

EL ALIENISTA DEL MANICOMIO: LÁZARO URIBE CÁLAD
INFORME PRÁCTICAS DE GRADO
LABORATORIO DE FUENTES HISTÓRICAS
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA SEDE MEDELLÍN

LILIANA YULIETH TORO TORO

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE TEOLOGÍA, FILOSOFÍA Y HUMANIDADES
PROGRAMA DE HISTORIA
MEDELLÍN, ANTIOQUIA
2023

EL ALIENISTA DEL MANICOMIO: LÁZARO URIBE CÁLAD
INFORME PRÁCTICAS DE GRADO
LABORATORIO DE FUENTES HISTÓRICAS
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA SEDE MEDELLÍN

LILIANA YULIETH TORO TORO

Informe de grado para optar por el título de
Historiadora

Asesor

SEBASTIÁN AMAYA PALACIOS
Magister en Historia Universidad Nacional de Colombia

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE TEOLOGÍA, FILOSOFÍA Y HUMANIDADES
PROGRAMA DE HISTORIA
MEDELLÍN, ANTIOQUIA
2023

01 de septiembre de 2023

Liliana Yulieth Toro Toro

“Declaro que este trabajo de grado no ha sido presentado con anterioridad para optar a un título, ya sea en igual forma o con variaciones, en esta o en cualquiera otra universidad”. Art. 92, párrafo, Régimen Estudiantil de Formación Avanzada.

LILIANA TORO

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a mi madre: Mireya Toro por haber brindado un apoyo incondicional durante mi proceso formativo tanto personal, como profesional; y en las diferentes etapas que acompañaron dicho proceso; a Alexander del Río Garzón y Sebastián Posada Álvarez, que, a pesar de no formar parte del programa de Historia, dedicaron su amistad y su tiempo en aquellos momentos que necesité un soporte emocional. Asimismo, agradezco a Filanderson Castro Bedoya y Pablo Molina Toro, quienes me ofrecieron conocimientos respecto a sus áreas del saber para promover y revisar mis investigaciones sobre psiquiatría y psicología.

Seguidamente, extiendo mis agradecimientos a los profesores del programa de Historia de la Universidad Pontificia Bolivariana por compartir su conocimiento y por la calidad humana que los caracteriza. Agradezco sobre todo al profesor Diego Andrés Bernal Botero, quien ha sido un apoyo incondicional durante mi proceso de formación y me ha motivado en el qué hacer historiográfico, gracias a su grupo de investigación “Ni ‘Ángeles’, ni ‘Perros’” adquirí ciertas habilidades que antes no poseía. Agradezco al profesor Sebastián Amaya Palacios, mi asesor de trabajo de grado y prácticas, por su acompañamiento, comprensión y el ánimo que me ofreció durante el proceso. Y a la profesora Margarita Restrepo Olano, por cuidar de mi proceso formativo y por su motivación en mi investigación sobre el proyecto de grado.

Igualmente, y no menos importante, agradezco al equipo del Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional sede Medellín: a Alejandro Salazar Bermúdez, coordinador de procesos académicos y encargado del Fondo Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia (HOMO), quien fue mi principal apoyo en las prácticas académicas y en la realización de las funciones, además se encargó de explicarme el funcionamiento del programa Adobe Reader DC Pro para la censura de las historias clínicas psiquiátricas y los parámetros para ingresar la información a la base de datos que se está creando del fondo. A María Mercedes Bastidas, quien coordinaba los procesos de divulgación, y fue mi

acompañante en el procedimiento de grabación de marca de agua institucional, además me capacitó en el uso de programas como Adobe Photoshop y siempre estuvo dispuesta para atender cualquier inconveniente que pudiera surgir en mis prácticas; y finalmente, a José Manuel Restrepo, encargado de liderar los procesos técnicos, quien me colaboró con los términos referentes a la práctica psiquiátrica que eran desconocidos para mí y contribuyó al desciframiento de la caligrafía en algunas historias clínicas u otros inconvenientes que aparecieron durante mis labores, como bien podían ser faltantes de historias clínicas en las cajas o mal ubicación, carpetas destruidas, número de historia clínica dañado e ilegible, entre otros.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	10
1. EL ALIENISTA DEL MANICOMIO: LÁZARO URIBE CÁLAD	12
1.1. El pensamiento alienista europeo.....	15
1.2. Manicomio Departamental de Antioquia.....	18
1.3. Gestión de Lázaro Uribe Cálad en el Manicomio Departamental de Antioquia (1920-1946).....	23
1.4. Nosología para los alienados	26
1.5. Últimos años de Lázaro Uribe Cálad en el Manicomio Departamental de Antioquia.....	33
2. EXPERIENCIA ARCHIVÍSTICA: LA PRÁCTICA Y SUS PROCESOS	36
2.1. Laboratorio de Fuentes Históricas Universidad Nacional de Colombia - sede Medellín	37
2.2. Fondo Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia (HOMO)	38
2.2.1. Importancia de la censura en las historias clínicas	41
2.2.2. Recopilación de datos	47
2.2.3. Grabación de marca de agua institucional	58
3. VALORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA COMO FUENTE PARA LA INVESTIGACIÓN	60
3.1. Importancia de las historias clínicas para la historiografía	61
CONCLUSIONES.....	63
BIBLIOGRAFÍA	68

LISTADO DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Formato HC Portada.....	44
Ilustración 2 Formato HC Contenido	45
Ilustración 3 Ítems de la base de datos	50
Ilustración 4 Registro por estado civil.....	52
Ilustración 5 Profesiones masculinas.....	53
Ilustración 6 Profesiones femeninas.....	54
Ilustración 7 Diagnósticos masculinos	55
Ilustración 8 Diagnósticos femeninos.....	56
Ilustración 9 Lugar de procedencia	57

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1 Cajas de inventario 47

Tabla 2 Registro de fechas y edades extremas 51

Tabla 3 Registro por género 51

RESUMEN

En el presente informe se presenta una investigación sobre el Manicomio Departamental de Antioquia entre 1920 y 1946 y sobre la gestión y los diagnósticos de Lázaro Uribe Cálad, director de la institución durante ese periodo. Luego se expone de manera detallada las actividades que se realizaron durante el proceso de prácticas para el programa de Historia de la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín, bajo el convenio UNAL - UPB 2022 en el Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional sede Medellín, específicamente en el Fondo Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia (HOMO) y finalmente, se manifiesta la importancia de las historias clínicas psiquiátricas como fuente para la historia y las humanidades en general.

INTRODUCCIÓN

El proceso de prácticas de grado cobra su relevancia al estudiante poder aplicar los conocimientos adquiridos durante el proceso de aprendizaje, a una labor específica y acorde a la profesión para la cual se está preparando. Para este caso en particular se ahondará en la propuesta para prácticas de grado del programa de Historia de la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín en el Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín bajo el convenio UNAL - UPB 2022.

El objetivo general de dicha práctica de grado consiste en desarrollar archivísticamente el fondo Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia (HOMO), a partir de la anonimización de datos identitarios de los pacientes, la descripción de historias clínicas y la aplicación de marca de agua institucional en las historias clínicas digitalizadas. Todo esto con el fin de crear un repositorio digital al que pueda acceder todo tipo de público, ya que, al tratarse de documentos clínicos, los datos del paciente son confidenciales. Actualmente, esta información sólo puede ser compartida en casos muy específicos como, por ejemplo; fines académicos e investigativos, siempre y cuando, se firme un compromiso del uso correcto de la información encontrada¹.

Durante la práctica de grado que se llevó a cabo en el periodo 2022-1, se realizaron varias funciones, entre ellas la anonimización de datos identitarios de los pacientes en 2.192 historias clínicas psiquiátricas (HOMO_HC_001003 hasta HOMO_HC_003195) con el programa Adobe Reader DC Pro, además se revisó y recopiló la información de 664 historias clínicas psiquiátricas contenidas en 8 cajas (89, 90, 111, 112, 129, 130, 131 y 132) para posteriormente, ingresar los datos a las hojas de cálculo de Drive y seguir dando forma a la base de datos creada, la cual corresponde al formato ISAD(G), que es el modelo de descripción archivística utilizado a nivel internacional. Luego, gracias al programa Adobe Photoshop se grabó la marca de agua institucional en 1500 historias clínicas (HOMO_HC_001600 hasta HOMO_HC_003100).

¹ Entiéndase el uso correcto como no divulgar datos identitarios del paciente, como podrían ser: nombres y apellidos del paciente o sus familiares, direcciones, documento de identificación o teléfonos, estos dos últimos, en caso de ser suministrados.

Adicionalmente, se realizó una investigación sobre el tiempo en que Lázaro Uribe Cálad fue director alienista del Manicomio Departamental de Antioquia, también sobre la vida en el asilo y los diagnósticos de los pacientes. Y finalmente, se profundizó en la relevancia de las historias clínicas psiquiátricas como fuente para la Historia y las humanidades en general.

1. EL ALIENISTA DEL MANICOMIO: LÁZARO URIBE CÁLAD

Lázaro Uribe Cálad fue el director del Manicomio Departamental de Antioquia entre 1920 y 1946. Durante este tiempo se presentaron cambios sustanciales en el manicomio, siendo uno de los de mayor impacto la inclusión de las primeras historias clínicas psiquiátricas, puesto que antes sólo se hacía una especie de estadística con la cantidad de pacientes que había en el establecimiento. Su dirección fue caracterizada por el apoyo que recibió por parte de las Hermanas de la Caridad. Además, puso en práctica una línea de pensamiento alienista, la cual ya estaba quedando obsoleta para la época porque surgió una perspectiva diferente respecto a la psiquiatría desde principios y gran parte del siglo XIX, donde se percibía como una rama especializada de la higiene pública, en lugar de la teoría médica².

Para el siglo XX se instauró un nuevo modelo psiquiátrico enfocado en la sintomatología y la clínica. Sin embargo, Uribe Cálad se ajustó al modelo alienista europeo, el cual se centraba en el aislamiento de los alienados³; e incluso, dispuso de una clasificación propia para los padecimientos mentales al no acoplarse a las que existían para aquella época, método utilizado por varios médicos, pues según criterio personal y de acuerdo con las observaciones que se tienen de cada paciente, se ajustaban a la clasificación más pertinente para sus estudios⁴.

El matrimonio Uribe - Cálad tuvo 14 hijos, siendo el doctor Lázaro Uribe Cálad, el séptimo, nacido el 20 de diciembre de 1873 en Ciudad Bolívar, Antioquia. Sus padres fueron Antonio Jesús Uribe Restrepo y María Josefa Cálad Uruburu, entre sus hermanos se

² Adolfo Vásquez Rocca, "Foucault; 'Los anormales' una genealogía de lo monstruoso. Apuntes para una historiografía de la locura" *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences* 34, no. 2(2012): 4.

³ El término alienado tiene su origen en los tratados de Pinel y Esquirol, y hace alusión a la persona que no encaja en las prácticas sociales. En las historias clínicas del Hospital Mental de Antioquia se empleó el término para referirse a los pacientes, quienes necesitaban de unas normativas especiales para poder instaurarse luego de su asilamiento, en la sociedad. Para profundizar véase: Álvaro León Casas Orrego, "Desplazamiento y aislamiento. Alienados mentales en la ciudad de Medellín. 1878-1930", *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* vol. 60 no 2(2008): 119-142.

⁴ Carlos E. Córdoba, "Comentarios a la estadística manicomial del departamento de Antioquia". Monografía de grado, Universidad de Antioquia, Medellín, 1937: 3.

destacaron también como médicos, su hermano mayor: Agapito, y el octavo, Ricardo. Su educación primaria y secundaria la recibió de los padres jesuitas en el colegio San Ignacio en Medellín, y se doctoró el 11 de septiembre de 1897 en Medicina y Cirugía por la Universidad de Antioquia con su tesis: “Contribución al estudio de la Histerectomía vaginal”⁵. Más tarde viajó a París para estudiar Clínica Quirúrgica. Al regresar a Colombia, inició su labor como cirujano en Manizales, después en algunos pueblos de la Costa Atlántica y, posteriormente, al retornar a su departamento natal, trabajó en Ciudad Bolívar, Titiribí y Amalfi⁶.

En 1914 empezó a desempeñarse como profesor en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia en la cátedra de Psiquiatría y fue nombrado profesor del Colegio Central Femenino (CEFA). En 1918 fue designado como Médico Auxiliar del Manicomio Departamental durante la dirección del doctor Tobón Castilla, y posteriormente, en 1920 - tras el fallecimiento del director-, asumió el cargo de Médico Director del Manicomio⁷. Asimismo, se posesionó como profesor de la Cátedra Enfermedades Mentales de la que, tres años después, sería su director⁸.

En 1938 participó en el Primer Congreso Latinoamericano de Criminología en Buenos Aires con su investigación sobre pelagra⁹, logrando durante este viaje conocer manicomios internacionales tales como el de Santiago de Chile, Lima, Sao Paulo y Río de Janeiro. Para 1940 le fue conferido el título de Miembro Honorario de la Academia de Neurología, Psiquiatría y Criminología de Buenos Aires, y por Resolución del 16 de abril de este mismo

⁵ Lázaro Uribe Cálad, “Contribución al estudio de la Histerectomía vaginal” Tesis de pregrado, Universidad de Antioquia, Medellín, 1897.

⁶ Dina María Herrera Marín, “Biografía de un alienista: Lázaro Uribe Cálad 1920-1946”, Tesis de maestría, Universidad de Antioquia, Medellín, 2015: 75.

⁷ Consta en el Decreto del Gobernador Jesús M. Marulanda. Para profundizar véase: Dina María Herrera Marín, “Biografía de un alienista: Lázaro Uribe Cálad 1920-1946”. Tesis de maestría, Universidad de Antioquia, Medellín, 2015.

⁸ Humberto Roselli, *Historia de la Psiquiatría en Colombia* (Bogotá: Horizontes, 1968), 313.

⁹ Enfermedad causada por la falta de ciertas vitaminas, caracterizada por manchas en la piel y desórdenes digestivos y nerviosos. En el Manicomio Departamental de Antioquia, se presentaban varios casos de esta enfermedad, se creía que eran más aptos para su desarrollo porque su estado de crisis los hacía más vulnerables, como también su negativismo alimenticio, este último alude a la resistencia del paciente por recibir alimento alguno. Esta anotación se encuentra en diversas historias clínicas. Para profundizar véase: Carlos E. Córdoba, “Comentarios a la estadística manicomial del departamento de Antioquia”. Monografía de grado, Universidad de Antioquia, Medellín, 1937.

año¹⁰, la Universidad de Antioquia lo eligió profesor de dos cátedras: la de Medicina Legal en la Facultad de Derecho y la de Psiquiatría en la Facultad de Medicina, las cuales regentó hasta 1943 y 1953, respectivamente. No transcurrieron más de cinco años para recibir un nuevo reconocimiento, esta vez con el diploma de Miembro Correspondiente de la Sociedad de Psicopatología, Neurología y Medicina Legal de Colombia.

Adicionalmente, el gobierno nacional le otorgó la Cruz de Boyacá en 1942 para el grado de Caballero y la Universidad de Antioquia le concedió dos títulos más, el primero como profesor Emérito en 1947, y el segundo, Doctor Honoris Causa en ciencias psicológicas en 1957. En 1954 fue presidente Honorario del Segundo Congreso Colombiano de Neuropsiquiatría y Medicina Forense, celebrado en Medellín. Asimismo, fue Presidente y Miembro Honorario de la Academia de Medicina de Antioquia, este último título también lo recibió por parte de la Sociedad Colombiana de Psiquiatría en 1961¹¹.

Tras la renuncia del doctor Lázaro Uribe como Director Alienista del Manicomio Departamental de Antioquia, el doctor Carlos Obando tomó su lugar, y con ello trajo nuevas ideas. Sin embargo, la renuncia del alienista fue diferida, ya que la Gobernación de Antioquia creó el cargo de médico consultor del Manicomio, tal parece que fue un gesto de agradecimiento por las labores que Uribe Cálad desempeñó durante su dirección; pues entre los requisitos para dicho cargo se encontraban: ser médico titulado, haber desempeñado el cargo de director de manicomio por lo menos 25 años y ser mayor de 70 años. Por supuesto, la persona más apta sería nuestro personaje, cargo en el cual se desempeñó hasta su muerte en 1962¹².

¹⁰ Dina María Herrera Marín, “Biografía de un alienista: Lázaro Uribe Cálad 1920-1946”. Tesis de maestría, Universidad de Antioquia, Medellín, 2015: 76.

¹¹ *Ibidem*.

¹² Alejandro Salazar Bermúdez, “Una reforma psiquiátrica que nunca lo fue: Colombia y el caso del Manicomio Departamental de Antioquia, 1920-1946”. En: Andrés Ríos Molina y Mariano Rupertuz (coord.), *De manicomios a instituciones psiquiátricas. Experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX* (Universidad Autónoma de México, Madrid: Editorial Sílex, 2022), 526.

1.1. El pensamiento alienista europeo

Desde la Grecia Antigua y de la mano del padre de la medicina: Hipócrates, la enfermedad mental se relacionó a causas naturales y no a fenómenos sobrenaturales, además; se introdujo el concepto de “temperamentos” lo que hoy se llamaría constitución de carácter o idiosincrasia¹³. Sin embargo, esto cambiaría en el Medioevo, pues esta época se distinguió por el dominio cristiano, lo que llevó a que el enfermo mental fuese perseguido por considerarse posesión. No fue hasta el Renacimiento, principalmente en Europa, que se modificó la perspectiva al respecto, debido a la gran transformación que se dio en diversos aspectos tales como los sociales, culturales, políticos, económicos, intelectuales, etc.

A principios del siglo XV empezaron a fundarse los primeros asilos para alienados en España, modelo posteriormente instaurado en otros lugares de Europa y por supuesto; en las colonias de América. En general puede decirse que la construcción de este tipo de hospitales empezó a frecuentarse a partir del siglo XV en Europa¹⁴ y el siglo XVI en el Nuevo Mundo con la fundación del primer hospital psiquiátrico en México¹⁵. Estos establecimientos se caracterizaron por cumplir un papel como asilos o albergues de locos, similares a los que se constituían para atender a los ancianos, huérfanos y mendigos¹⁶. Cabe resaltar que el trato que se recibía en estos lugares era de contención y no de recuperación.

No fue hasta finales del siglo XVIII que comienza a tener mayor relevancia el tratamiento a las enfermedades mentales, pues el estudio del “hombre intelectual y moral” se convirtió en un tópico sistemáticamente reivindicado por los médicos frente a las aportaciones de los filósofos y moralistas, y, a partir de ese momento, la medicina no sólo empezó a apoyarse en

¹³ Luciano López, Doris Rueda y Jorge Suarez, “Historia institucional y terapéutica del Hospital Mental de Antioquia en sus 125 años, 1878-2003”. Proyecto de investigación HOMO – UdeA. 2007: 7.

¹⁴ Rafael Huertas García – Alejo, “Historiografía de la asistencia psiquiátrica en España. De los “mitos fundacionales” a la historia social”, *Secuencia* no 51 (2001): 125.

¹⁵ Humberto Roselli, *Historia de la Psiquiatría en Colombia* (Bogotá: Horizontes, 1968), 16.

¹⁶ *Ibidem*: 10.

el conocimiento psicológico y las filosofías de la mente, sino a concurrir con estas para dar explicaciones científicas sobre los mecanismos de la conducta y la experiencia¹⁷.

Entre los antecesores más importantes para la psiquiatría se encuentran Philippe Pinel (1745-1826), médico francés que supuso un cambio radical en la perspectiva social que se tenía frente a las enfermedades mentales y empezó a llevar un control del paciente a partir de las historias clínicas. Él concibió la locura como un trastorno del autocontrol y de la identidad, por lo cual le dio el nombre de *alienación*¹⁸. Además, clasificó los trastornos en cuatro grupos: manía, melancolía, idiocia y demencia. También explicó el origen de estos a partir de la herencia y las influencias ambientales¹⁹ y abogó por un trato más digno para los alienados, para lo cual, debían ser liberados de sus cadenas. Jean Étienne Dominique Esquirol (1772-1840) fue uno de los discípulos más notables de Pinel y también se ciñó al trato moral de los locos. En 1738 logró promulgar una ley que obligaba a la administración francesa disponer de un asilo para alienados en cada departamento del país²⁰.

El austriaco Bénédict Morel (1809-1873) fue un médico que influyó fuertemente en la psiquiatría francesa, pues abogaba por el bienestar de los alienados y consideró a los factores hereditarios como una posible causa de las enfermedades mentales. Asimismo, creía que el uso de drogas y alcohol llevaban a la degeneración²¹. El neurólogo francés Jean-Martin Charcot (1825-1893) sobresalió gracias a sus estudios de la hipnosis y a sus descripciones sobre la histeria, y a pesar de no encontrar ninguna evidencia orgánica que la explicara, fue

¹⁷ Enric J. Novella, “Cinco variaciones y una coda sobre la historia cultural de la psiquiatría”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 34, no. 121 (2014): 104.

¹⁸ Guillermo Calderón Narváez, *Esa agonía llamada locura. Historia de la Psiquiatría* (Edamex, Ciudad de México: 1996), 136. Citado en: Luciano López, Doris Rueda y Jorge Suarez, “Historia institucional y terapéutica del Hospital Mental de Antioquia en sus 125 años, 1878-2003”. Proyecto de investigación HOMO – UdeA. 2007: 12.

¹⁹ Adolfo Vásquez Rocca, “Foucault; ‘Los anormales’ una genealogía de lo monstruoso. Apuntes para una historiografía de la locura”, *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences* 34, no. 2(2012): 14.

²⁰ *Ibidem*.

²¹ Dina María Herrera Marín, “Biografía de un alienista: Lázaro Uribe Cálad 1920-1946”. Tesis de maestría, Universidad de Antioquia, Medellín, 2015: 12.

uno de los modelos a seguir por los médicos colombianos durante la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX²².

Otra figura emblemática del siglo XIX y principalmente, de los primeros años del siglo XX, fue el alemán Emil Kraepelin (1855-1926), creador de la clasificación de enfermedades mentales, que ha servido de base para dar forma a la actual. Bebió de las doctrinas degeneracionistas y dividió las clasificaciones en dos grupos: el primero incluía las psicosis, es decir, la melancolía, toxicomanías, parálisis general, locura moral, entre otras; el segundo encerraba las demencias (senil, orgánica y epiléptica) y la idiocia, cretinismo y epilepsia²³.

Durante el siglo XIX se desarrollaron en Francia tres mentalidades médicas: la anatomoclínica, la fisiopatología y la etiopatología. La primera, caracterizada por identificar las enfermedades por medio de los sentidos del médico. Además, seguía ligada al modelo de medicina ilustrado en el cual el desequilibrio corporal se debía a los humores, es decir, a la absorción de vapores malignos, como bien podrían ser los generados por aguas estancadas, cuerpos en descomposición y materias corruptas. Se regía por el principio de que la enfermedad es una lesión anatómica manifestada a partir de lesiones en el cuerpo. Esta fue la mentalidad más utilizada en el contexto colombiano del siglo XIX y principios del XX. La fisiopatología, que lograba explicar los síntomas y los signos por las alteraciones funcionales a partir de muestras de laboratorio, no tuvo tanta importancia sino hasta el siglo XX. Y finalmente, la etiopatología, que describía a las enfermedades como algo causado por agentes ajenos al organismo, tuvo mayor influencia que la fisiopatología, pero en menor medida comparándola con la anatomoclínica²⁴.

²² Luciano López, Doris Rueda y Jorge Suarez, “Historia institucional y terapéutica del Hospital Mental de Antioquia en sus 125 años, 1878-2003”. Proyecto de investigación HOMO – UdeA. 2007: 13.

²³ Luciano López, Doris Rueda y Jorge Suarez, “Historia institucional y terapéutica del Hospital Mental de Antioquia en sus 125 años, 1878-2003”. Proyecto de investigación HOMO – UdeA. 2007: 15.

²⁴ Jorge Andrés Suarez Quirós, *Manuel Uribe Ángel 1822-1944 “promover y difundir” Biografía de un modernizador antioqueño* (Medellín: Pulso y Letra, 2021), 96-97.

Durante su permanencia en París, Lázaro Uribe Cálad complementó sus estudios. Allí se aprendía sobre modelos de edificación hospitalaria, nuevas técnicas de intervención hacia las enfermedades y la organización de los médicos en establecimientos manicomiales²⁵; lo que posibilitó que su dirección en el Manicomio Departamental de Antioquia se caracterizara por los conocimientos psiquiátricos, principalmente franceses y que habían tomado relevancia finalizando el siglo XIX.

Es necesario partir desde el ámbito social y cultural para poder encontrar una explicación a la locura, pues la mejor definición de este término se localiza en la transgresión del sujeto a los límites establecidos en la sociedad a la que pertenece, ya que si se violan los estamentos de normalidad o moralidad; se busca aislar o contener a los alienados para así garantizar la protección de los demás miembros de una comunidad. Esto se evidencia en múltiples historias clínicas encontradas en el archivo del Hospital Mental de Antioquia que en sus observaciones del día de entrada o en el certificado médico, describen que la persona debe ser encerrada ya que representa un peligro para la sociedad debido a conductas inmorales. Por su parte, en el momento en que el alienado puede trabajar o ser de utilidad para la sociedad, se le daba la salida del establecimiento.

1.2. Manicomio Departamental de Antioquia

Antes de hacer alusión a la fundación del Manicomio o casa de enajenados como se conoció en los primeros años el Hospital Mental de Antioquia, es necesario comprender el contexto social y cultural de la segunda mitad del siglo XIX en Medellín, pues es en este que surge la necesidad de crear un lugar de contención para las personas que no encajaban en los ideales de urbanización que estaban tomando fuerza en la ciudad y que, además, gobernarían las primeras décadas del siglo XX.

²⁵ Dina María Herrera Marín, “Biografía de un alienista: Lázaro Uribe Cálad 1920-1946”. Tesis de maestría, Universidad de Antioquia, Medellín, 2015: 73.

Es así como se debe partir del proceso de urbanización en el departamento de Antioquia, que gracias al acelerado desarrollo en la explotación minera, fue obligado a plantearse nuevos modelos técnicos y científicos que aún no se veían en el país y que, justamente llegaron de la mano de extranjeros, generando aportes académicos y culturales que favorecieron la creación del proceso de urbanización de Medellín²⁶. Y es que para comienzos del siglo XX, Medellín se había convertido en uno de los principales centros económicos del país, lo que posibilitó una concentración demográfica y económica con unas nuevas dinámicas sociales y culturales que estaban transformando la ciudad y necesitaban ser controladas, por lo cual se iniciaron proyectos municipales para intervenir en el desplazamiento de la población hacia la capital, y los problemas de higiene y salubridad que se estaban gestando a nivel urbano²⁷. Además, el pensamiento europeo influyó como ejemplo para la creación de diversas instituciones en el territorio colombiano, y el ámbito de la medicina no fue la excepción.

Los médicos intentaban motivar a las autoridades antioqueñas para la regulación de la salubridad e higienización en la ciudad. Para esto se tomaron medidas que ya se habían establecido en Europa a finales del siglo XVII y que mejoraron de manera significativa varios aspectos de la vida cotidiana. En Medellín estas medidas empezaron a instaurarse durante el siglo XIX y cobraron mayor fuerza después de la creación de la Academia de Medicina en 1887²⁸, gracias a la búsqueda por una mejora en las condiciones higiénicas de la ciudad en general y de la salud de los habitantes. Además, se realizaron algunas recomendaciones con el fin de prevenir enfermedades, infecciones y situaciones adversas.

²⁶ Fabio Botero Gómez, *Cien años de la vida en Medellín. 1890-1990* (Medellín: Universidad de Antioquia, 1998), 84.

Respecto a este tipo de influencias sobre el urbanismo de Medellín, puede consultarse: Luis Fernando González Escobar, *Medellín, los orígenes y la transición a la modernidad: Crecimiento y modelos urbanos 1775 – 1932* (Medellín: Universidad Nacional de Colombia, 2007).

²⁷ Álvaro León Casas Orrego, “Desplazamiento y aislamiento. Alienados mentales en la ciudad de Medellín. 1878-1930”, *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* vol. 60 no 2(2008): 121.

Sobre el fenómeno de migración a ciudades en el contexto antioqueño, se puede consultar: Karim León Vargas y Sandra Patricia Ramírez Patiño, *Del pueblo a la ciudad. Migración y cambio social en Medellín y el Valle de Aburrá, 1920 – 1970* (Medellín: Universidad de Antioquia, 2013). Y para el desarrollo económico en Antioquia, véase: Roger Brew, *El desarrollo económico de Antioquia desde la Independencia hasta 1920* (Medellín: Universidad de Antioquia, 2000).

²⁸ Jorge Andrés Suárez Quirós, *Manuel Uribe Ángel 1822-1944 “promover y difundir” Biografía de un modernizador antioqueño* (Medellín: Pulso y Letra, 2021), 103.

En las primeras décadas del siglo XX en Colombia, se popularizó el discurso degeneracionista y los factores de carácter hereditario, climático y geográfico para dar explicación a las enfermedades mentales y la criminalidad. Estas teorías ganaban validez científica gracias a personajes como el ya mencionado médico austriaco Bénédict Morel, quien había desarrollado en 1857 “El tratado de las degeneraciones físicas, intelectuales y morales de la especie humana”²⁹ y tres años después “El tratado de las enfermedades mentales”³⁰. Inclusive, Morel dio una explicación a la degeneración a partir de la religión, pues consideraba que la creación del hombre era perfecta y, por lo tanto, si lo perfecto sufre algunas desviaciones, terminará degenerándose. Asimismo, creía que el alcohol y el uso de las drogas eran factores determinantes en el curso de las enfermedades relacionadas a la degeneración del cuerpo y de la mente³¹.

Es por esto por lo que pequeñas anomalías de carácter, la holgazanería, la irritabilidad o estado neurasténico, fatiga, excitabilidad nerviosa, toxicomanías como alcoholismo y uso de drogas, conductas inmorales y desvíos del comportamiento, se consideraban locura. Se pretendía controlar estas problemáticas a partir de normas sociales, para lo cual resultó ser sumamente adecuada la fundación del Manicomio pues, la emergencia de la psiquiatría, ya como una especialidad médica³², posibilitó el funcionamiento de la higiene pública como medicina y, además, favoreció el saber, la prevención y la curación eventual de la enfermedad mental como precaución social, absolutamente necesaria si se querían evitar peligros ligados a la locura³³.

²⁹ Bénédict Auguste Morel, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine: text and atlas* (Francia: Arno Press, 1857).

³⁰ Bénédict Auguste Morel, *Traité des maladies mentales* (Francia: V. Masson, 1860).

³¹ Dina María Herrera Marín, “Biografía de un alienista: Lázaro Uribe Cálad 1920-1946”. Tesis de maestría, Universidad de Antioquia, Medellín, 2015: 12.

³² Es a partir del primer tercio del siglo XX que la Psiquiatría empezó a considerarse una especialidad médica, reemplazando esa concepción de ciencia especial o alienismo de la cual se había valido durante el siglo XIX. Para profundizar véase: Adolfo Vásquez Rocca, “Foucault; ‘Los anormales’ una genealogía de lo monstruoso. Apuntes para una historiografía de la locura”, *Nómadas. Critical Journal of Social and Judirical Sciences* 34, no. 2(2012): 1-19.

³³ Ver: Adolfo Vásquez Rocca, “Foucault; ‘Los anormales’ una genealogía de lo monstruoso. Apuntes para una historiografía de la locura”, *Nómadas. Critical Journal of Social and Judirical Sciences* 34, no. 2(2012): 4.

La Iglesia Católica en Colombia ha jugado un papel fundamental en cuanto a control. En 1868 se trasladó la sede de la diócesis de Santa Fe de Antioquia a Medellín y en 1902 fue declarada Arquidiócesis. Esto repercutió en los registros que generalmente eran realizados por la Iglesia, como, por ejemplo, actas de nacimiento, defunciones, actas matrimoniales, etc. Tanto era su poder que, en muchas ocasiones, se privilegiaba lo religioso antes que lo estatal, como se mostrará más adelante con las Hermanas de la Caridad y sus labores en el Manicomio Departamental de Antioquia, pues ellas se encargaban de la administración del Manicomio.

Los orígenes del Hospital Mental de Antioquia se remontan a la segunda mitad del siglo XIX, época marcada por las guerras civiles producto del proceso paulatino de independencia y la formación del Estado-Nación. En aquel momento, al no existir políticas gubernamentales que atendieran las dificultades sociales que aquejaban a la ciudad, la espiritualidad jugó un papel fundamental, pues es a partir de la caridad que los proyectos de creación de establecimientos para la asistencia de mendigos, prostitutas, locos, enfermos, indigentes, reclusos, huérfanos, entre otros; estaban en manos de personas de buen corazón y que, en unión con la Iglesia, formaron instituciones encargadas de velar por los segregados de la sociedad³⁴.

En 1873 la Sierva de Dios María de Jesús Upegui Moreno fundó la Casa de Enajenados, la cual abrió sus puertas un año después, gracias al apoyo que encontró por parte de las administraciones municipales que ya tenían en su agenda política la beneficencia y la creación de instituciones que prestaran un servicio a la comunidad. En 1879 fue elegida directora de la Casa de Enajenados debido a sus esfuerzos en velar por el bienestar de los asilados e incluso, en el pago de los empleados que había en el hospital, pues existen registros

³⁴ María Catalina Nicolls Vélez, *Compendio histórico y biográfico de la Sierva de Dios María de Jesús Upegui Moreno y su época* (Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana, 2017), 55.

de la constante preocupación por el déficit de recursos para el asilo en la correspondencia de la Sierva de Dios con el presidente de la Corporación Municipal³⁵.

Sin embargo, no fue hasta el 13 de abril de 1878 que la Corporación Municipal de Medellín mediante un acuerdo, dispuso la creación de un “hospital para locos”, el cual en sus inicios funcionaba en la barranca del Convento (lo que actualmente es entre Palacé y Junín), después se trasladaría al cruce de la calle Pichincha con la carrera de Pascasio Uribe; luego estuvo ubicado en la calle Maracaibo con Girardot y, por último, en la Avenida La Playa con carrera Córdoba, (ahí se encuentra en este momento el Palacio de Bellas Artes). En 1881 se tomó mayor consciencia sobre las pésimas condiciones en las que funcionaba la Casa de Enajenados por lo cual, en 1882 se fundó el Manicomio de Antioquia³⁶ y a su vez, se incorporó la Casa de Enajenados a esta nueva institución, autorizando la remisión de los enajenados de todos los municipios del departamento, esperando obtener mayores ingresos para el funcionamiento del establecimiento³⁷.

Una década después se inauguró el Manicomio Departamental de Antioquia, se había trasladado para las afueras de la ciudad, en el alto de Bermejil, incluyendo los 39 asilados que había en el momento. El director en aquella época fue el Doctor Tomás Quevedo Restrepo, su síndico Wenceslao Barrientos y como administradora: María de Jesús Upegui³⁸. En 1898 la dirección pasaría al Doctor Ricardo Escobar Ramos, quien ocuparía este cargo hasta 1905, donde sería sustituido por las Hermanas de la Caridad, quienes se hicieron cargo de la dirección hasta 1914 que asumió el puesto el Dr. Juan B. Londoño. Su paso por el

³⁵ Ibidem, 108.

³⁶ El Manicomio de Antioquia se fundó mediante la ley 127 del 17 de marzo de 1882 del Concejo de Medellín y pasó a tener un carácter departamental tras la Ordenanza no 24 del 27 de julio de 1888, que además cedía la administración del establecimiento a las Hermanas de la Caridad. Para profundizar véase: María Catalina Nicolls Vélez, *Compendio histórico y biográfico de la Sierva de Dios María de Jesús Upegui Moreno y su época* (Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana, 2017).

³⁷ María Catalina Nicolls Vélez. *Compendio histórico y biográfico de la Sierva de Dios María de Jesús Upegui Moreno y su época* (Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana, 2017), 62.

³⁸ Alejandro Salazar Bermúdez, “Una reforma psiquiátrica que nunca lo fue: Colombia y el caso del Manicomio Departamental de Antioquia, 1920-1946”. En: Andrés Ríos Molina y Mariano Rupertuz (coord.), *De manicomios a instituciones psiquiátricas. Experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX* (Universidad Autónoma de México, Madrid: Editorial Sílex, 2022), 502.

Manicomio fue muy relevante porque comenzó a llevar una estadística de los pacientes que ingresaban al asilo; sin embargo, en 1918 fue nombrado Director de Instrucción Pública del Departamento de Antioquia y sería reemplazado por el médico auxiliar del manicomio: Jorge Tobón. Dos años después, tras su fallecimiento, la Gobernación de Antioquia nombró director al Dr. Lázaro Uribe Cálad³⁹, quien permanecería en el cargo durante 26 años, y posterior a ello, continuaría apoyando al establecimiento como Médico Consultor del Manicomio.

1.3. Gestión de Lázaro Uribe Cálad en el Manicomio Departamental de Antioquia (1920-1946)

Tras la muerte del Dr. Jorge Tobón Castilla, el Doctor Lázaro Uribe Cálad se posesionó en el puesto de director del Manicomio Departamental de Antioquia y con ello, instauró un modelo de atención y funcionamiento del establecimiento a partir del pensamiento alienista, además él ya estaba familiarizado con algunas labores del asilo puesto que en 1918 participaba como médico auxiliar. Los pacientes estarían allí para contención y prevención, más que para curación, pues esta no era el objetivo fundamental, sino más bien, “darlos de baja”⁴⁰ en el momento en que podían realizar una función útil a la sociedad y no representarían peligro para sus familias o la población en general.

Su dirección estuvo caracterizada por el estrecho lazo que existía con las Hermanas de la Caridad, quienes realizaban las labores administrativas del Manicomio, además estaban encargadas del pabellón femenino, del cuidado de los pacientes e incluso del personal de apoyo, del aseo y del establecimiento en general. Las Hermanas de la Caridad estuvieron inmiscuidas en estas labores hasta el final de la dirección de Uribe Cálad. En algunas historias

³⁹ Ibidem. 506.

⁴⁰ Dar a un paciente “de baja” es la forma en que Lázaro Uribe Cálad hacía referencia a la salida del paciente del Manicomio. Esto se encuentra en muchas de las historias clínicas ubicadas en el Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional sede Medellín, Fondo Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia HOMO.

clínicas existen una especie de diarios hechos a mano, que parecieran ser las descripciones de las Hermanas respecto a la salud y a la vida cotidiana de los pacientes en el Manicomio.

Los constantes reclamos por las condiciones en las que se encontraba el Manicomio y los pocos recursos que se destinaban para este y que habían sido quejas recurrentes desde la fundación del asilo, continuaron siendo manifestadas por parte de la nueva dirección, pues existían situaciones de hacinamiento de los pacientes⁴¹, aumentaba la cantidad de enfermos lo que ocasionaba mayores probabilidades de epidemias al interior de la instalación, no se contaba con agua potable, a pesar de solicitarse continuamente la instalación de una tubería de hierro y la purificación del agua por diferentes métodos⁴²; esto llevó a que diversos pacientes murieran en el Manicomio debido a la “diarrea final de los enajenados”⁴³, sumado a lo anterior, se encuentra la mala alimentación que tenían en el asilo y también la poca seguridad, ya que diversos pacientes se fugaban o terminaban suicidándose dentro de la institución⁴⁴.

Uribe Cálad empleaba los métodos piroterápicos para el tratamiento de los pacientes, entre ellos se encuentran: la malarioterapia, utilizada para contrarrestar los efectos de la parálisis general progresiva (PGP) y consistía en utilizar la fiebre causada por la malaria a partir de otro paciente con paludismo, y a su vez, se usaba la quinina para disminuir los efectos de la fiebre. La inyección de trementina o “absceso de fijación” fue uno de los más practicados, servía para calmar las agitaciones maníacas o esquizofrénicas. Los trastornos histéricos se trataban con la cardiozoterapia, ocasionando convulsiones que llevaban al mejoramiento del paciente. A partir de 1944 se introdujo la terapia electroconvulsiva, el

⁴¹ En la historia clínica 1765 se relata como un dormitorio es compartido por 25 asilados, esto se da en el año 1937. Para profundizar véase: LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 1765.

⁴² Alejandro Salazar Bermúdez, “Una reforma psiquiátrica que nunca lo fue: Colombia y el caso del Manicomio Departamental de Antioquia, 1920-1946”. En: Andrés Ríos Molina y Mariano Ruperthuz (coord.), De manicomios a instituciones psiquiátricas. Experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX (Universidad Autónoma de México, Madrid: Editorial Sílex, 2022), 514.

⁴³ En múltiples historias clínicas se encuentra como razón de muerte la “diarrea final de los enajenados” debido a enfermedades gastrointestinales causadas por el déficit de salubridad en el lugar.

⁴⁴ Dina María Herrera Marín, “Biografía de un alienista: Lázaro Uribe Cálad 1920-1946”. Tesis de maestría, Universidad de Antioquia, Medellín, 2015: 106.

electroshock se usó para los síndromes depresivos y para la esquizofrenia. El Dr Eduardo Vasco destaca la piretoterapia y la labor del director del manicomio afirmando:

“El profesor Uribe Cálad, quien realiza entre nosotros una labor tan intensa como callada, pudiera citar un número apreciable de casos en los cuales no sólo ha sido posible reconstruir la unidad mental perturbada, sino también transformar en algunas ocasiones el temperamento individual. Lo mismo pueden atestiguar varios especialistas de la capital y del resto de la república”⁴⁵.

El cambio fundamental que dio tanta relevancia a su dirección se dio con el inicio de la escritura de las historias clínicas, pues desde la fundación del Manicomio, no se había llevado un registro sobre los asilados, sólo hasta 1914 que el Dr. Juan B. Londoño empezó a realizar una estadística de los pacientes que ingresaban al establecimiento. Adicionalmente, se definió el personal que debía conformar el equipo de trabajo para la institución: un director alienista, encargado de la administración y la asistencia médica, un médico general para tratar a los pacientes con enfermedades intercurrentes y que reemplazara 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 Hermanas de la Caridad para velar por el cuidado, la dirección y administración del lugar⁴⁶.

Durante los 26 años de dirección del Dr. Uribe Cálad puede evidenciarse la transformación que sufrió el establecimiento pues, él sentó unas bases fundamentales para el tratamiento y el cuidado de los asilados; y a su vez, se expone la complejidad que tuvo la institución para convertirse en un hospital debido a las condiciones insuficientes y al abandono estatal que siguió siendo una constante en la primera mitad del siglo XX. Debe tenerse en cuenta que, al principio, era un lugar más de contención que de curación. El mismo

⁴⁵ Eduardo Vasco, *Temas de higiene mental, educación y eugenesia* (Medellín: Tip. Bedout, 1948), 75.

⁴⁶ Archivo Histórico de Antioquia, “Informe del Director del Manicomio Departamental sobre el año de 1922” pág: 115-116. En: Alejandro Salazar Bermúdez, “Una reforma psiquiátrica que nunca lo fue: Colombia y el caso del Manicomio Departamental de Antioquia, 1920-1946”. En: Andrés Ríos Molina y Mariano Ruperthuz (coord.), *De manicomios a instituciones psiquiátricas. Experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX* (Universidad Autónoma de México, Madrid: Editorial Sílex, 2022), 508.

director decía que “*el manicomio fue un 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*”⁴⁷

1.4. Nosología para los alienados

La clasificación de enfermedades psicopáticas en aquella época para Latinoamérica, correspondía a una propuesta por la Sociedad Brasileira de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal en la primera conferencia Latinoamericana de Neurología, psiquiatría y Medicina Legal; y a pesar, de ser una de las clasificaciones más detalladas, no tuvo mayor aceptación por parte de la academia; por lo cual, cada quien, terminaba adaptando las clasificaciones, de acuerdo con su línea de investigación o de observación de sus pacientes⁴⁸.

Es así como Lázaro Uribe Cálad al no encontrar una clasificación universal o alguna que se adaptara de manera eficiente a los pacientes tratados en el asilo, terminó creando su propia nosología en la cual, empezó a tomar poco de cada una y se ciñó en parte a la escuela francesa y al conocimiento que iba adquiriendo durante sus años de práctica en el Manicomio Departamental de Antioquia; en la monografía de Carlos E. Córdoba, dirigida por el director alienista se expone una estadística manicomial que va de 1920 a 1935, e incluye la nosografía utilizada en el recinto, siendo la siguiente:

- **Manías (aguda, periódica o intermitente y crónica):** En términos generales, se refiere a la inestabilidad mental, el alejamiento social, la desconfianza y la falsedad del juicio. La manía aguda es la más frecuente y la de más fácil recuperación; La periódica o intermitente, hace alusión a las recaídas debido a la inestabilidad del

⁴⁷ Archivo Histórico de Antioquia, “Informe del Director del Manicomio Departamental sobre el año de 1927” pág: 37. En: Alejandro Salazar Bermúdez, “Una reforma psiquiátrica que nunca lo fue: Colombia y el caso del Manicomio Departamental de Antioquia, 1920-1946”. En: Andrés Ríos Molina y Mariano Ruperthuz (coord.), De manicomios a instituciones psiquiátricas. Experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX (Universidad Autónoma de México, Madrid: Editorial Sílex, 2022), 525.

⁴⁸ Carlos E. Córdoba, “Comentarios a la estadística manicomial del departamento de Antioquia”. Monografía de grado, Universidad de Antioquia, Medellín, 1937: 2.

equilibrio mental de esta forma psicopática, es decir que estos pacientes, estarán ingresando al manicomio en varias ocasiones; Finalmente, la manía crónica se presenta como un permanente desequilibrio mental, es un estado de excitación frecuente y pocos pacientes logran el restablecimiento mental⁴⁹.

Una historia clínica que puede explicitar mejor lo anterior es la 1833 de una religiosa de 34 años que ingresó al manicomio en 1929 con antecedentes hereditarios, pues su familia presentaba psicopatías, el padre era neurasténico⁵⁰: En su certificado médico consta: *“padece en la actualidad de un delirio místico, en que, como es lógico, predominan las ideas religiosas, las cuales la obsesionan hasta el punto de privarla de todo razonamiento y responsabilidad. En consecuencia creo que debe ser aislada convenientemente para ver de mejorarla⁵¹”*. Estuvo asilada poco más de un mes y se le concedió la salida debido a su recuperación, cuando se encontró más calmada, realizaba labores manuales y convivía de forma amable con otras asiladas. Asimismo, se menciona que ella no quería regresar al claustro, pareciendo esto confirmar que el enclaustramiento forzoso fue la causa de la psicosis. Reingresa nuevamente en 1937 y 1941 con delirio místico y ciclotimia⁵²; se expone la estrecha consanguinidad de sus padres, que eran primos hermanos.

- **Hipomanía:** Hace alusión a personas con manifestaciones de excitación que no son suficientes para aislarlos porque tienden a la actividad extrema, inquietud, y desasosiego que puede resultar intolerable; su pronóstico es favorable ya que han sido sorprendidos en un momento de máxima actividad mental⁵³.
- **Manías depresivas:** O modalidad maniaco – depresiva, también conocida como locura circular, se refiere a la inestabilidad permanente, caracterizada por sus síntomas principales, ya sea excitación o depresión, es una balanza constante entre ambos síntomas, en caso de intermitencia, se concede la salida⁵⁴.

⁴⁹ Ibidem: 52.

⁵⁰ La neurastenia se refiere a la depresión e inestabilidad emocional.

⁵¹ LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica: 1833.

⁵² La ciclotimia hace referencia a cambios de humor, similar a un trastorno bipolar pero menos extremo.

⁵³ Carlos E. Córdoba, “Comentarios a la estadística manicomial del departamento de Antioquia”. Monografía de grado, Universidad de Antioquia, Medellín, 1937: 54.

⁵⁴ Ibidem: 56.

- **Lipemanía o Melancolía (simple, depresiva, delirante, ansiosa, hipocondríaca, involutiva e intermitente):** Abarca algunas paranoias, melancolías e histeria; consiste en la tristeza, se puede presentar en diferentes etapas de la vida y generalmente, el pronóstico es sombrío⁵⁵.
- **Psicastenia:** Se caracteriza por las fobias y los pensamientos obsesivos, su pronóstico es muy bueno y hasta 1935 no se encontraron historias clínicas que hayan presentado recaídas para esta modalidad⁵⁶.
- **Psicosis confusional o Confusión mental (simple, delirante, con estupor y con excitación):** Sus causas son casi todas infecciosas o tóxicas, y pueden ser agudas o crónicas; las condiciones de salud física de los pacientes son lamentables aumentando la mortalidad⁵⁷.

En 1933 ingresó un hombre de 48 años con diagnóstico de confusión mental con excitación, tenía perturbaciones mentales consistentes en la manía de pagar grandes deudas con monedas de cinco centavos, creyendo que valían cinco pesos oro y que se las habían regalado las ánimas, por lo cual se consideraba millonario. La causa parecía ser un baño muy de madrugada y acalorado o, consecuencia de una alimentación insuficiente acompañada de mucho trabajo. En la descripción de su físico figura: “*Deja mucho que desear y se sospecha tuberculoso[...]* *Muy enflaquecido*”⁵⁸. Dando cierta validez a la segunda teoría. Además, se incluye información sobre su cotidianidad en el asilo exponiendo que, al acentuarse la calma, se empezó a ocupar en algunas labores de la casa, tales como: la cocina, asistencia de los enfermos, labores agrícolas en la huerta, etc. Al desempeñar correctamente estas labores y reclamar su salida, se le concede, durando poco menos de un mes en el manicomio⁵⁹.

- **Paranoyas (delirio sistematizado progresivo de persecución, delirio religioso, delirio de los débiles mentales, delirio celoso, delirio erótico, delirio alucinatorio):** Comprende diversas formas de delirios, los cuales pueden presentarse

⁵⁵ Ibidem: 66.

⁵⁶ Ibidem: 67.

⁵⁷ Ibidem: 73.

⁵⁸ LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica: 2920.

⁵⁹ Ibidem.

en cualquier etapa de la vida y la mayoría de los casos son de larga duración, casi no tienen complicaciones y pocas veces es mortal, el pronóstico no es favorable⁶⁰.

Para el diagnóstico de delirio erótico se encuentra una mujer soltera, de 20 años y dedicada a los oficios del hogar, que ingresó en 1933 por perturbaciones mentales consistentes en delirios amorosos, pues cuando estaba en presencia de un hombre pretendía besarlo y abrazarlo. Se creía que la causa fue por un desengaño amoroso: “*a consecuencia de amor sufrido por un hombre que la enamoró sin intenciones de casarse con ella...peligrosa porque está muy cerca de dar escándalos obscenos*”⁶¹. En esta historia clínica existe una nota que expresa la dificultad de darle salida del establecimiento debido a que su padre ha estado rehuyendo el deber de encargarse de su hija, por lo que tuvieron que valerse de la autoridad para obligarlo a realizar alguna gestión al respecto.

- **Demencia precoz o esquizofrenia:** Se describe con un pronóstico funesto por ser una entidad psicopática que anula al ciudadano para todos sus actos, y haciéndolo excesivamente perjudicial al medio social, al familiar y hasta para sí mismo⁶².
- **Psicosis hiperemotiva:** Para 1935 sólo se habían presentado dos casos de esta aflicción, por lo cual no se tiene información suficiente al respecto. Ambos pacientes salieron curados, la evolución fue sumamente rápida y su pronóstico, muy bueno⁶³.
- **Psiconeurosis histérica:** Conocida también como histeria, pitiatismo o mitoplastia; es más recurrente en las mujeres, creyéndose que las coqueterías y la tendencia a mentir son las causas, se presenta de manera intermitente⁶⁴.

En 1934 ingresó una paciente de 21 años con perturbaciones mentales consistentes en alucinaciones visuales y auditivas, lo que provocaba accesos furiosos en los que la paciente se golpeaba contra las paredes, además tenía negativismo alimenticio. Sus manifestaciones

⁶⁰ Carlos E. Córdoba, “Comentarios a la estadística manicomial del departamento de Antioquia”. Monografía de grado, Universidad de Antioquia, Medellín, 1937: 79.

⁶¹ LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica: 2911.

⁶² Carlos E. Córdoba. “Comentarios a la estadística manicomial del departamento de Antioquia”. Monografía de grado, Universidad de Antioquia, Medellín, 1937: 82.

⁶³ Ibidem: 83.

⁶⁴ Ibidem: 86.

comenzaron luego de un parto y se internó porque se consideraba un peligro para su familia, pues en ocasiones, atentaba contra ellos. En su historia clínica se relata que su comportamiento es muy bueno y no hay trastornos mentales que anotar, sin embargo: “*alguna vez presentó una crisis de nervios que fue calificada por el médico interno como un ataque histérico que a su turno provocó en su compañera y paisana una crisis semejante. Amenazadas ambas con el remedio de la Casa mejoraron y no volvieron a presentar crisis alguna*”⁶⁵. Adicionalmente existe una nota en la que se explica que en casos como el que se presentó con ambas asiladas, se le hace creer a los pacientes que se les pondrá un hierro candente con las letras M.D. (Manicomio Departamental)⁶⁶.

- **Psicosis epiléptica:** Se considera que los pacientes con esta modalidad psicopática son altamente perjudiciales para la sociedad, ya que durante sus crisis son peligrosos para sus parientes, amigos, particulares o para sí mismos, pues en estado de enajenación, se han registrado crímenes atroces. La constitución física de los pacientes que la padecen se caracteriza por ser atléticos, poseer fuerza asombrosa y una mentalidad rudimentaria⁶⁷.
- **Psicosis tóxicas: exo – tóxicas (toxicomanías: alcohólica, morfínica, heroínica, cocaínica, etc. Endotóxicas: urémica, diabética, gravídica):** Las toxicomanías suelen ser más frecuentes en los hombres, y la más frecuente en la mujer, es la puerperal; debido al traumatismo por el parto. Algunas psicosis encuentran su causa en infecciones como el paludismo, reumatismo, fiebre tifoidea, meningitis, etc. Suele curarse con la desaparición de la enfermedad y su mortalidad depende de la edad del paciente⁶⁸.

En 1934 ingresó al manicomio por voluntad propia un hombre de 35 años que necesitaba aislarse para curar su morfínomanía, en su historia clínica dicta: “*Destetado por el procedimiento rápido con reacciones psíquicas y somáticas, aunque intensas, pasajeras.*”

⁶⁵ LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica: 3066.

⁶⁶ Ibidem.

⁶⁷ Carlos E. Córdoba, “Comentarios a la estadística manicomial del departamento de Antioquia”. Monografía de grado, Universidad de Antioquia, Medellín, 1937: 90.

⁶⁸ Ibidem. 102.

*Rápidamente restablecido; y sometido a un tratamiento de restablecimiento por la estricnina y glicerofosfatos con muy buen resultado. Este enfermo revela un fondo moral y una aspereza de trato que hacen pensar en una probable recaída*⁶⁹. Se le concedió la salida dos meses después y no existe otro registro de él en el Manicomio, parece ser que no recayó. En este tipo de diagnóstico, la recaída solía ser recurrente.

- **Parálisis general progresiva:** Es un estado de la sífilis que lleva a la demencia. Su pronóstico es desfavorable, ya que tiene alta mortalidad y su tratamiento es la malarioterapia; la cual sólo puede realizarse a pacientes con un estado físico más o menos bueno, pues la inoculación de la fiebre resultaría desfavorable de no contar con una reposición física⁷⁰.
- **Degeneración psíquica u oligofrenia (perversión constitucional, imbecilidad e idiotez):** Agrupa a los degenerados mentales, débiles mentales, imbéciles e idiotas; considerados con inferioridad mental en cualquiera de sus formas. Casi siempre es congénita y de larga duración⁷¹.
- **Demencia senil, presbiofrenia:** Esta modalidad es exclusiva de pacientes con edad avanzada, es de larga duración y está acompañada de complicaciones debido a la edad; el pronóstico no es positivo, pues es poco probable una evolución en el paciente. Es recurrente la salida del establecimiento al ser retirados por su familia; la mayoría de las veces para morir en sus casas y acompañados de sus allegados⁷². Tal es el caso de un hombre de 107 años que ingresó en 1929, afectado de enajenación mental, se volvió peligroso para su familia por golpear a una de sus hijas y por tener tendencias incendiarias, ya que le prendía fuego a la ropa e intentaba incendiar el lugar en que vivía. En su historia clínica expone: *“Era simplemente un anciano en estado franco de decrepitud, al cual hubo que prestar cuidados en su calidad de inválido más que de alienado”*⁷³. Lo anterior afianza más la condición del manicomio como un lugar de contención, donde no podía ser una prioridad la curación de los pacientes debido

⁶⁹LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica: 2971.

⁷⁰Carlos E. Córdoba, “Comentarios a la estadística manicomial del departamento de Antioquia”. Monografía de grado, Universidad de Antioquia, Medellín, 1937: 108.

⁷¹Ibidem. 117.

⁷²Ibidem. 122.

⁷³LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica: 1863.

a las adversidades que se presentaban en el establecimiento, pues los tratamientos casi que se limitaban al asilamiento y la contención⁷⁴.

Se presentaba también casos donde el diagnóstico era sin manifestaciones psicopáticas, se creía que era porque los pacientes eran simuladores, generalmente sindicados por crímenes que buscaban librarse de la condena; o personas que mostraban crisis de corta duración, como el caso de un hombre de 33 años, que ingresó al asilo en 1933, el primer día se presentó con un estado poco usual, pues se encontraba silencioso y moviéndose de un lugar para otro y después, se mostró tranquilo aunque sorprendido de estar asilado; en el tiempo de observación, se ocupó como ayudante de enfermería, mostrándose siempre diligente, comedido y de trato afable por lo cual, se le concedió la salida. Tiempo después ingresaba nuevamente, por las mismas circunstancias y al no presentar manifestaciones de enajenación, volvió a salir⁷⁵.

En las historias clínicas se evidencia la importancia que se le daba a la ascendencia, pues uno de los ítems registrados fue el de antecedentes hereditarios; y se consideraba que era una de las causas más frecuentes en las psicopatías, como también los antecedentes personales, aunque estos sólo eran relevantes si se habían presentado infecciones⁷⁶. Asimismo, se expone la vida cotidiana de los pacientes, los cuales eran ocupados en diversas labores para la institución, pues se buscaba que después de “dárseles de baja” pudieran ser de utilidad en la sociedad y ya no representaran un peligro para esta. El objetivo era proveer su curación, sin embargo, las deficientes condiciones que se vivían en el manicomio, permitían poco más que un aislamiento.

⁷⁴ Luciano López, Doris Rueda y Jorge Suarez, “Historia institucional y terapéutica del Hospital Mental de Antioquia en sus 125 años, 1878-2003”. Proyecto de investigación HOMO – UdeA. 2007: 42.

⁷⁵ LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica: 2712.

⁷⁶ Carlos E. Córdoba, “Comentarios a la estadística manicomial del departamento de Antioquia”. Monografía de grado, Universidad de Antioquia, Medellín, 1937. 11.

1.5. Últimos años de Lázaro Uribe Cálad en el Manicomio Departamental de Antioquia

Tras la renuncia del Dr. Lázaro Uribe Cálad a la dirección del manicomio en 1946, se nombró al Dr. Carlos Obando Tobón para reemplazarlo en el puesto, quien además llevaba trabajando como médico auxiliar desde 1926, y conocía el funcionamiento de la institución. Uribe Cálad pasó a tener un nuevo nombramiento para que continuara prestando sus servicios en el establecimiento, como él se pensionó y presentó su renuncia, la Gobernación de Antioquia creó un nuevo cargo, el cual era Médico Consultor del Manicomio y el perfil profesional del cargo sólo lo cumplía dicho personaje. Entre los requisitos para el empleo se encontraban: ser médico titulado, ser mayor de 70 años y haber desempeñado el cargo de Director del Manicomio Departamental de Antioquia, por lo menos 25 años. Este cargo le fue otorgado y lo desempeñaría hasta su muerte en 1961⁷⁷.

El Manicomio se transformó radicalmente gracias al nuevo director, quien buscaba la profesionalización psiquiátrica, por lo cual, siguió los discursos teóricos de la higiene mental y la educación desde la infancia, como también buscaba cambiar la perspectiva que se tenía frente al enfermo mental, pues en uno de los informes mencionaba que debía considerarse “como una personalidad humana y digna que conserva casi siempre cierta noción de sí mismo y cierta capacidad de sufrimiento”⁷⁸. Además, se realizaron varias peticiones para ampliar el establecimiento ya que la última ampliación había sido en 1936 y estaban ingresando más asilados de los que se preveía, además se empezó a contratar un personal más cualificado. Él renunció en 1953 debido a los enfrentamientos que tenía por intentar mejorar las condiciones

⁷⁷ Alejandro Salazar Bermúdez, “Una reforma psiquiátrica que nunca lo fue: Colombia y el caso del Manicomio Departamental de Antioquia, 1920-1946”. En: Andrés Ríos Molina y Mariano Ruperthuz (coord.), *De manicomios a instituciones psiquiátricas. Experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX* (Universidad Autónoma de México, Madrid: Editorial Sílex, 2022), 526.

⁷⁸ Archivo Histórico de Antioquia, “Informe del Director del Manicomio Departamental sobre el año 1946, pág: 73. En: Alejandro Salazar Bermúdez, “Una reforma psiquiátrica que nunca lo fue: Colombia y el caso del Manicomio Departamental de Antioquia, 1920-1946”. En: Andrés Ríos Molina y Mariano Ruperthuz (coord.), *De manicomios a instituciones psiquiátricas. Experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX* (Universidad Autónoma de México, Madrid: Editorial Sílex, 2022), 527.

en el manicomio y no obtener resultados. Fue sustituido por el Neurocirujano Luis Carlos Posada quien adoptó un modelo de psiquiatría estadounidense.

En 1948 la comisión médica internacional del *Unitarian Service Committee* visitó varios establecimientos de salud en el país, incluyendo el Manicomio Departamental de Antioquia, respecto a su visita informaron sobre las pésimas condiciones que tenía la institución e incluso, la consideraron “la institución más atrasada que se haya visto”, se hizo alusión a la escasez de fondos públicos, el poco interés e iniciativa por parte del Estado y la falta de preparación que tenían las Hermanas de la Caridad. En ese momento el Manicomio Departamental constaba de 1200 pacientes y era considerado un modelo a seguir por otras instituciones⁷⁹.

A finales de ese mismo año se planeó el traslado de la institución por lo cual, la nueva construcción del edificio se llevaría a cabo en Bello, lugar que se había recomendado décadas atrás; en noviembre de ese mismo año se compró el terreno y se contrató al arquitecto Nel Rodríguez para que viajara a Estados Unidos a visitar diversos establecimientos para la creación de un plano que fuera apropiado para el nuevo hospital, este plano fue entregado en 1951.

Dos años después, con la dirección del Dr. Posada, se pugnó mucho más por realizar reformas al Manicomio por lo cual, se inició con su institucionalización, además se introdujeron psicofármacos y por fin, en 1958 se creó la Junta Administrativa que daría paso a la construcción del nuevo hospital. Para noviembre de ese mismo año se empezaron a trasladar los pacientes, al principio fueron 300 debido a que sólo se habían construido dos pabellones del Hospital Mental de Antioquia; iniciando 1961 se culminó la construcción del establecimiento y se movilizaron los 700 pacientes restantes de la sede de Bermejál, además de los que ingresaron los últimos años; fueron integrados a la nueva sede del Hospital Mental

⁷⁹ Ibidem.

de Antioquia⁸⁰. Cabe resaltar también entre los cambios realizados, la inclusión de profesionales de diversas disciplinas, el uso de nuevos tratamientos como la insulino-terapia -la cual consistía en inducir un estado de coma al paciente esquizofrénico y después se traía de regreso gracias a la glucosa⁸¹-, y la salida de las Hermanas de la Caridad en 1965. La sede de Bermejil fue entregada a la beneficencia y actualmente, allí se encuentra la Caja de Compensación Familiar de Antioquia (Comfama), creando un espacio de entretenimiento para el público en general.

⁸⁰ Ibidem: 531.

⁸¹ José María Pigem Serra, “La piroterapia, las curas de choque y asociación de métodos en psiquiatría”, *Anales de Medicina y Cirugía* vol. 18 (1945): 260-264.

2. EXPERIENCIA ARCHIVÍSTICA: LA PRÁCTICA Y SUS PROCESOS

La investigación anteriormente expuesta es producto del trabajo archivístico realizado durante la práctica profesional, requisito para obtener el título de Historiadora. Esta tuvo lugar en el Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional - sede Medellín en convenio con la Universidad Pontificia Bolivariana y su programa de Historia. Su objetivo principal se centró en la revisión, censura, inventario y aplicación de marca de agua institucional de los acervos documentales, para este caso en específico, el Fondo Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia (HOMO).

Las funciones comprendieron la censura de datos identitarios de los pacientes y sus familiares, tales como nombres y apellidos, direcciones, documentos de identidad o teléfonos; en un total de dos mil ciento noventa (2.190) historias clínicas psiquiátricas, gracias al programa de Adobe Reader DC Pro. Además, se debía realizar la aplicación de marca de agua institucional de la Universidad Nacional de Colombia a 1.500 historias clínicas psiquiátricas, digitalizadas y censuradas previamente con el programa Adobe Photoshop. Estas labores se realizaron en el Laboratorio de Fuentes Históricas haciendo uso de los equipos suministrados en el lugar.

Asimismo, se debía inventariar y recopilar información para la base de datos institucional, conformada por los documentos contenidos en ocho cajas con 664 historias clínicas en total; los datos que se tuvieron en cuenta son: el número de historia clínica, nombres y apellidos del paciente, fecha del primer y último ingreso, la cantidad de folios y el material de la historia clínica, información sobre el género, estado civil, profesión desempeñada, la edad, lugar de residencia y el diagnóstico, entre otros. Dicha base de datos está tomando forma gracias a las hojas de cálculo de Drive, en las cuales varios colaboradores ingresan la información solicitada. La matriz de la base de datos se realizó gracias al personal de gestión documental, quienes ayudaron a homologar los campos que contienen las historias clínicas y la base en general. Para esto se aplicó la norma ISAD (G) que busca garantizar la elaboración de descripciones coherentes para los documentos archivísticos, facilitar la

recuperación o el intercambio de información y posibilitar la integración de descripciones de distintas procedencias en un sistema de información.

A continuación, se ahondará un poco en el origen del Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional de Colombia – sede Medellín, en las funciones realizadas durante la práctica académica, como también en las dificultades que se presentaron en esta y en algunas curiosidades sobre el Fondo Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia (HOMO).

2.1. Laboratorio de Fuentes Históricas Universidad Nacional de Colombia - sede Medellín

El origen del Laboratorio de Fuentes Históricas se remonta a 1984, época en la que la seccional de Medellín recibió los expedientes judiciales de los juzgados vinculados a los tribunales existentes del periodo colonial en la provincia de Antioquia comprendidos entre los años 1664 a 1819, y la Antioquia republicana de 1820 a 1974. Estos manuscritos conformaron el núcleo del Archivo Histórico Judicial de Medellín⁸². Sin embargo, no fue hasta el 2008 que se originó oficialmente el Laboratorio, cuando la Facultad de Ciencias Humanas y Económicas aprobó la propuesta de su creación, integrando al Archivo Histórico Judicial de Medellín y al Centro de Memoria Histórica, encomendándoles la restauración y conservación de documentos.

Con el correr de los años, se ha buscado ampliar el acervo documental y se están conservando nuevos fondos como lo son el de las historias clínicas del Hospital Mental de Antioquia, las tesis de Medicina de la UdeA entre 1869 y 1945, los trabajos de grado de la Facultad de Ciencias Humanas y Económicas de la Universidad Nacional entre los años 2007

⁸² El AHJM comprende 16.555 expedientes entre 1663 y 1991, divididos en cuatro períodos: Colonial, Independencia, República y Contemporáneo. Está compuesto principalmente por juicios civiles y criminales, que abarcan no sólo a Medellín sino también otros lugares como Caldas, Córdoba, Valle del Cauca y Chocó. Su volumen es de 134.4 metros lineales y su código de referencia es CO.LFH.RA.001.

a 2012, el Archivo de Fabiola Lalinde y su familia⁸³, el Archivo Histórico Vamos Mujer⁸⁴ y el de Comunidades de Paz⁸⁵. Además, se encuentran catalogadas colecciones microfilmadas de prensa⁸⁶.

El personal del Laboratorio estaba conformado por el profesor Óscar Iván Calvo Isaza, doctor en Historia por El Colegio de México, coordinador general del Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional de Colombia - sede Medellín; María Mercedes Bastidas Naranjo, artista plástica de la Universidad Nacional de Colombia - sede Bogotá; José Manuel Restrepo Jaramillo, historiador de la Universidad de Antioquia, y Alejandro Salazar Bermúdez, doctor en Historia de la Universidad Nacional Autónoma de México. El equipo de trabajo se caracterizó por la calidad humana y el apoyo que ofrecía cada uno de sus miembros en las labores a desempeñar por los otros integrantes e investigadores.

2.2. Fondo Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia (HOMO)

El Fondo Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia (HOMO), consta de historias clínicas psiquiátricas, documentos donados al Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional de Colombia - sede Medellín, en dos ocasiones: la primera donación fue de más o menos 69.000 historias clínicas y tuvo lugar en el año 2008, 10 años después,

⁸³ El Fondo Fabiola Lalinde y Familia comprende documentos entre 1948 y 2018, está compuesto por 46.702 folios, 2826 fotografías en papel, 141 libros, 255 piezas de folletería, 59 disquetes, 3 discos duros externos, 151 casetes de video magnético, 46 bienes artísticos y utilitarios, entre otros. Este fondo guarda información sobre la búsqueda de Luis Fernando, hijo de Fabiola Lalinde, víctima del conflicto armado. Y Posibilita la investigación sobre temas relacionados a las luchas ciudadanas por la defensa de los derechos humanos. Su código de referencia es CO.LFH.RA.003.

⁸⁴ El Archivo Histórico Vamos Mujer Movimiento Social de Mujeres – AHVM.MSM está compuesto por 4.8 metros lineales del archivo inactivo de la corporación y 5.6 metros lineales del centro de documentación, ambos en soporte papel; además incluye un acervo audiovisual de 288 casetes de vídeo analógico en cinta magnética, 390 casetes de audio analógico en cinta magnética y 95 disquetes. También lo compone alrededor de 15.000 fotografías en papel, 1.000 filminas y 3.000 tiras de negativo fotográfico, en un periodo que abarca desde 1979 hasta 2009. Su código de referencia es CO.LFH.RA.005

⁸⁵ El Archivo Comunidades de Paz – ACP está compuesto por 1 metro lineal en soporte papel equivalente a 5824 folios y 935 fotografías. Abarca una temporalidad que va desde 1991 hasta el 2006 e incluye información sobre los desplazamientos masivos generados por la guerra entre el Estado y la insurgencia contra la población de la región del Bajo Atrato. Su código de referencia es CO.AUN.ACP.007.

⁸⁶ Página web del Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional sede Medellín

<https://cienciashumanasyeconomicas.medellin.unal.edu.co/laboratorios/fuentes-historicas/laboratorio/presentacion.html> Texto tomado de Juan David Montoya Guzmán y otros, *Historia de la Facultad de Ciencias Humanas y Económicas, 1975 – 2015* (Medellín: Editorial Universidad Nacional de Colombia, 2016), 80-83.

se llevó a cabo una nueva donación, esta última constó de 12.842 historias clínicas en total, y fue recibida formalmente por la Universidad el 4 de agosto de 2022. Gracias a estas donaciones el fondo cuenta con aproximadamente 83.000 historias clínicas psiquiátricas.

Los datos de pacientes que comprenden estos documentos van desde 1903 hasta el año 2005. Sin embargo, vale la pena aclarar que no fue hasta 1920 que se empezaron a crear las historias clínicas de los pacientes. Este fue el año en que inició en la dirección del Manicomio el doctor Lázaro Uribe Cálad. Antes de su llegada no existía un registro detallado de los pacientes ni de sus diagnósticos, sino una estadística, que sirvió para realizar unas pocas historias clínicas de pacientes que estaban internos en el año del nombramiento de Uribe Cálad, pero habían ingresado antes. Al tratarse de un archivo compuesto por historias clínicas, su consulta es restringida, pues los datos que hacen parte de estas responden a una relación de confidencialidad entre el médico y el paciente, o bien, algún tercero que tiene acceso a la información del paciente por consentimiento del mismo paciente o en casos previstos por la Ley, como bien puede ser que se identifique que los expedientes tiene un valor secundario y para este caso, su transferencia debe realizarse de acuerdo con los términos que defina el Archivo General de la Nación (AGN) y el Ministerio de Salud y Protección Social⁸⁷.

Es justamente por lo anterior que el Laboratorio de Fuentes Históricas debe censurar los datos identitarios de los pacientes y sus familiares en las historias clínicas, para así crear un repositorio virtual que contenga el Fondo Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia (HOMO) de una manera menos restrictiva y con un alcance mayor para las personas de diversas ramas de la investigación, pues datos como los que se mencionan a continuación son relevantes para múltiples disciplinas, en tanto posibilitan el estudio de algunos fenómenos sociales, etnológicos, culturales, sociológicos, psicológicos, históricos y demás. Los datos disponibles a quienes consulten este repositorio virtual serán: la edad, el género, lugar de procedencia, labor desempeñada, estado civil, fecha de ingreso y salida del establecimiento, observaciones de entrada, razón de salida, antecedentes hereditarios y personales, certificado médico que incluye estado psíquico y físico, exámenes de laboratorio,

⁸⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. *Resolución 000839 de 2017*. 23 de marzo de 2017. Hoja no. 3.

diagnóstico, pronóstico, tratamiento y resultados; e incluso, notas sobre la cotidianidad en el manicomio, entre otros.

Un estudio sobre la cotidianidad de los pacientes en el Manicomio Departamental de Medellín entre los años 1920-1946 podría ser uno de los ejemplos de investigación surgidos a partir de este archivo, pues en varias historias clínicas se relatan algunas actividades desarrolladas por los alienados. La historia clínica 3073 expone el caso de un hombre de 28 años que ingresó en 1934 y que en su certificado médico se expresa que por “*solicitud personal suya, y en carta por él mismo firmada solicita su admisión en el Manicomio con el fin de buscar medio para enmendar sus hábitos de dipsómano*”⁸⁸. Desafortunadamente esa carta no se encuentra en el expediente, pero sí se da otro tipo de información que incluye su profesión. La cual termina desempeñando en el manicomio, ya que al ser contador de profesión empezó a trabajar en los libros y las estadísticas del manicomio, demostrando con ello que sí podía ser de utilidad en una sociedad que exigía ello de los ciudadanos.

Así mismo se hallan otras historias clínicas que exponen diversas actividades de los pacientes realizadas durante su estancia en la institución, tal es el caso de un hombre oriundo de Medellín, con 46 años, internado en 1932 por tener problemas con el alcohol y otros padecimientos, luego de recibir tratamientos, *empezó a tener una reposición física muy marcada, entrando en un estado de verdadera remisión o intermitencia de su afección mental, calmado correcto y estudioso, pues se dedicó a repasar sus conocimientos musicales solicitando a su casa el envío de su clarinete y de sus cuadernos, tomando parte en el coro de la Capilla en algunas de las festividades religiosas*⁸⁹. Un caso más que da cuenta de las ocupaciones en el Manicomio es el de una mujer de 26 años, nacida en Cisneros e internada en 1927, en su historia clínica se escribe lo siguiente: *los últimos meses de su permanencia en el servicio estuvo siempre ocupada en menesteres de la casa (lavandería, cocina, etc.) en vista de su completa reposición se le dio aviso a su marido para que la retirara*⁹⁰.

⁸⁸ LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 3073.

⁸⁹ LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 2517.

⁹⁰ LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 1475.

Estos expedientes muestran cómo algunos pacientes continuaban desempeñando sus profesiones en el Manicomio, pues estas podían ser de ayuda en el restablecimiento de su condición de alienados. Además, el pensamiento de la época respondía a civilizar a la población buscando de esta manera, reinsertarlos a la sociedad y que estos pudieran ser útiles en la misma.

2.2.1. Importancia de la censura en las historias clínicas

Las historias clínicas son documentos emitidos por una entidad médica en la que se consagra de manera cronológica la información de una persona que padece una condición de salud desfavorable. En ellas se registra desde el ingreso del paciente hasta la salida del establecimiento, asimismo se exponen los tratamientos, diagnósticos, sintomatología del paciente y otros datos relevantes para quien necesite hacer uso de los informes médicos sobre la persona. Legalmente se trata de documentos privados que sólo pueden ser consultados por el paciente o su acudiente, siendo restringida su consulta por parte de terceros, a no ser con previa autorización del paciente, su acudiente o en algunos casos previstos por la Ley. Las historias clínicas también presentan información relevante sobre la naturaleza social, económica, cultural y medioambiental que rodea el contexto del paciente; y del equipo de salud o las entidades prestadoras del servicio que estuvieron involucradas en los procedimientos a realizar con el usuario.

La consulta del Fondo Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia (HOMO) es bastante restringida ya que estos documentos psiquiátricos se encuentran en estado físico, es decir que no existe una censura de los datos identitarios del paciente ni de sus familiares, por lo que la persona que los está consultando podría poner en riesgo la confidencialidad de la información expuesta en ellos. Si bien la legislación autoriza que las historias clínicas sean destruidas tras 20 años del último registro⁹¹, eso no implica que la información que está consignada en el documento pueda ser divulgada, debido a que existe una relación de confidencialidad entre la institución médica y el paciente. El no tener en cuenta esta

⁹¹ Ministerio de Salud. *Resolución número 1995 de 1999*. Artículo 15: Retención y tiempo de conservación. Hoja no. 6.

restricción vulneraría el derecho a la intimidad del individuo y de su familia, incluso si el paciente no sigue con vida, pues su familia podría verse afectada, o estigmatizada, si se exhibiesen las condiciones médicas de su familiar.

Esta situación se vuelve mucho más compleja porque el fondo del HOMO contiene historias clínicas psiquiátricas que van hasta el año 2005, pues la segunda donación emitida por el Hospital Mental de Antioquia fue en el 2018, e incluía registros recientes. Esto implica que sea muy probable que algunos pacientes continúen con vida, por lo que el investigador se compromete, a través de un pacto escrito de confidencialidad, a no divulgar los datos identitarios del paciente ni de sus familiares, como también a hacer un buen uso de la información a la que va a acceder.

Las donaciones de las historias clínicas psiquiátricas por parte del Hospital Mental de Antioquia incluyen documentos creados a partir de 1920. Esto conlleva a que muchos de ellos se encuentren en un estado sumamente delicado y su manipulación pueda involucrar un mayor daño o la pérdida total del mismo, pues algunas historias clínicas están demasiado deterioradas, el papel se halla rasgado, el contacto incluso llega a pulverizar el expediente, que en ocasiones también presenta quemaduras y tachones. Por esto, el fondo del HOMO empezó a digitalizarse, y hasta el momento cuenta con aproximadamente 8.500 historias clínicas psiquiátricas ya digitalizadas en formato PDF, que posteriormente tendrán una anonimización de datos identitarios del paciente y sus familiares para poder crearse el repositorio virtual que responderá a la necesidad de garantizar el acceso a la información por parte de quien quiera acceder a ella, sin tantas restricciones logísticas, y sin vulnerar la privacidad del paciente, ni poner en riesgo los documentos originales resguardados.

La anonimización de datos identitarios en las historias clínicas psiquiátricas hizo parte de las actividades efectuadas durante las prácticas académicas en el Fondo HOMO. La información que se censuró fue la que posibilitara divulgar los datos de identidad del paciente o de sus familiares, ejemplo de ello fueron sus nombres, direcciones, teléfonos y documentos de identificación, en caso de tenerlos registrados. Este procedimiento se desempeñó en 2.192 historias clínicas en total (HOMO_HC_001003 hasta HOMO_HC_003195). El programa

utilizado para esta labor fue Adobe Acrobat Reader DC Pro, que contiene una herramienta de censura la cual permite conservar el documento original y al mismo tiempo, el censurado.

La mayor dificultad con esta labor fue la realización de la lectura de cada historia clínica, ya que la persona encargada de la escritura no siempre fue la misma y a pesar de existir una especie de modelo para incluir la información del paciente, no se cumplía a cabalidad, pues esta la podía escribir el director alienista, el médico interno o las Hermanas de la Caridad, que se encargaban de la administración del Manicomio cuando las visitas médicas no eran constantes.

Durante el proceso de anonimización el programa Adobe Reader DC Pro solía presentar problemas cuando la historia clínica psiquiátrica constaba de más de 30 páginas e incluso, en algunas ocasiones, se cerraba y no guardaba las censuras ya realizadas. Lo anterior generaba reprocesos y retrasos en el cronograma, siendo necesario efectuar revisiones constantes en los PDF para verificar que los documentos archivados efectivamente quedaran censurados, sin embargo, esto no era tan común y generalmente, cuando sucedía, el proceso en Adobe Reader Dc Pro se guardaba.

Una historia clínica luce más o menos como lo muestran las siguientes imágenes. Para este caso se censuran con una línea negra los nombres y apellidos del paciente, la identidad del o de la cónyuge, los datos de sus padres (que generalmente van luego de “Nacionalidad” en el espacio en blanco de la parte inferior, pues no hacía parte del formato timbrado) y, en los “Antecedentes hereditarios”, los nombres de familiares que hubiesen tenido algún padecimiento o que hayan estado asilados en el Manicomio. Las hojas siguientes de una historia clínica convencional, también pueden hacer referencia a familiares, direcciones e incluso sobrenombres con los que se le conocía al paciente, por lo que se debía revisar y censurar la información restringida según el criterio pactado.

Ilustración 1 Formato HC Portada

BENEFICENCIA DE ANTIOQUIA
HOSPITAL MENTAL
MEDELLÍN

Hist. Clínica Nro _____

APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE

Casad__ con _____

PROCEDENCIA	FECHA ENTRADA	FECHA SALIDA	DIAGNOSTICO	OBSERVACIONES

92

⁹² Esta ficha se creó lo más semejante posible a las historias clínicas del Archivo Fondo Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia (HOMO) e incluye los ítems que se tenían en cuenta para la elaboración de la HC. Para esta ilustración en específico, se intentó recrear una especie de portada que incluyen las historias clínicas y que contiene las ocasiones en las que el paciente ingresa y sale del establecimiento, el nombre, el diagnóstico, su lugar de procedencia, el nombre del cónyuge y algunas observaciones.

Ilustración 2 Formato HC Contenido

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA
MEDELLÍN-MANICOMIO DEPARTAMENTAL

Nombre: _____ Edad: _____
Procedencia: _____ Raza: _____
Nacionalidad: _____ Estado civil: _____
Profesión: _____

Fecha de entrada: _____
Antecedentes hereditarios: _____

Antecedentes personales: _____

Estado actual: _____

Diagnóstico: _____
Pronóstico: _____

OBSERVACIONES

Salió el día _____ de _____ de _____ por _____

El Médico Director,

93

⁹³ Esta segunda ficha también se intentó crear lo más similar al contenido de una historia clínica, en esta se expone de forma más detallada los datos del paciente, sus antecedentes personales y hereditarios, el estado actual al momento de ingresar al asilo e incluso los nombres del padre y la madre del paciente.

Dentro de las historias clínicas que se censuraron se evidencian algunas inconsistencias ocurridas durante su digitalización, donde los documentos, en este caso cartas de los asilados, se encontraban en historias clínicas diferentes. Una de ellas es la historia clínica (HC) n°001857 de un hombre de procedencia inglesa, de 42 años, quien ingresó al Manicomio para tratar su morfinismo y cocainismo⁹⁴, su solicitud de ingreso al establecimiento se halla en la HC n°001875 al final del PDF. En su carta, mal archivada, él se compromete a no consumir ninguna droga luego de dejar el Manicomio, y a poner todos los medios a su alcance para ser un hombre bueno y útil a la sociedad⁹⁵. Se debe tener en cuenta que para la época en la que ocurrió dicho suceso, estaba en pleno auge el pensamiento de Morel, por lo cual una persona que incurriera en esos vicios se consideraba un degenerado.

Algo similar ocurrió con la HC n°002558 en la que una mujer de 70 años fue ingresada en 1932 al establecimiento por psicosis senil y paranoia. Al parecer la familia la había despojado de una propiedad por vía judicial sin tenerla en cuenta, de lo cual el director fue informado por una sobrina de la paciente. Frente a esta circunstancia, consta en el expediente que el Dr. Lázaro Uribe Cálad le concedió la salida anotando:

“La dirección dispone su salida, casi por un sentimiento humanitario y como por buscar los medios de que esta pobre mujer haga algo por hacer valer sus derechos, y atendiendo a razonamientos muy bien formulados y que como ya dijimos no carecen de fundamento”⁹⁶.

Pese a que la HC n°002558 culmina con esta anotación, en la HC n°002560, que pertenece a otro paciente, se ubica una carta de una sobrina de la paciente anterior en la que solicita en 1942 la historia clínica de su tía ya fallecida⁹⁷.

Estos dos ejemplos se introducen como constancia de la importancia que tiene revisar las historias clínicas digitalizadas antes del lanzamiento del repositorio digital, pues algunos

⁹⁴ LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 1857.

⁹⁵ LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 1875.

⁹⁶ LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 2558.

⁹⁷ LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 2560.

detalles se escaparon a la hora de realizar la digitalización pudiendo ser identificados en el proceso de censura. La recomendación que surge tras esta evidencia es la de redigitalizar los documentos que presenten anomalías, lo cual redundará en beneficio de los investigadores y el fondo mismo.

2.2.2 Recopilación de datos

Otra de las labores ejecutadas fue la realización del inventario y la recopilación de información para la base de datos. Fue así como se asignaron 8 cajas que contienen 664 historias clínicas psiquiátricas (89, 90, 111, 112, 129, 130, 131 y 132), las cuales fueron revisadas y posteriormente, ingresadas a las hojas de cálculo de Drive.

Tabla 1 Cajas de inventario

Número de caja	Historias clínicas	Total
Caja n°89	HOMO_HC_010996 - HOMO_HC_011082	86
Caja n°90	HOMO_HC_011085 - HOMO_HC_011165	80
Caja n°111	HOMO_HC_013023 - HOMO_HC_013108	85
Caja n°112	HOMO_HC_013109 - HOMO_HC_013220	111
Caja n°129	HOMO_HC_014745 - HOMO_HC_014840	95
Caja n°130	HOMO_HC_014841 - HOMO_HC_014909	68
Caja n°131	HOMO_HC_014910 - HOMO_HC_014970	60
Caja n°132	HOMO_HC_014971 - HOMO_HC_015042	79
Total:		664

Las bases de datos posibilitan que la información se pueda almacenar de manera organizada y que la consulta de los archivos sea más ágil y eficiente. Al momento de digitalizar la información, se deben tener en cuenta las normas archivísticas, entre las cuales están la omisión de las tildes y el uso de la Ñ, como también algunos estándares ortográficos para los nombres, los apellidos y los lugares. Esto se hace con el fin de que los datos obedezcan a ciertos descriptores que faciliten su filtración y categorización.

En el caso del Fondo Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia (HOMO) se están creando una serie de hojas de cálculo en Drive con la recopilación de los datos más relevantes de las historias clínicas (tanto los que quedarán visibles para el público, como los que serán censurados) con variables nominales, es decir, que no tiene una categoría que permita un criterio de jerarquía. Esta base de datos estará disponible para consulta interna del personal del Laboratorio. En esta se tienen en cuenta los siguientes ítems:

- **Número de historia clínica:** se encuentra en la portada de cada una de estas, desafortunadamente existen algunas en las que el número se deterioró debido al paso del tiempo y al mal trato que estas hayan podido recibir.
- **Fecha inicial y final:** se ingresan las fechas del primer y último registro, pues no necesariamente la fecha de salida coincide con el último registro, ya que algunas historias clínicas contienen documentos posteriores a la fecha en la que el paciente salió del HOMO. Estos documentos pueden ser solicitudes de certificación de historias clínicas para diversas diligencias en las cuales sea necesaria la información del paciente.
- **Volumen y soporte:** cantidad de folios y material de la historia clínica (soporte en papel).
- **Alcance y contenido:** incluye información como el género, la edad y el diagnóstico.
- **Punto acceso onomástico:** se anotan los nombres y apellidos del paciente.
- **Punto acceso geográfico:** vinculado a la ciudad o poblado de nacimiento del paciente.
- **Punto acceso materias:** en esta se incluyen 'raza'⁹⁸, estado civil y profesión del paciente.

⁹⁸ Si bien el término raza es una categoría que se ha reevaluado en la actualidad y se ha prescindido de su uso, para la época de la elaboración de las historias clínicas era una categoría fundamental que correspondía a la degeneración y mejoramiento de la raza, teoría que llegó a su punto más álgido en la segunda década del siglo XX. Consúltese: María Fernanda Vásquez, “Degeneración y mejoramiento de la raza ¿higiene social o eugenesia? Colombia, 1920-1930”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* vol. 25 (2018): 145-158.

Además de los ítems mencionados anteriormente, en los cuales se centró el inventario realizado para esta práctica académica, se tienen contemplados otros ítems que hacen parte de la descripción de los documentos. Estos son:

- **Notas o nota del archivista:** en este se ingresan novedades relevantes respecto a la historia clínica, como bien podría ser que el número o el papel esté en muy mal estado, la carencia de algún componente importante como la carpeta o sobre la información recibida.
- **Archivo:** en este caso, todas pertenecen al Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional de Medellín.
- **Caja y carpeta:** cada historia clínica hace parte de una carpeta y a su vez, varias carpetas se encuentran ubicadas en cajas, las cuales están respectivamente rotuladas con el número de las historias clínicas que contiene.
- **Código de referencia:** estipulado por el Laboratorio para identificar cada historia clínica.

Estos ítems fueron creados bajo las normas del ISAD (G) y se logró gracias a la ayuda del personal que compone gestión documental en la universidad, pues posibilitaron la homologación de los campos que contienen las historias clínicas y de la base en general.

A continuación, se muestra un ejemplo de la información que se tiene en cuenta para la creación de la base de datos, las tres tablas que se exponen contienen datos ficticios con el fin de proteger la identidad del paciente, cabe resaltar que la base de datos será de consulta interna. Es necesario destacar la labor que hacen diferentes estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín para alimentar la creación de la base de datos, como también estudiantes de otras universidades que realizan sus prácticas en el Laboratorio.

Ilustración 3 Ítems de la base de datos

IDD	País	Archivo	S	Caja	Carpeta
1	CO	AUN	HOMO	55	15950

Código de Referencia	Título	Fecha Inicial	Fecha final	Nivel de descripción	Volúmen y soporte
CO.AUN.HO MO.55.15950.	Historia clínica número 15950	1935-04-05	1940-02-28	Unidad Documental Compuesta	20 folios, papel

Alcance y contenido	Notas	Nota del archivista	Fecha descripción	Punto Acceso Onomástico	Punto Acceso Geográfico	Punto Acceso Materias
Hombre, 30 años, manía intermitente				Escobar Araujo, Jose Dario (paciente)	Medellin	Mestizo, soltero, agricultor

99

Con la creación de la base de datos la información arrojada por las historias clínicas puede organizarse de manera útil para diferentes disciplinas sociales y humanas, ya que los datos contenidos aluden a la demografía, el género, las profesiones, lugares de procedencia, entre otros. A continuación, se expondrán algunas tablas realizadas a partir de las cajas inventariadas.

La primera tabla muestra la fecha de los primeros y últimos registros ingresados en los grupos de cajas y adicionalmente, la edad mínima y máxima de los pacientes que componen estas historias clínicas. Se toman en cuenta las fechas extremas debido a la intermitencia de algunos padecimientos, ya que muchos de los pacientes ingresaban al manicomio cuando se encontraban en crisis, se recuperaban y tiempo después, regresaban para ser asilados.

⁹⁹ Laboratorio de Fuentes Históricas (LFHUN), Fondo Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia (HOMO), 2019-04-14_HOMO_Descripción ISAAD. Los datos expuestos en estas imágenes son ficticios. La base de datos está tomando forma gracias a estudiantes de la misma universidad que optan por el pago de contraprestaciones realizando algunas labores en el Laboratorio, asimismo se nutre de información con algunos practicantes o estudiantes de otras universidades. Su uso es únicamente para consulta interna.

Tabla 2 Registro de fechas y edades extremas

Registro por edades	Caja 89 y 90	Caja 111 y 112	Caja 129, 130, 131 y 132
Menor edad registrada	14 años	10 años	10 años
Mayor edad registrada	80 años	89 años	86 años
Fecha primer registro	1915	1954	1922
Fecha último registro	1957	1997	2001
Total, HC	166	196	302
Total			664

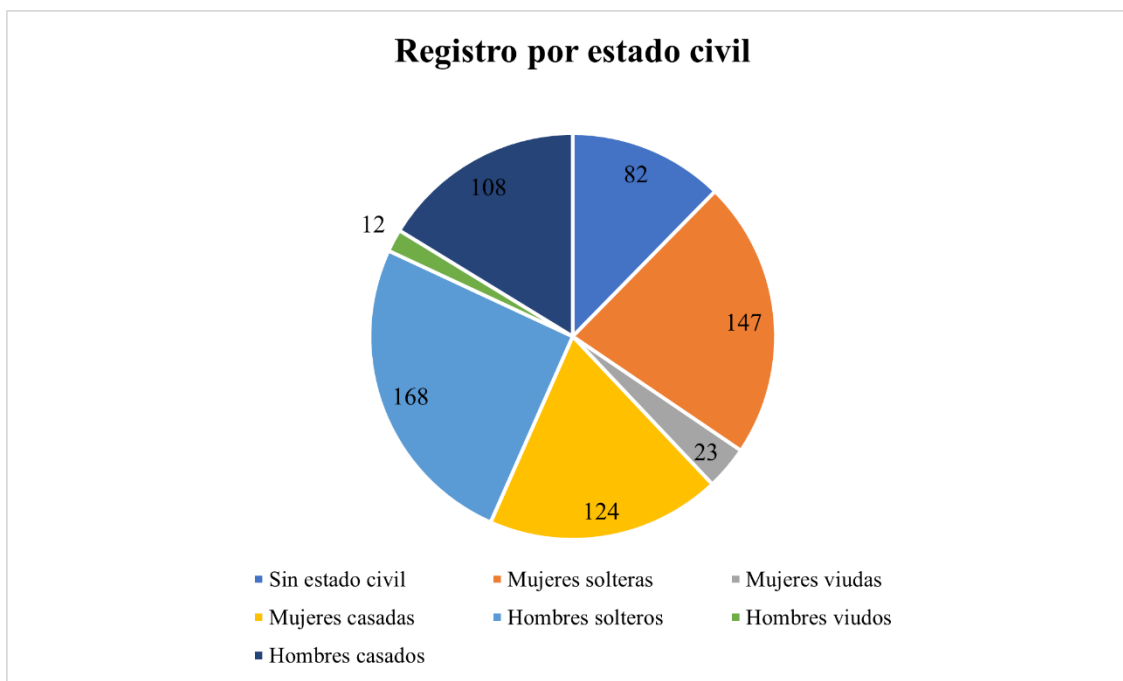
Como resultado del inventario realizado durante el proceso de prácticas se originó una tabla con la cantidad de hombres y mujeres, siendo 308 y 328 respectivamente, para los que existe registro en las cajas correspondientes, pues algunas historias clínicas no se encontraron.

Tabla 3 Registro por género

Género	Caja 89 y 90	Caja 111 y 112	Caja 129, 130, 131 y 132
Mujeres	68	89	171
Hombres	95	102	111
HC faltantes	3	5	20
Porcentaje femenino	41%	45.5%	56.6%
Porcentaje masculino	57.2%	52%	36.8%
Porcentaje HC faltantes	1.8%	2.5%	6.6%
Total, HC	166	196	302
Total			664

Otro producto es esta tabla donde se visualizan los datos referentes al estado civil de los pacientes, haciendo la respectiva diferenciación entre géneros.

Ilustración 4 Registro por estado civil

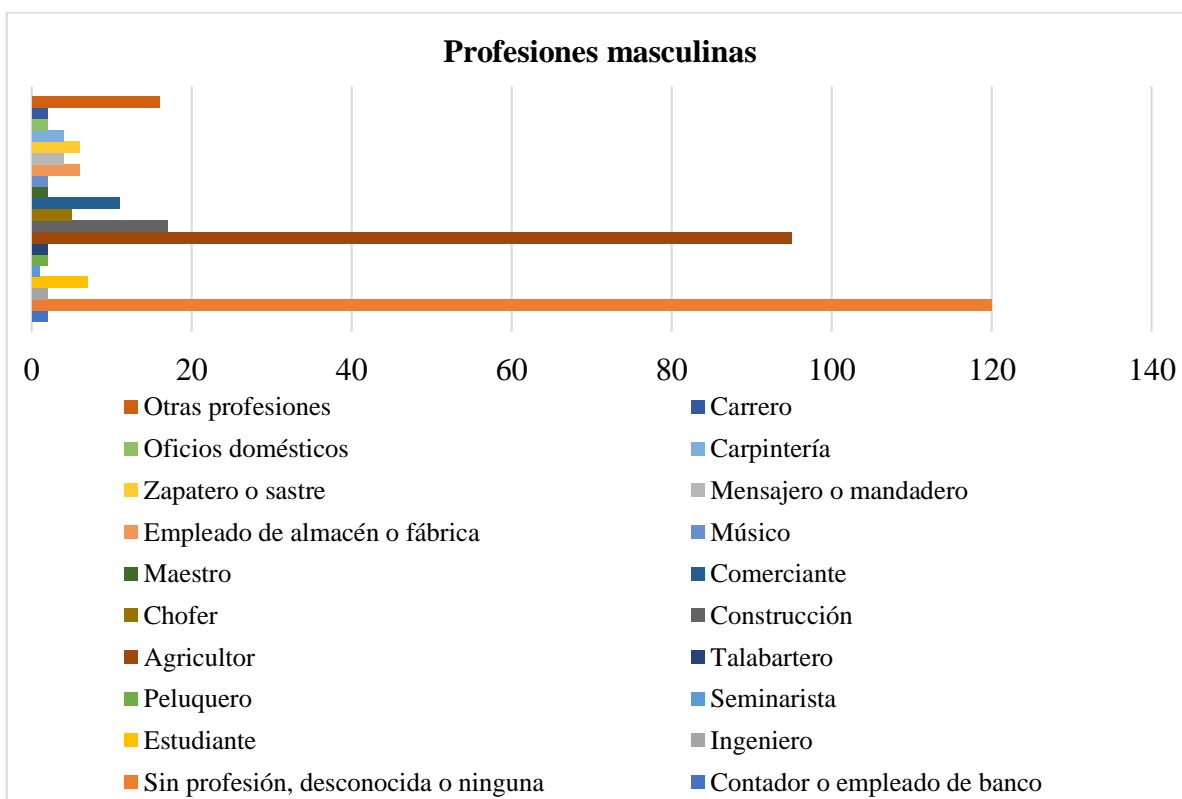


Gracias a los registros por género y estado civil se puede inferir de las cajas inventariadas, que casi la mitad de los asilados eran mujeres y la mayoría de ellas, solteras; lo mismo sucedió con el estado civil de los hombres, la cantidad de solteros era superior a la de hombres casados y en ambos géneros se expone una minoría con estado civil viudo o viuda.

Al realizar el proceso de inventario de esas cajas, se demostró la relevancia de la preservación de los documentos y, por ende, su digitalización, pues hacen falta casi el 11% de las 664 historias clínicas consignadas. Esto debido quizás a la poca importancia de preservación que se les dio en algún momento y sumado a ello, el deterioro que han tenido con el paso del tiempo, que generará a largo plazo que su formato en papel pueda desaparecer.

Adicionalmente, las dos gráficas siguientes corresponden a las profesiones desempeñadas por los pacientes antes de ingresar a su condición de asilados, ocupaciones que muchos de ellos continuarían realizando en el establecimiento mientras se recuperaban.

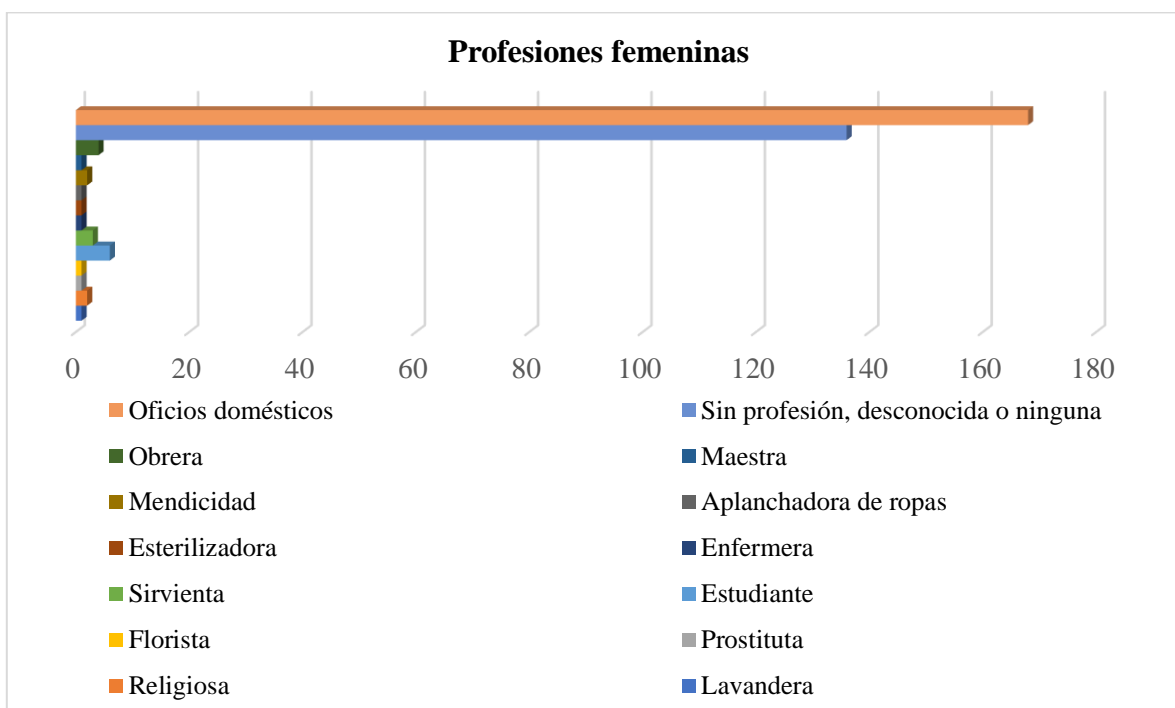
Ilustración 5 Profesiones masculinas



En la gráfica se muestra que el dato mayoritario es para hombres sin profesión o de la cual no se tiene conocimiento alguno y la profesión más desempeñada se trata de agricultor, con un total de 95, le sigue construcción con 17 pacientes y que abarca labores de albañil, obrero, latonero o pintor. Asimismo, se encuentran otras profesiones como: mesero, arriero, lustrabotas, comisionista, celador, vendedor de drogas, hacendado, aserrador, guardia de rentas, encuadernador, jornalero, etc. Agrupadas en ese ítem por hallarse solo un paciente desempeñando la labor.

De las cajas inventariadas, se muestra además que once hombres eran comerciantes, siete pacientes masculinos, estudiantes; cinco eran choferes, seis se dedicaban a la zapatería o sastrería, empleados de fábrica o almacén y sin especificar de qué eran empleados, hay registro de seis; mensajero o mandadero existen 4, al igual que de carpinteros. Existe registro de dos pacientes para ingeniero, contador o empleado de banco, peluquero, talabartero, maestro, músico, carrero y oficios domésticos y un solo registro para seminarista.

Ilustración 6 Profesiones femeninas



Esta gráfica expone menos profesiones desempeñadas por las mujeres, y varias de ellas, enfocadas a labores domésticas como, por ejemplo: el cuidado de la vestimenta, pues se encontró una mujer lavandera y otra aplanchadora de ropa; además de tres empleadas domésticas. También se contempla en el registro seis mujeres dedicadas al estudio, dos mujeres en situación de mendicidad, cuatro obreras, sin especificar su labor y dos religiosas. Se visualiza un registro para maestra, florista, enfermera, esterilizadora y prostituta. El dato mayoritario se refleja en mujeres dedicadas a los oficios domésticos con un total de 168, seguido de mujeres sin profesión o sin conocimiento de ella.

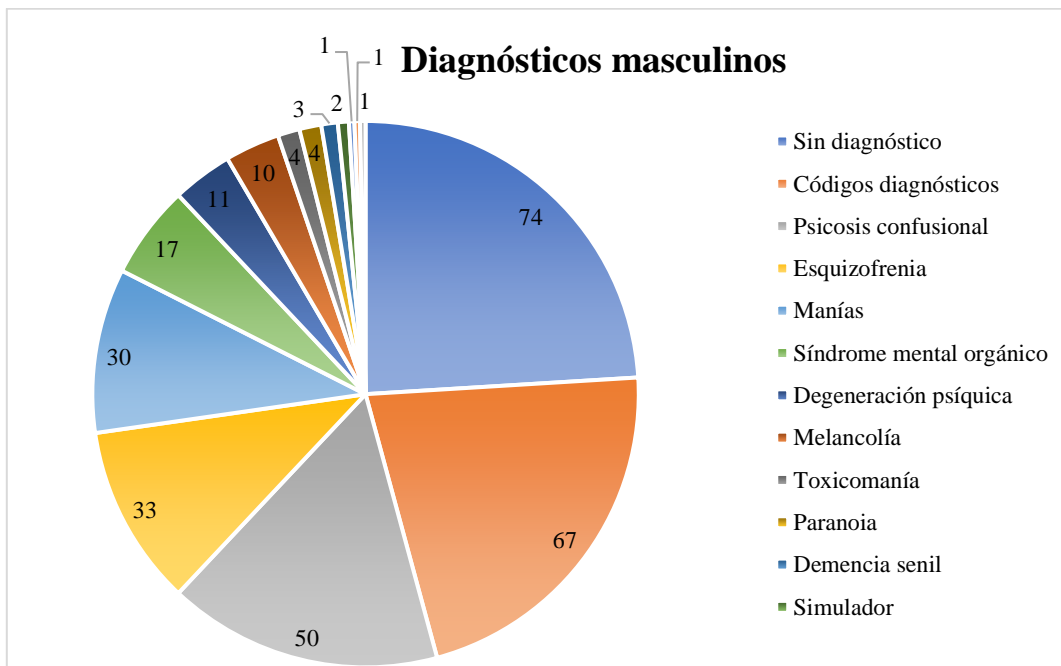
En términos generales, puede evidenciarse que de las 664 historias clínicas inventariadas correspondientes a las cajas asignadas por el Laboratorio, existe un rango de casi 100 años entre el primer y último registro ingresado de un paciente, teniendo en cuenta que el primero es de 1915, muy probablemente, escrito en 1920 cuando Cálad ingresó como director al establecimiento y el último del 2001, lo cual refuerza mucho más el compromiso de confidencialidad que deben tener los profesionales con el uso de las historias clínicas como fuentes para la investigación. Asimismo, el oficio mayoritario entre los hombres es el

de agricultor, seguido de hombres sin profesión u oficio y existe registro de dos historias clínicas con hombre de oficios domésticos como profesión, no se sabe a ciencia cierta si fue una equivocación o si realmente esa era su labor.

Además, en las gráficas de profesiones femeninas se expone una cantidad de 136 mujeres sin oficio. En las cajas de la 129 a la 132, se presentó la peculiaridad de que la cantidad de mujeres con profesión de oficios domésticos no era mayoritaria, sino, mujeres sin profesión, lo cual es completamente atípico debido a que, en las historias clínicas femeninas, tanto en las inventariadas como en las censuradas, el ítem de profesión era completado generalmente, con oficios domésticos o religiosa.

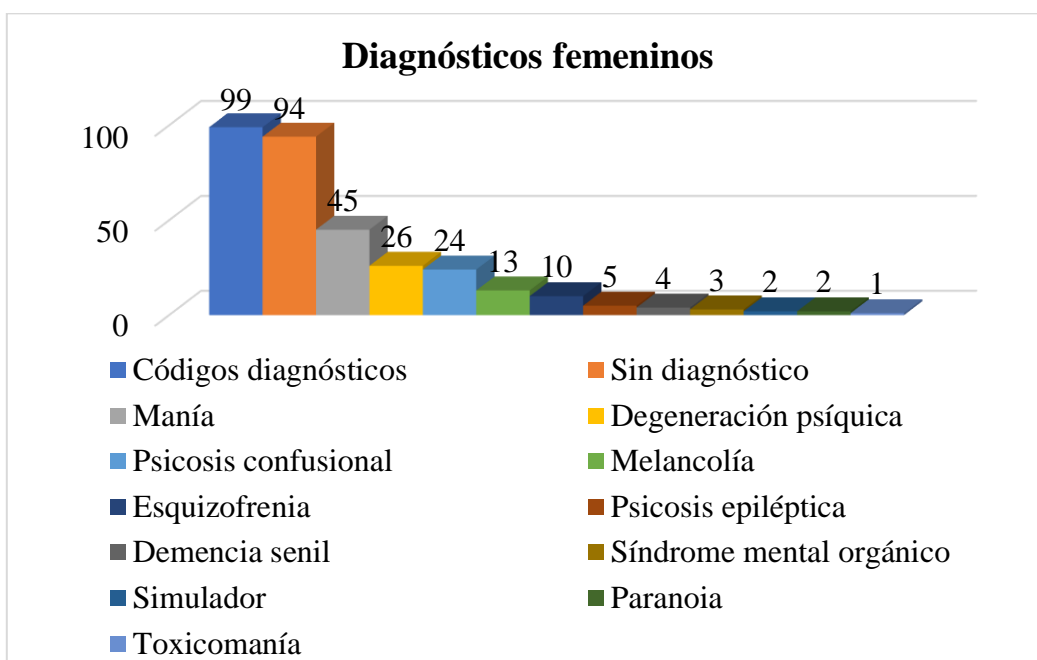
Es posible que lo que explique esta novedad sea que una de las personas que haya realizado las historias clínicas en esas cajas, no hubiera tenido en cuenta las labores domésticas como una profesión, algo que si se venía realizando desde 1920 que empezaron a registrarse las historias clínicas de los pacientes.

Ilustración 7 Diagnósticos masculinos



Respecto a los diagnósticos, para el caso masculino, se encuentra la mayoría sin diagnóstico, en el cual se incluyen pacientes de los cuales no se registró su padecimiento o se dejó la interrogante, como también, pacientes sin manifestaciones. Un alto porcentaje corresponde a códigos diagnósticos desconocidos y que eran utilizados en el Manicomio cuando se estaba intentando profesionalizar; Además se refleja un número considerable de pacientes con psicosis confusional, esquizofrenia y con manías. Aparecen varios casos de síndrome mental orgánico, el cual no se encontraba en la nosología del Dr. Cálad para 1935, pero que se empezó a utilizar después y abarca síntomas como ansiedad, depresión, fobias, obsesiones, delirios, etc.

Ilustración 8 Diagnósticos femeninos



En los diagnósticos femeninos prevaleció el ítem de códigos diagnósticos, seguido de 94 casos sin manifestaciones, desconocido sin diagnóstico o sin especificar. Se evidencia una cantidad considerable con manías, continuando con degeneración psíquica, psicosis confusional, siendo inferior que en el género masculino

internados para curar su padecimiento y otros internados por crisis postraumática debido a la guerra.

Al realizarse el inventario de las historias clínicas se expuso la importancia de la digitalización de los archivos, pues varios documentos estaban muy deteriorados y su constante manipulación no favorecería la conservación de estos. Además, con el proceso de inventario se advirtió que faltaban varias historias clínicas, ya que la secuencia numérica quedaba incompleta.

Adicionalmente, el Laboratorio cuenta con condiciones de conservación como lo son la humedad y la temperatura, esto con el fin de conservar los documentos tanto como se pueda. Para consultar el acervo documental, deben solicitarse con anterioridad, pues existe un área de transición entre el lugar donde se encuentra almacenado el archivo y la sala de consulta, En el área de transición reposan los documentos durante al menos 24 horas luego de ser solicitados para consulta, es decir, que el archivo como tal, reposa en una condición de temperatura inferior a la del área de transición, y esta a su vez, es inferior a la de la sala de consulta. Todo esto con el fin de poder manipular los documentos causando el menor daño posible al material.

2.2.3 Grabación de marca de agua institucional

Se debe incluir una marca de agua institucional a todas las páginas de las historias clínicas psiquiátricas que ya están digitalizadas y debidamente censuradas, puesto que la institución (UNAL-MED) es la responsable de la información que se pretende divulgar en el fondo digital. El programa que facilita esta actividad es Adobe Photoshop, donde se graba la marca de agua y esta se incrusta en cada página perteneciente a las historias clínicas. El proceso de grabación de la marca de agua se hace por lote, es decir que se abre el archivo PDF (la historia clínica digitalizada y debidamente censurada), y en Lote se convierte a un formato de imagen (JPG) para así, realizar la grabación de la marca de agua, se guarda en una carpeta y posteriormente, se presenta en PDF escogiendo las imágenes ya con la marca de agua grabada.

Adobe Photoshop es una herramienta muy pertinente porque en este programa el proceso se automatiza, es decir que mientras se incluye la marca de agua en cada folio de una historia clínica, sólo se necesita estar pendiente de que el programa no presente inconvenientes. Y, además, posibilita guardar de manera secuencial las páginas que componen el archivo, lo cual no altera el orden de los folios en la historia clínica.

Esta labor se realizó en 1500 historias clínicas psiquiátricas (HOMO_HC_001600 hasta HOMO_HC_003100) en total, fue una de las labores más sencillas debido a la automatización del proceso y a su vez, representó un reto ya que Adobe Photoshop había sido un programa poco explorado.

3. VALORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA COMO FUENTE PARA LA INVESTIGACIÓN

Inicialmente, podría considerarse que las historias clínicas, como documento histórico, tienen su relevancia exclusivamente para la descripción de los avances o evolución de una enfermedad, los tratamientos utilizados para minimizar su impacto o formas médicas características de una época y un lugar en específico, sin embargo, la profundización en la variedad de aspectos que contiene una historia clínica, como lo son por ejemplo, los datos identitarios, el diagnóstico, el día a día en un establecimiento, el tratamiento o evolución, e incluso la misma muerte; han permitido que aspectos sociales y culturales cobren mayor relevancia enriqueciendo el contexto de una investigación, independientemente de si se encuentra relacionada directamente con el área de la medicina como a otras áreas del conocimiento.

En el fondo de las historias clínicas del Hospital Mental de Antioquia se halla gran variedad de temáticas, pues hay detalles en la descripción de las patologías, tratamientos y evolución de los pacientes, que dan cuenta sobre otros aspectos que no están únicamente relacionados al padecimiento; como bien podrían ser la vida cotidiana en el manicomio, visitas recibidas por los asilados, la ocupación del paciente cuando está mejorando, su comportamiento con otros asilados, entre otros. Estos datos posibilitan la reconstrucción de un contexto histórico, no sólo sobre la terapéutica o la evolución de un hospital o un enfermo, sino también, sobre las transformaciones que sufre una ciudad, las variaciones de las ideas que se tienen frente a algo en específico e incluso, sobre el papel de la religión y su mezcla con el saber científico.

Es indiscutible el hecho de que una historia clínica puede ser tomada como una voz relevante para realizar una narrativa respecto a los elementos sociales y culturales de la época en la que se creó. De ahí, que la historia clínica se supere a sí misma por su valor histórico, aportando bases para la explicación de un suceso en específico.

3.1. Importancia de las historias clínicas para la historiografía

La historia clínica ha sido una parte indispensable para observar y describir las experiencias y prácticas médicas, además de servir para mostrar la evolución del paciente de acuerdo con su padecimiento o cualquier otra novedad. Rafael Huertas propone la obra de Lain *La historia clínica: historia y teoría del relato patográfico*¹⁰⁰, como el punto fundamental que marcaría un antes y un después en el establecimiento de un modelo que permitiera, de manera más estándar, consignar elementos propios de la práctica médica y la ciencia para el registro histórico¹⁰¹, pues Lain invitaba a relatar las historias clínicas de forma que se pensara en los aportes que la información podía realizar para el futuro y consideraba que sin esta no sería posible el progreso terapéutico¹⁰².

En primera instancia, el modelo que propuso Lain no consideraba aportar un conocimiento diferente al campo de la medicina, sin embargo, datos como el lugar de procedencia, la edad, el género, el estado civil, entre otros; pueden aportar información que no es exclusiva al ámbito médico, por ejemplo, el hecho de que en una población exista alta incidencia de toxicomanías; es gracias al análisis realizado a las historias clínicas que podría explicarse este fenómeno. Algo más que puede explicitar lo anterior es la profesión, en el Manicomio Departamental de Antioquia, un alto porcentaje de hombres eran agricultores, la mayoría de ellos, procedentes de Antioquia y teniendo en cuenta que la institución era pública, podría inferirse que esa era una de las razones por la cual se hallaban tantos pacientes con esa labor.

La historia clínica se ha visto atravesada por múltiples cambios a lo largo de su existencia, pues no ha sido un elemento estático, se ha modificado agregando o eliminando componentes, de acuerdo con el contexto, el médico o el lugar. Aunque su cambio más significativo se dio con la introducción de la subjetividad del tratante en la historia clínica,

¹⁰⁰ Pedro Lain Entralgo, *La historia clínica: historia y relato patográfico* (Madrid: Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, 2015).

¹⁰¹ Rafael Huertas García – Alejo, “Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos”, *Frenia* vol. 1-2 (2001): 8.

¹⁰² Pedro Lain Entralgo, *La historia clínica: historia y relato patográfico* (Madrid: Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, 2015), 752.

dividiéndola en dos momentos, el primero consta de la narrativa de la condición del paciente y el segundo, denominado “reflexión epicrítica” consiste en la explicación del médico sobre el caso clínico, comprendiendo de esta manera, la subjetividad del paciente¹⁰³, pues profundizar en la vida del paciente, posibilitaría encontrar causas de la enfermedad, que no fueran exclusivas a la herencia.

Este cambio supuso la incorporación de diversos datos de índole personal, subjetiva y cotidiana, que, por medio de la descripción de las conversaciones y delirios de los pacientes, su comportamiento y actitud, la relación con el médico, o inclusive, los diálogos desarrollados dentro del espacio clínico y la narración del día a día; proporcionan un panorama más amplio de los sucesos, y favorece la explicación del contexto, concediendo en muchos casos, de manera indirecta, elementos indispensables para la reconstrucción histórica y la investigación.

La exploración de este tipo de documentos no sólo enriquece el ámbito científico como bien podría pensarse; pues estudios sobre la medicina, psicología, psiquiatría, terapéutica, patologías y demás; son las posibilidades en las que se piensa instantáneamente; sin embargo, la historia de la psiquiatría ha demostrado que los expedientes psiquiátricos permiten realizar investigaciones que van más allá de la práctica médica, la institución, los tratamientos, la estadística y el personal.

Las historias clínicas psiquiátricas aportan datos demográficos, económicos, psiquiátricos, psicológicos, sociales, culturales, etc. que enriquecen las ciencias sociales y humanas; y es justamente a partir de esta información, que se pueden realizar investigaciones para reconstruir no sólo el contexto histórico, social y cultural, sino exponer conocimientos desde otras áreas del saber, que posibiliten tener otras perspectivas respecto a los trastornos mentales, el trato con los pacientes, la organización institucional, la transformación del pensamiento y demás.

¹⁰³ Rafael Huertas García – Alejo, “Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos”, *Frenia* vol. 1-2 (2001): 9.

CONCLUSIONES

Las prácticas profesionales realizadas en el Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional sede Medellín, más específicamente, en el Fondo Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia (HOMO), resultaron ser muy fructíferas ya que el qué hacer historiador se complementó con una herramienta indispensable para la investigación: la archivística. Aprender sobre los procesos de conservación, de consulta y, sobre todo, de la ética con el trato de los datos; perfeccionan la labor y posibilitan una mayor comprensión del uso adecuado de los documentos históricos.

En primer momento, podría opinarse que no es necesario proteger la identidad de un paciente si su historia clínica ya hace parte de un repositorio que ha considerado su valor secundario, es decir, que se ha realizado una valoración correspondiente para determinar si las historias clínicas poseen información relevante para el ámbito histórico, científico o cultural¹⁰⁴.

Sin embargo, el hecho de que algunos pacientes estuvieran de manera intermitente en el establecimiento llevó a encontrar historias clínicas con fechas de ingreso de los años 2000, lo cual expone la relevancia de la protección de los datos de los pacientes y sus familiares, pues estos pueden verse amenazados por la información contenida en un expediente médico y no se estaría respetando el derecho a la confidencialidad del paciente.

Asimismo, la historia clínica está directamente influenciada por el marco legal, en el cual el profesional se compromete a cumplir las leyes de confidencialidad y protección de los datos del paciente. Es por esto por lo que la ética del investigador va más allá y se debe ser consciente de la importancia de no revelar información identitaria de una persona sobre todo para este caso en específico, debido a que los ingresos en la institución eran de forma intermitente. Esto significa que el padecimiento acompañaba a la persona de por vida e iba a estar asilada en múltiples ocasiones, por lo cual las fechas en las que se consigna información

¹⁰⁴ Ministerio de Salud. *Resolución número 1995 de 1999*. Artículo 15: Retención y tiempo de conservación. 3.

en la historia clínica de un solo paciente puede ser de incluso 80 años. Lo anterior, evidencia la importancia de no divulgar su información identitaria puesto que el paciente o inclusive sus familiares, podrían verse afectados por los datos consignados en una investigación que no cumpla con los requisitos mínimos de protección de datos.

Gracias al proceso de censura y digitalización del Fondo Historias Clínicas psiquiátricas del Hospital Mental de Antioquia (HOMO) se podrá crear el repositorio virtual de acceso público para que los investigadores de diferentes áreas ya no tengan tantas restricciones a la hora de investigar y, además, esto garantizará la protección de los datos y de que el uso de los expedientes sea de carácter profesional.

Igualmente, la digitalización de los documentos posibilitará una mayor duración del archivo consignado en papel, puesto que la poca manipulación que tendrá, sumado a las medidas adoptadas por el Laboratorio para su conservación; ayudará a preservar las historias clínicas por un periodo más amplio al que se tiene estipulado. Los cambios en la forma de vida que se tiene actualmente, gobernada por la era digital; conduce justamente a almacenar la información de manera que no se pierda. Es por esto, que es tan atractiva la idea de digitalizar cualquier documento, conociendo su fragilidad de conservación a largo plazo.

También es fundamental recalcar la importancia de las historias clínicas psiquiátricas como fuente para las ciencias humanas en general, ya que actualmente, no están ligadas exclusivamente al ámbito de la medicina, sino que, además, son un elemento clave para crear una interacción entre diversas áreas del saber.

Desde la fundación de la “Casa de Enajenados” hasta su transformación en el Hospital Mental de Antioquia, puede verse la incompetencia estatal pues desde un principio, la Sierva de Dios María de Jesús Upegui solicitaba los pagos para los trabajadores e insumos para atender a los asilados. Después la misma situación se presentó durante la dirección del Dr. Lázaro Uribe, quien en los informes del Manicomio realizaba observaciones sobre la escasez de recursos para mantener en óptimas condiciones el lugar y ejecutar los tratamientos adecuados a los pacientes.

La situación anterior continuó presentándose con el sucesor de Cálad: el Dr. Carlos Obando, que terminaría renunciando al cargo debido a la negativa de mejorar las condiciones en las que se encontraba la institución y finalmente, en la dirección del Dr. Luis Carlos Posada y transcurridos más de 50 años de la creación del Manicomio, es que se efectuaron variaciones considerables; la pugna por institucionalizar el recinto fue uno de ellos, al igual que la introducción de psicofármacos y la contratación de personal más cualificado para las labores.

Pese a todo lo anterior, el cambio más significativo en la institución se presentó en 1965 con la salida de las Hermanas de la Caridad, quienes habían formado parte del personal administrativo desde la fundación de la Casa de Enajenados, lo cual expone la relevancia que tuvo la Iglesia Católica en la creación y administración de diversas entidades públicas. Asimismo, las religiosas buscaban instruir desde la moral cristiana, que era dominante para la época, a los asilados y así, poder reinsertarlos a las dinámicas sociales y culturales que se estaban gestando en la sociedad, pues debe tenerse presente que “alienado” era aquel que no encajaba en las prácticas sociales.

El alienismo francés tomó gran fuerza en Medellín durante la primera mitad del siglo XX gracias al auge de las teorías degeneracionistas, la popularidad de la moral cristiana y por supuesto, al director alienista Lázaro Uribe Cálad, quien, a pesar de varios intentos por realizar algunas reformas en el Manicomio, poco pudo transformar debido al abandono estatal con la institución, lo cual implicaba la continuación de ese modelo de aislamiento y contención que ya se venía dando desde la fundación de la Casa de Alienados.

Los cambios más significativos durante su dirección fueron: la realización de las historias clínicas y a falta de una clasificación universal para los padecimientos mentales, la creación de una nosología basada en la propuesta brasilera y en la observación del paciente. Respecto a la terapéutica, los métodos más empleados eran la malarioterapia, la inyección de insulina y posteriormente, la cardioloterapia. Es finalizando su dirección que se introdujeron nuevos tratamientos como la terapia electroconvulsiva.

En las historias clínicas se incluye los ítems de antecedentes hereditarios y personales. En el primero, se incluía información sobre otros familiares con enajenación mental o toxicomanías; y en el segundo, datos respecto a enfermedades presentadas anteriormente por el paciente e inclusive, alguna situación que haya podido ser desencadenante de su condición de alienado, como el consumo de alcohol o haber sufrido un accidente; Reforzando la importancia que tenían las teorías degeneracionistas.

Adicionalmente, las gráficas permitieron exponer los datos encontrados en las historias clínicas a partir de una muestra de 8 cajas que contienen 664 expedientes en total, presentando que la cantidad de ingresos femeninos y masculinos fueron de casi la misma cifra, pues de mujeres hay un registro de 328, de hombres 308 y 28 historias clínicas faltantes. También se muestran fechas extremas que abarcan desde 1915 hasta 2001, afianzando de esta manera, la importancia de la censura de datos identitarios de los pacientes.

En los primeros años de dirección de Lázaro Uribe Cálad era muy común encontrar varias historias clínicas de hombres con diagnóstico de toxicomanía, ya que, en esa época, el alcoholismo se presentaba con regularidad y se estaba llevando a cabo una campaña contra aquel problema; se consideraba una enfermedad mental debido a la degeneración que puede desencadenar. Asimismo, La parálisis general progresiva era un diagnóstico recurrente a causa de la sífilis, para la cual aún no se tenía una cura en el país, solo tratamiento con malarioterapia. De las 664 historias clínica revisadas, se encontraron 4 simuladores, dos en cada género. Se trataba de presos que buscaban con un diagnóstico mental, salir de prisión, pues en el Manicomio sería más fácil fugarse debido a las deficientes condiciones de seguridad.

En la gráfica de diagnósticos, tanto femeninos como masculinos, es lamentable que uno de los datos que más prevaleció fue el de códigos diagnósticos. La carencia de información para poder clasificar los padecimientos disminuye la precisión en los resultados de investigaciones relacionadas al campo de la psiquiatría. Esa medida quizá se realizó buscando un rigor más científico al tratamiento de los pacientes.

Las historias clínicas que hoy enriquecen el Laboratorio de Fuentes Históricas muestran las conexiones que se dieron entre la cotidianidad de las personas que eran excluidas socialmente debido a la necesidad de su aislamiento, la evolución de una institución a hospital, las modificaciones en la terapéutica, y las transformaciones sociales y culturales que se estaban dando en Medellín desde finales del siglo XIX hasta mediados del siglo XX y que pueden explicarse a partir de los diagnósticos, la falta de intervención estatal, la dirección de Lázaro Uribe Cálad durante 26 años e incluso la mediación de la comisión médica internacional del *Unitarian Service Committee* que influenció algunos cambios que modificaron la perspectiva de los trastornos mentales y sus tratamientos en la capital antioqueña.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes primarias

LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 1475.

LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica: 1833.

LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 1857.

LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica: 1863.

LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 1875.

LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 2517.

LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 2558.

LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 2560.

LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica: 2712.

LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica: 2911.

LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica: 2920.

LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica: 2971.

LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica: 3066.

LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 3073.

Fuentes secundarias

Botero Gómez, Fabio. *Cien años de la vida en Medellín. 1890-1990*. Medellín: Universidad de Antioquia, 1998.

Brew, Roger. *El desarrollo económico de Antioquia desde la Independencia hasta 1920*. Medellín: Universidad de Antioquia, 2000.

Casas Orrego, Álvaro León. “Desplazamiento y aislamiento. Alienados mentales en la ciudad de Medellín. 1878-1930”. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* vol. 60 no 2(2008): 119-142.

Doi: <https://doi.org/10.3989/asclepio.2008.v60.i2.260>.

Córdoba, Carlos E. “Comentarios a la estadística manicomial del departamento de Antioquia”. Monografía de grado, Universidad de Antioquia, Medellín, 1937.

Enric J. Novella., "Cinco variaciones y una coda sobre la historia cultural de la psiquiatría." *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 34, no. 121 (2014): 97-114.

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265030533006>

González Escobar, Luis Fernando. *Medellín, los orígenes y la transición a la modernidad: Crecimiento y modelos urbanos 1775 – 1932*. Medellín: Universidad Nacional de Colombia, 2007.

Huertas García – Alejo, Rafael. “Historiografía de la asistencia psiquiátrica en España. De los “mitos fundacionales” a la historia social”. *Secuencia* no 51 (2001): 122-144.

Doi: <http://hdl.handle.net/10261/304373>

Huertas García – Alejo, Rafael. “Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos”. *Frenia* vol 1-2 (2001): 7-33.

Doi: <http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16361>

Lain Entralgo, Pedro. *La historia clínica: historia y relato patográfico*. Madrid: Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, 2015.

Doi: <https://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmc9g7h9>

León Vargas, Karim y Ramírez Patiño, Sandra Patricia. *Del pueblo a la ciudad. Migración y cambio social en Medellín y el Valle de Aburrá, 1920 – 1970*. Medellín: Universidad de Antioquia, 2013.

López, Luciano, Rueda, Doris y Suarez, Jorge. “Historia institucional y terapéutica del Hospital Mental de Antioquia en sus 125 años, 1878-2003”. Proyecto de investigación HOMO – UdeA. 2007.

Marín Herrera, Dina María. “Biografía de un alienista: Lázaro Uribe Cálad 1920-1946”. Tesis de maestría, Universidad de Antioquia, Medellín, 2015.

Ministerio de Salud y Protección Social. *Resolución 000839 de 2017*. 23 de marzo de 2017.

Ministerio de Salud. *Resolución número 1995 de 1999*. Artículo 15: Retención y tiempo de conservación.

Montoya Guzmán, Juan David y otros, *Historia de la Facultad de Ciencias Humanas y Económicas, 1975 – 2015*. Medellín: Editorial Universidad Nacional de Colombia, 2016.

Nicolls Vélez, María Catalina. *Compendio histórico y biográfico de la Sierva de Dios María de Jesús Upegui Moreno y su época*. Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana, 2017.

Pigem Serra, José María. “La piroterapia, las curas de choque y asociación de métodos en psiquiatría”. *Anales de Medicina y Cirugía* vol. 18, no 3(1945): 260-264.

Doi: <https://raco.cat/index.php/AnalesMedicina/article/view/183360>

Roselli, Humberto. *Historia de la Psiquiatría en Colombia*, Bogotá: Horizontes, 1968.

Salazar Bermúdez, Alejandro. “Una reforma psiquiátrica que nunca lo fue: Colombia y el caso del Manicomio Departamental de Antioquia, 1920-1946”. En: Ríos Molina, Andrés y Rupertuz, Mariano. *De manicomios a instituciones psiquiátricas. Experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX*. Madrid: Silex, 2022. 495 - 538.

Suarez Quirós, Jorge Andrés. *Manuel Uribe Ángel 1822-1944 “promover y difundir” Biografía de un modernizador antioqueño*. Medellín: Pulso y Letra, 2021.

Vasco, Eduardo. *Temas de higiene mental, educación y eugenesia*. Medellín: Tip. Bedout, 1948.

Vásquez Rocca, Adolfo. “Foucault; ‘Los anormales’ una genealogía de lo monstruoso. Apuntes para una historiografía de la locura” *Nómadas. Critical Journal of Social and Judicial Sciences* 34, no. 2(2012): 1-19.

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18126057022>