectada por enajenación mental,

enfermedad que está caracterizada por gritos, insomnio, amenazas e insultos; ha comenzado hace ya quince días a consecuencia de la suma pobreza en que hoy se encuentra con su esposo e hijos...”; mujer de 18 años ocupada en oficios domésticos en 1936 “opina el médico que debe trasladarse al manicomio departamental por su alienación y ser extremadamente pobre”. Aunque son pocos casos, por las ocupaciones señaladas atrás –en su mayoría hombres agricultores y mujeres en oficios domésticos– es probable que muchos de los asilados tuvieran dificultades económicas, situación que reducía los medios y la capacidad de las familias para facilitar la recuperación y retiro de sus parientes, puesto que algunos eran abandonados allí.

- f) *La degeneración*: considerada como dependencia inmediata de la herencia, se refería exclusivamente a la degeneración psíquica, cargada de estigmas sociales, como se observa en los casos de Bello, se usaban expresiones como: “poca mente”, “demencia precoz”, “es un imbécil sin actividades morbosas... Es un retrasado mental - los comúnmente llamados bobos que envían al asilo dizque porque últimamente se ha vuelto intolerante por sus actividades morbosas...”. En una remisión que hace el Alcalde de Bello Luis M. Escobar al Manicomio Departamental, en 1947, decía “me permito poner a su disposición al señor A... quien se encuentra muy mal del cerebro; por este hecho se hace peligroso para la sociedad...” Como se define atrás, también eran clasificados como degenerados los que tenían delirio de persecución y los que tenían obsesiones e impulsiones.

4. Descripciones de las “formas clínicas”

Según el Director Uribe Cálad, para 1940, los diagnósticos no obedecían a una clasificación médica especializada, porque se ajustaban solo a la expresión clínica de las manifestaciones morbosas que predominaban en el conjunto de síntomas revelados por el asilado (pp. 104-112), entre los cuales se destacan los siguientes:

La *excitación maniaca*, por depresión o melancolía, fue un diagnóstico que se presentó en veintitrés de las historias clínicas de Bello (el 30% de la muestra), caracterizada por dos formas extremas: “manía aguda” y “manía intermitente”. Esta última es significativa (en ocho casos) por los cambios bruscos del estado de ánimo, puesto que fluctuaban entre: “ira, alegría y tristeza”, “cantar, bailar, reír, llorar, silbar”, casi al mismo tiempo. Según la estadística de 1940, esta “forma clínica” era la más frecuente en Antioquia, 61 hombres y 71 mujeres.

Los *trastornos alimentarios* fueron comunes, más en los hombres (14) que en las mujeres (4), aunque se ha tendido a esperar lo contrario, puesto que suele asociarse con la anorexia histérica y la sitiergia, en tanto “repugnancia morbosa a los alimentos” consideradas “enfermedades de mujeres” desde la medicina antigua. Este tipo de diagnóstico se relaciona con la “psicosis famélica” y sobre todo con el delirio de envenenamiento, como en algunos de los casos, porque “... supuestamente lo van a envenenar por encargo de un tercero”. Otros pacientes presentaban “constipación” y era frecuente la “toxiinfección”, en cinco diagnósticos, por tener “lengua sucia” o blanca (con placa bacteriana) o “saborra digestiva”.

Los *delirios* se definían como “alucinatorios”, “alucinaciones visuales y auditivas”, “delirio de fabulación”, principalmente, el delirio de persecución (en quince de los registros) entre los cuales algunos se volvían perseguidores peligrosos. Era común –además de la persecución por parte de las brujas y de espíritus malignos, propio de la locura mística–, casos como: “se cree perseguida por animales feroces que la atacan”, “le tiene horror a los animales que lo acechan en la cama, por lo que dormía en el suelo”, “siente que unos cucarrones le persiguen”. Por otra parte, unos pocos tuvieron “delirio de viajar en tren”, “reminiscencias vagas de su pasado (evocaba su vida de arriero)”.

La *megalomanía o delirio de grandeza* se presentó en seis de los pacientes: un hombre de 23 años en 1930 “se cree millonario y ocupa altos cargos públicos”; otro de 52 años de Fontidueño en 1930 tiene

“ideas de grandeza, planes absurdos de viajes, edificaciones, empresas agrícolas, negocios, etc... que tiene cien millones oro en el banco... que poseía en la costa tres haciendas a donde iba en el día y traía cien mil reses para beneficiarlas al día siguiente en Medellín”; una mujer de 30 años en 1931 tiene “ideas de riqueza y de despojo”; un hombre de 44 años en 1938 “cree estar viajando con su familia en el exterior”; una mujer de 37 años en 1941 afirma “tener grandes herencias y que vive en palacios...”; otra de 22 años en 1939, “se cree enviada de dios para redimir los pecadores”.

El *matrimonio y el desamor*; aparece como causa de perturbaciones mentales en siete de las historias clínicas: “a raíz de un matrimonio frustrado”, “desde niña era miedosa y después de casada el miedo se convirtió en un tormento que es como un susto eléctrico”, “tenía el delirio de que era casado y que su esposa estaba lejos”, “fugas de la casa que la llevan a buscar el cura que tiene preparado un matrimonio”, “desde que un auto le destripó el hijo y su mujer se le prostituyó, no tiene tranquilidad”, “manifestaciones generadas a causa de un noviazgo que no se llevó a cabo y que perjudica la honra de la enferma”, “...a raíz de la interrupción de unos amores con un novio. De alegre y trabajadora pasó a ser triste”.

El *duelo* por la pérdida de un ser querido se atribuye como causa de la psicopatología en cuatro de los casos y la *obsesión por la muerte* –incluye el delirio de los que creen que los van a matar, los de tendencia suicida y también asociado con la locura mística– aparece en seis casos, por ejemplo: “se siente muy nerviosa por haber manoseado un muerto para curarse de los nervios y otras penas más”, otro es un “...vagamundo que no quiere volver a morir. Que esta última temporada de vida le ha sido muy amable”, similar a otros que dicen que han sido revividos.

El *trabajo* aparece como causa en cuatro de los casos: “...debido a que se bañó en la tarde después de haber trasnochado y trabajado todo el día”, “su enfermedad se originó gracias a un trabajo físico fuerte”, “apatía

al trabajo”, “perturbaciones mentales a consecuencia de pérdidas en sus negocios... Dice que el domingo lo metieron a la cárcel por vender barato”.

Los *golpes*, sobre todo en la cabeza son una especie de mito que se asocia con la locura, como ocurre en cuatro de las historias clínicas: “traumatismo craneano”, “la locura dependió de una caída estando pequeño”, “sufrió caída y se golpeó el cerebro”, “perturbaciones mentales ocasionadas por un choque entre su camión y una locomotora ocurrido en el sector de Guayaquil”.

Las *causas de muerte*, aunque muchos de los enfermos salían por mejoría, se debían principalmente a la “caquexia demencial” y “caquexia pelagrosa”, que la degeneración extrema del cuerpo por inanición y por sitiergia, es decir, resistencia a ser alimentados. Esto lo confirma la estadística de Uribe Cálad en 1940 (pp. 104-112), que reporta la muerte de 27 mujeres y 10 hombres por este diagnóstico en Antioquia; aunque de los 17 casos de defunción de Bello (el 22% de la muestra) fue una causa equitativa: 4 hombres y 4 mujeres. Las demás causas fueron: 2 por Ictus apoplético o derrame cerebral, 2 por Colibacilosis gastrointestinal producida por la bacteria *eschericia coli*, debido a condiciones sanitarias antihigiénicas, sobre todo con el tratamiento del agua. Y de forma individual murieron por: hepatitis, meningitis toxinfeciosa (inflamación de la membrana que cubre el cerebro), nefritis (inflamación del riñón), úlcera gástrica y ataque epiléptico.

5. Medios de contención, control policivo y defensa de la moral pública

Los procesos, prácticas y discursos que ejercían una visibilidad permanente, así como una vigilancia central (aislamiento, cadena de mando distribuida entre el director, médicos, guardianes, enfermeros), constituían la estructura del asilo o la máquina panóptica de curar, según Foucault (2005).

El psiquiatra Alfredo de los Ríos, al describir los inicios de la psiquiatría en Colombia, se refiere a que la delimitación de la locura se

da a partir de la habitual confusión con la criminalidad, y como segundo elemento señala que la locura no se sitúa como objeto de estudio de la medicina, para la cual tampoco contaba con una terapia específica, puesto que aún los medios de contención física eran de suponer bastante primarios (1981, p. 170). De forma similar, Foucault, según su historia de la locura, advierte que “una medicina exclusivamente psicológica no fue posible sino hasta el día en que la locura se encontró alienada en la culpabilidad” (1967, p. 107).

El aislamiento, propio del proceso de alienación, era la base del tratamiento en el Manicomio, considerado necesario para la seguridad pública más que para la recuperación del enfermo. La reclusión de los “locos furiosos” correspondía a disposiciones de la arquitectura penitenciaria; de hecho, para referirse a las celdas en el Manicomio Departamental se utilizaba con frecuencia el término de *jaulas*, por supuesto criticado por los médicos asesores de la construcción del mismo que, como J.B. Londoño, citaban tratados franceses de avances sobre los criterios de aislamiento de los enajenados, como H. Dagognet, que sostenía que las celdas no eran solo un problema higiénico, sino que también “allí la constitución del loco se aniquila, el juego de las disposiciones orgánicas se perturba, se produce una especie de cretinización y el marasmo es con frecuencia el fin de una existencia sometida á esa clase de secuestro” (Londoño, 1897, p. 204). Al respecto, en 1906, catorce años después de la apertura de la Casa de enajenados, en el informe del médico director se evidenciaban las condiciones precarias del alojamiento:

Había en ella 92 enajenados: 46 hombres y 46 mujeres. El edificio tenía celdas y pasadizos tan oscuros que se necesitaba luz artificial para entrar en ellas. Estas tenían el piso entablado con madera verde, desajustado, lo que dificultaba el aseo y las volvía fétidas. Como no había suficientes celdas, en algunas dormían hasta 3 enfermos. Había 10 enajenados furiosos y no había suficientes jaulas para encerrarlos... (Archivo Gobierno Ramos, 1906, pp. 35-36).

El Reglamento del Manicomio, emitido en 1915, advertía en el capítulo XVI *de los medios de contención o seguridad*, que estos “son perjudiciales porque aumentan la agitación de los enfermos, quienes los consideran un castigo. Un buen empleado no hace uso de ellos sino excepcionalmente; el empleado perezoso o medroso los aplica a cada momento” (p. 24).

De hecho, en 1921, dos décadas después de fundado el Manicomio, unos reporteros de la *Revista Sábado* visitaron las instalaciones del Bermejál, en cuyo recorrido entraron a las celdas y se sorprendieron porque:

Ya en 1918 se pensaba en eliminar las jaulas de madera construidas de fortísimos listones, angulosos e hirientes que con fiereza desgarraban las carnes de los infelices, y se pensaba sustituirlas con celdas de cemento que ni hirieran los cuerpos de los enjaulados ni lastimen el alma de los visitantes, pero las jaulas subsisten, sin embargo, como una ignominia para el manicomio (E y J, p. 118).

La persona en estado de locura con frecuencia era considerada “peligrosa porque atenta contra sí misma, contra los demás o la moral pública”, declaración recurrente en treinta y ocho de las historias clínicas de Bello, el 49% de la muestra; casos característicos por la “tendencia al suicidio” y el “espíritu destructivo” de ropas y objetos en quince de ellos. Estos enajenados fueron remitidos por la Inspección de permanencia de Medellín y cinco por el Alcalde de Bello.

La condición de enajenado o alienado reducía la autonomía de los asilados, quienes perdían sus derechos civiles y eran puestos bajo la administración de los familiares, autoridades de gobierno, médicos y curas, muchas veces sin las garantías de un debido proceso, como lo denunciaba, ante el Secretario de Gobierno de Medellín, un hombre mayor de edad asilado por orden de su padre, quien fuera conducido de forma arbitraria en 1906:

Contra este indebido procedimiento vengo muy respetuosamente a quejarme ante usted... y apoyo mi solicitud en las siguientes razones:

1) No soy dipsómano declarado, pues si en algunas ocasiones he usado de las bebidas alcohólicas, ha sido entre los justos límites, sin excesos perniciosos que pudieran turbar el pleno uso de mis facultades intelectuales; 2) porque soy hijo legítimo emancipado, pues tengo 26 años y por lo mismo estoy fuera de la patria potestad; 3) porque conforme a la constitución actual ningún colombiano puede ser privado de su libertad ni reducido a prisión, sino en virtud de sentencia de autoridad competente por delito que tenga pena debidamente consignada en nuestro código penal; y 4) porque, y esto es lo más grave, que mi boleta de conducción a este establecimiento se verificó por medio de boleta expedida por el síndico señor... cuando ella ha debido solicitarse y expedirse únicamente por esa secretaría que sería la competente en esta clase de asuntos (cit. Zuleta y Mora, 1993, p. 65).

Este control policivo, se efectuaba según la Ordenanza No. 37 de 1888, sobre Policía, en el capítulo XVII *de locos y dementes*, “siempre que se presente en algún lugar un loco furioso, será asegurado inmediatamente... para evitar cualquier perjuicio que pueda ocasionar á los habitantes ó á sus propiedades” (pp. 213-215).

El personal encargado de la vigilancia de los enajenados no tenía el entrenamiento adecuado, como lo evidencia un informe que envía el director del Manicomio al Secretario de Gobierno de la ciudad, en 1914: “No he logrado que los que hay se posean de la importancia de su papel. Por decreto especial fueron asimilados a policías... espero llegar a darles el carácter que tienen realmente, a saber: enfermeros especialísimos, inteligentes y listos, no sé si lo lograré...” (Roselli, T.1, 1968, p. 309).

Si bien, a comienzos de la “era del alienismo”, a principios del siglo XX, en la cual se vaporizan las fronteras entre tratar y penalizar, inaugurándose de paso un nuevo concepto de psiquiatría, que involucra la vocación médica de curar, la ciencia psiquiátrica no deja de despertar sospechas sobre el propio accionar de sus profesionales y sus prácticas psiquiátricas, como lo afirma Jaques-Alain Miller, “los trabajadores de la salud mental se reconocen próximos a los de la policía y la justicia, que son trabajadores también. Y esa proximidad les ofusca, tratan de

alinearse en otro lado, pero eso es también una confesión. La salud mental tiene, por tanto, como objetivo –no puedo imaginar otro– reintegrar al individuo a la comunidad social” (1997-1998, p. 92).

Con respecto a los comportamientos considerados contra la moral pública, se encuentran principalmente: “ataques de gritos e insultos contra los demás” en un “lenguaje desmesurado y poco acomodado a las reglas del decoro” frecuente en doce de las historias clínicas de Bello; seguido de cinco casos de “ideas delirantes de carácter erótico”, “...de que espera al uno y al otro, sus amantes ideales o supuestos quienes iban a venir a sacarla”, “...corre tras de sus hermanas con instinto genésico. Dice que lo único que le apetece es que le traigan mujeres”. Asimismo, la “tendencia al nudismo”, “exhibiciones públicas”, “...de sus órganos genitales, mostrando un exagerado apetito sexual”.

6. Menores díscolos

Al Manicomio ingresaban con frecuencia menores de edad, como es el caso de un niño de 12 años, sin ocupación, quien fue remitido en 1935 por la Casa de menores de Fontidueño en el municipio de Bello, el cual excedió los controles de este centro y fue diagnosticado de constitución perversa, con fugas periódicas.

Sale detrás de los animales (especialmente perros). Es feroz y cruel con los animales, pues los entierra vivos. Sádico especialmente con las hembras. Tiene ideas de destructor. Arremete contra las personas. Dice sentir malestar cuando tiene la cara de alguien al alcance de su mano y el malestar desaparece cuando descarga el golpe sobre la víctima.

Asimismo, se internaron dos adolescentes trabajadores de 15 años –obrero y jornalero–, ambos considerados peligrosos porque atentaban contra sí mismos y contra los demás, así como una niña de 13 años, remitida por el Alcalde de Bello, en 1951, debido a su excitación maniaca y a delirios alucinatorios, al igual que cinco mujeres adolescentes entre los 14 y los 17 años, una sin oficio y las otras dedicadas a los oficios domésticos. Estas, igualmente, fueron intervenidas por el riesgo que

representaban para la sociedad. Una de ellas, de 15 años, interna en 1933, tenía “facies de imbecilidad” y pelagra o piel áspera, debido a la desnutrición avanzada. Otra, también de 15 años, fue remitida de la Cárcel de mujeres en 1938 por haber cometido infanticidio. Las dos restantes, de 17 años, la una en 1959 “cantaba y reía con las ánimas porque veía el diablo bailando merecumbé en el aire”, además consumía alcohol y cocaína, y, la otra en 1945 “siente obsesión por las aves porque se burlan de ella y son duendes que vienen por ella”, dice que “a su lecho ingresó un hombre y la atropelló quitándole la virginidad”, lo que indica, por un lado, una supuesta forma de encubrir su vida sexual, o por otro, que hubiera sido violada y, en lugar de creerle, la hubieran internado.

No en vano, según el informe que rindió Lázaro Uribe Cálad, director del Manicomio Departamental, en abril de 1940, dirigido al Secretario de Higiene y Asuntos Sociales, criticaba que con frecuencia estaban ingresando menores de edad tanto niños como niñas, incluso hubo algunas de ellas con menos de diez años. Por esta situación, solicitaba la “creación de pequeños departamentos exclusivamente para menores porque a nadie se le ocultan las funestas consecuencias que para estos niños tiene la convivencia con alienados adultos” (p. 104).

A propósito de la Casa de corrección de menores, creada por Ordenanza departamental 05 del 17 de marzo de 1914, fue promovida por el humanista Tomás Cadavid Restrepo, y empezó a funcionar en una casa arrendada, cerca al antiguo puente de Junín, en la Avenida La playa. Al año siguiente, la sede ubicada en Medellín se trasladó al paraje de Fontidueño, en el municipio de Bello, donde lleva casi un centenario de labor resocializadora.

De acuerdo con el historiador Carlos García (1999), entre los años 1914 y 1920, esta se caracterizó por un sistema militarista y autoritario. La ruda disciplina impuesta por los oficiales en retiro que la dirigían incluyó frecuentes castigos físicos, el calabozo y otras formas humillantes de corrección de los internos, quienes además

debían realizar trabajos productivos como castigo o “penitencia para su conversión”.

Siete años después de su fundación, cambió el nombre por Casa de menores y Escuela de trabajo, conforme a una nueva orientación psicopedagógica contemplada en la ordenanza 011 en 1922. A partir de ese momento, ejerció la dirección el mismo Cadavid Restrepo, quien modificó los castigos y buscó realizar un seguimiento más científico de los internos, quienes serían considerados no tanto como delincuentes sino como “anormales morales”, según la clasificación que este propuso: anormales físicos, intelectuales y morales (Yarza, 2010, pp. 111-129). Unas décadas después, por Decreto 33 del 4 de febrero de 1936, fue creada en Bello la Escuela Especial para Díscolos Tomás Cadavid Restrepo, que entró en funcionamiento en 1938, conocida popularmente como “el psicopedagógico”.

7. Mujeres arrepentidas y locura galante

En casos como el mencionado de la menor de edad que declaró haber sido abusada sexualmente, algunas eran remitidas a la “Casa de arrepentidas”⁴, también llamada de “recogidas”, de “perdidas”, o de las “magdalenas” (término religioso usado desde La Colonia) donde las mujeres de vida pública, violadas y deshonradas (o desamparadas por sus maridos) ingresaban para expiar sus culpas, como le ocurrió a una de las obreras de la Fábrica de hilados y tejidos de Bello que padeció el acoso sexual por parte del supervisor Manuel Velásquez, acusado de ser el culpable de su remisión a dicho establecimiento, uno de los hechos que hizo estallar la llamada huelga de señoritas en 1920, liderada por Betsabé Espinal, de quien se dijo estaba movida por una “locura galante”, es decir, impostada por la efusividad del momento, considerada delirio romántico y de rebeldía, puesto que se

⁴ Esta casa de “recogimiento” y redención de mujeres fue creada en Medellín en 1912 por las Monjas del Buen Pastor, con auxilios de la caridad y servicios públicos concedidos por el Concejo de Medellín.

trataba de “cientos de mujercitas que han tenido la locura galante y fértil de confrontar la resistencia y furia del capital... sin más equipaje que una buena porción de rebelión y dignidad” (*El Espectador*, 1920); sin embargo, de acuerdo con la crónica de Reinaldo Spitaletta (2002, pp. 30-33), se tendía a darle mayor importancia a estas apreciaciones “idealistas”, que a las reivindicaciones laborales por las que lucharon.

Asimismo la prensa –como *El Luchador*– hacía alusión a su “anciana madre, que estaba loca –quizás de hambre–” (Spitaletta, 2002, pp. 30-33), quien tuvo cinco ingresos al Manicomio como consta en la historia clínica hallada en esta investigación, la cual registra: “en noviembre 15 de 1932, su familia solicita permiso para que asista a las honras fúnebres de su hija que muere electrocutada...” al levantar un cable reventado en su casa. Quince años después de la tragedia de Betsabé, murió internada a los 84 años, en octubre 19 de 1947, “provocada por licocarditis crónica, asma y caquexia”, no obstante, la información sobre su enfermedad mental se reserva por razones de dignidad.

8. Manifestación de la locura como lenguaje

Otra arista importante de desarrollar tiene que ver con el manejo del lenguaje, como vaso comunicante entre el discurso que dictamina la alienación del paciente y la manifestación de la locura en significantes y significados que se traducen en formas clínicas o semiologías, que exigen que el personal médico los registre e interprete con suficiente fidelidad. Además, fue a través de los juegos del lenguaje o prácticas discursivas que la nascente psiquiatría obtuvo su reconocimiento científico en Colombia (Silva, 2012, p. 22).

Más allá del interés en hacer un análisis de lo que quiere decir el enajenado con su discurso, se propone dejar por sentado que el lenguaje, así como la comunicación humana, se hallan atravesados y afectados por el deseo y la equivocidad, por lo tanto, cuando un sujeto habla no dice exactamente lo que quería expresar al otro; de ahí que es en la falla o perturbación latente de lo dicho donde puede hallarse

lo que dice de más el sujeto, sin llegar a saberlo. Esto es lo que lleva a afirmar dentro de la psicolingüística y la hermenéutica, que el sujeto en lugar de utilizar el habla a su antojo, la lengua lo habla a él. Es el otro el que produce el mensaje, quien lo escucha da a conocer a un yo emisor lo que este quiso decir. Lo que lleva a concluir que no estamos frente a un sujeto con pleno dominio de su propio decir, sino por el contrario, de un ser atrapado en las redes del equívoco y la ambivalencia, de las que emerge el sentido y su actitud frente al sistema: yo-el otro-el mundo.

Si se asume que el sujeto humano es un ser atrapado en la inevitable y natural perturbación, vale la pena preguntar acerca de lo que le podría aportar el psiquiatra al enajenado que se debate en medio de su propio maremágnum dentro de esa interacción social llevada a cabo en el marco de una institución totalitaria.

Esta reflexión sobre el discurso psiquiátrico y la locura como lenguaje viene al caso –fuera de la frecuencia de los “gritos e insultos” y el “lenguaje obsceno” en doce casos– por la recurrencia de la “logorrea” declarada en veinticuatro de los pacientes (el 31% de la muestra), con diversas acepciones, tales como: “verborrea”, “verborragia”, “verbosidad excesiva”, “logomanía”, “locuacidad exagerada, flujo verbal inagotable y desordenado”, “delirio de interpretación” y “léxico incoherente”, como se observa en un paciente de 21 años de Bello en 1933:

...logorrea incontenible y tan rápida que en ocasiones apenas si se le entiende lo que quiere decir: recita, perora, canta y conversa sobre temas variados y aún diversos en el mismo minuto: política, religión, mística, arte, literatura, historia, ciencias físicas y asuntos sociales. Esta incontinencia del lenguaje le valió el remoquete de “verdolaga” por lo difuso y fértil, remoquete que se lo pusieron en un pueblo vecino... se le exige un esfuerzo por contener la habladora incesante, y al efecto se propone hasta aparecer como un callado y llamar la atención por su mutismo.

En ese sentido, se trataba de casos de anacolutos o inconsecuentes con las ideas expresadas en el habla común, que llegaban al extremo de experimentar “soliloquios” y “mutismos”. Se destaca, a su vez, el

diagnóstico de “trastornos del habla”, como la “bradilalia” o hablar demasiado lento; “disartria y dislalia” o incapacidad para articular los fonemas por daño neurológico; afasia o pérdida del habla; “temblor fibrilar de los labios y lengua”, producido por malformaciones de los órganos del habla o disglosias. No era de extrañar que estas personas, además de sus enfermedades mentales, tuvieran que padecer la discriminación asociada con sus formas precarias de habla, o “taras” como vulgarmente se decía.

9. Coda: impacto del poder psiquiátrico

Tanto la enfermedad mental como los tratamientos médicos fueron empleados como un arsenal de recursos normalizadores, encaminados al desarrollo de una incipiente ciencia psiquiátrica destinada a controlar y a etiquetar a los pacientes, en la que el loco no es un sujeto con el que se establece una “relación terapéutica”.

La psiquiatrización como control social no descansaba sobre consideraciones científicas, sino que, por el contrario, se presentaba como exigencia de carácter político que conllevó a la preservación de un estado de cosas que garantizara su existencia a través de fenómenos sociales como la exclusión y la marginación social.

El poder del diagnóstico se pone de manifiesto cuando de su empleo, fundamentado en el preconceito y el prejuicio, se derivan peligros como la pérdida de la libertad personal, la adhesión a tratamientos potencialmente iatrogénicos (alteración del estado de salud ocasionada por el médico o los medicamentos de la que se esperan efectos adversos para el paciente), el riesgo de estigmatización, así como las consecuencias legales y sociales generadas por la declaración de un actor social como irresponsable de sus actos, hecho que ocurrió con cientos de personas, como es el caso de Bello y Antioquia.



Referencias

- Archivo de historias clínicas del Hospital Mental de Antioquia (1920-1959). Laboratorio de fuentes documentales, Universidad Nacional de Colombia – sede Medellín.
- Archivo Gobierno Ramos, 1906. En: Zuleta, Claudia M. y Mora, Astrid H. (1993). Clasificación y descripción del Archivo de historias clínicas del Hospital Mental de Antioquia (trabajo de grado de la carrera de Historia). Medellín: Universidad Nacional de Colombia, pp. 35-36.
- Alcaldía de Bello (1947). Oficios recibidos. Of. 397, noviembre 3, p. 211, Archivo Histórico de Bello.
- Alcaldía de Medellín (1906a). Correspondencia General. Secretaría de Gobierno, mayo 8. En: Zuleta, Claudia M. y Mora, Astrid H. (1993, pp. 65).
- Alcaldía de Medellín (1906b). Correspondencia General. Carta de la Hermana directora del Manicomio enviada al Secretario de Gobierno, octubre 1. En: Zuleta, Claudia M. y Mora, Astrid H. (1993, p. 44).
- Asamblea Departamental (1888a). Ordenanza No. 24 de 27 de julio, por la cual se establece un Manicomio en el Departamento. En: *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, Año VIII, enero de 1897, No. 6 y 7, p. 212, Sala Historia de la Medicina, Universidad de Antioquia.
- _____ (1888b). Ordenanza No. 37, “Sobre Policía”, Capítulo XVII De locos y dementes. En: *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, Año VIII, enero de 1897, No. 6 y 7, pp. 213-215, Sala Historia de la Medicina, Universidad de Antioquia.
- Berrió, Pedro J. (1915). Reglamento del Manicomio expedido por la Junta de inspección y vigilancia. En: *Recopilación de las ordenanzas, decreto y reglamento, etc., referentes al Manicomio Departamental de Antioquia*. Medellín: Imprenta Oficial, Sala Historia de la Medicina, Universidad de Antioquia.
- Cadavid Restrepo, Tomás y Velásquez, David. (1921). *Informe de la Casa de Menores y Escuela de Trabajo*. Medellín: Imprenta Oficial. En: Yarza, Alexander. (2010). Del destierro, el encierro y el aislamiento a la educación y la pedagogía de anormales en Bogotá y Antioquia, a mediados del siglo XX. En: *Educación y Pedagogía*, Vol. 22, No. 57, mayo-agosto, pp. 111-129.
- Concejo Municipal de Medellín (1882). Acuerdo No. 23 de junio, Vol. 226. En: Roselli, Humberto (1968). *Historia de la Psiquiatría en Colombia*. Vol. 1. Bogotá: Editorial Horizonte, pp. 165-168.
- Congote, Jana C. Las enfermedades sociales en los obreros de Medellín, 1900-1930 (trabajo de grado de la carrera de Historia). Medellín: Universidad de Antioquia, 2007.
- De los Ríos, Alfredo (1981). Un siglo de psiquiatría en Antioquia. En: *Boletín Comité de Historia de la Medicina*. Medellín, Vol. 3, No. 1, p. 170.
- E y J (1921). En el Manicomio. En: *Revista Sábado*. Vol. 01, No. 001-033, pp. 118-119.
- El curioso impertinente. *El Espectador*, febrero 14 de 1920. En: Spitaletta, Reinaldo (2002-2003). Huelga de señoritas (o cuando en Bello se protagonizó un alzamiento de mujeres, liderado por Betsabé Espinal. En: *Huellas de ciudad*, Año IV, No. 4, diciembre – marzo, pp. 30-33.
- Foucault, Michel (1967). *Historia de la locura en la época clásica*, T.1. México: F.C.E.
- _____ (1981). *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber*. México: Siglo XXI.
- _____ (1989). *Las palabras y las cosas*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- _____ (2003). *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.

- _____ (2005). El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France 1973. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- _____ (2005). *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: F.C.E
- García, Carlos (1999). *Niños trabajadores y vida cotidiana en Medellín 1900-1930*. Medellín: Editorial U.de.A.
- Londoño, Juan B (1897). Manicomio Departamental En: *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, Año VIII, enero, No. 6 y 7, p. 212, Sala Historia de la Medicina, Universidad de Antioquia.
- Miller, Jacques-Alain (1997-1998). Salud mental y orden público. En: *Pharmakon*, Dic.-Jun. No. 6-7, pp. 91-101.
- Notaría Segunda. Escritura de Venta, No. 4063, Medellín, 15 de noviembre de 1948, folio 1. En: López, Luciano; Rueda, Doris y Suárez, Jorge (2007). Historia institucional y terapéutica del Hospital Mental de Antioquia, en sus 125 años, 1878-2003. En: *Revista Epidemiológica de Antioquia*, 29, No. 01, p. 130.
- Pérez, Francisco (1914). Memorias del Secretario de Gobierno 1914. En: Archivo Histórico de Antioquia, Sala de Publicaciones Oficiales. Medellín: Imprenta del Departamento, p. 154.
- Roselli, Humberto (1968). *Historia de la Psiquiatría en Colombia*. T. 1 y 2. Bogotá: Editorial Horizonte.
- _____ (2009). Terapias psiquiátricas en Colombia antes de la era psicofarmacológica. En: *Revista Psimonart*, 2 (1), pp. 111-121.
- Spitaletta, Reinaldo (2002-2003). Huelga de señoritas (o cuando en Bello se protagonizó un alzamiento de mujeres, liderado por Betsabé Espinal. En: *Revista Huellas de ciudad*, Año IV, No. 4, dic. – mar., pp. 30-33.
- Uribe, Lázaro (1923). Principales factores etiológicos de la locura en los departamentos de Antioquia y Caldas. En: *Revista clínica: órgano de la Sociedad clínica del Hospital de Medellín*, Vol. 03, No. 25-28, noviembre, pp. 188-198.
- _____ (1940). Manicomio Departamental, Informe del Director. En: Archivo Histórico de Antioquia, Secretaría de Higiene y Asuntos Sociales, Capítulo VIII, pp. 104-112.
- Silva, José A.F. Espacio, Cuerpo y Subjetividad en el Manicomio Departamental de Antioquia: 1875-1930 (trabajo de grado de la Maestría en Historia). Medellín: Universidad Nacional de Colombia, 2012, p. 22
- Zuleta, Claudia M. y Mora, Astrid H. (1993). Clasificación y descripción del Archivo de historias clínicas del Hospital Mental de Antioquia (trabajo de grado de la carrera de Historia). Medellín: Universidad Nacional de Colombia.