

María José Torres Osorio, Historia, 12 de julio de 2021

**ENFERMEDAD MENTAL O ENFERMEDAD DE AMOR: LA HISTERIA EN
ANTIOQUIA 1903-1950**

MARÍA JOSÉ TORRES OSORIO

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE TEOLOGÍA, FILOSOFÍA Y HUMANIDADES

PROGRAMA DE HISTORIA

MEDELLÍN

2021

**ENFERMEDAD MENTAL O ENFERMEDAD DE AMOR: LA HISTERIA EN
ANTIOQUIA 1903-1950**

MARÍA JOSÉ TORRES OSORIO

Trabajo de grado para optar al título de Historiadora

Asesora

Catalina Castrillón Gallego

Doctora en Historia

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE TEOLOGÍA, FILOSOFÍA Y HUMANIDADES

PROGRAMA DE HISTORIA

MEDELLÍN

2021

Agradecimientos

Este trabajo se ha hecho con mucho esfuerzo, amor y largas horas de sacrificio, pero no este escrito no es logro solamente mío, es de todas las personas que de una u otra manera me ayudaron a avanzar, a leer y por supuesto a aprender.

En primera instancia quiero agradecerle a mi mamá por siempre haber estado para mí, por haberme enseñado con tanto amor y tener tanta paciencia en el desarrollo de este trabajo, por siempre ayudarme a buscar soluciones, por sentarse a leer y por hasta haber tratado de entender lo que quería escribir aquí, por eso y muchas cosas más, gracias mamá.

A mi abuelo, por estar siempre atento a todo este proceso desde la lejanía, por apoyarme y por enseñarme. A mi abuela, porque gracias a ella entendí muchas realidades de que leí en el desarrollo de esta investigación. A “Chiqui” por su eterna, constantes y calurosa compañía en las noches frías en las cuales me sentaba a escribir.

A mi asesora Catalina, por la paciencia, la entrega y el amor con el que recibió este proyecto en un principio, estoy muy agradecida por el haber aceptado y tomado cariño a él, tanto como yo, gracias por sumarse a esta aventura.

A todos los profesores con los que tomé clase en la carrera; gracias a ellos soy lo que soy ahora como historiadora, gracias por enseñarme y mostrarme la magnitud del mundo.

Finalmente, a Mateo, al que solo le puedo decir gracias; gracias por llevarme por el camino de la escritura, gracias por haberme ayudado a transcribir tantas historias clínicas, gracias por

prestarme tantos libros, gracias por trasnocharse conmigo leyendo, corrigiendo, preguntando y enseñando, de todo corazón muchas gracias.

Contenido

Introducción	8
□ Suministros teóricos.....	11
□ Andamiaje metodológico.....	13
Capítulo I: ¿Qué es la histeria?	17
1.1 La histeria: enfermedad mental o enfermedad de amor.....	17
1.2 La soledad y el desamor ¿causas de la histeria?	22
1.3 Aproximación a la Histeria, estudio de casos.....	29
Capítulo II: El Hospital Mental: lugar de cura, lugar de encierro	40
2.1 Apreciaciones de un tema historiográfico: la locura y la producción histórica	41
2.2 Encerrar los locos.....	46
2.3 El hospital mental visto por los locos	54
Capítulo III: Feminidad y enfermedad. Las mujeres antioqueñas, sus composiciones y amonestaciones	58
3.1 Mujeres e ideal femenino.....	58
3.2 La mujer enferma.....	65
Conclusión	70
Bibliografía.....	72

Lista de Tablas

Tabla 1. Resumen de las historias clínicas transcritas, factores como la edad, raza, estado civil, género, ocupación, lugar de procedencia, fecha de entrada y de salida de los asilados¹.

Tabla 2. Edad de los asilados por Histeria.

Tabla 3. Género de los pacientes diagnosticados por histeria 1903- 1951.

Tabla 4. Ocupación de los pacientes que sufrían de Histeria.

Lista de gráficas

Grafica 1. Edad de los asilados por Histeria.

¹ Fuente: Laboratorio de Fuentes Históricas Universidad Nacional de Colombia (LFHUN), Fondo Hospital Mental de Antioquia (HOMO), Historias Clínicas (HC).

Resumen

En el Manicomio Departamental de Antioquia (1892-1958) se recibió por varias décadas a mujeres y hombres diagnosticados con una enfermedad bastante particular llamada histeria, una dolencia que a pesar de que se pudiera diagnosticar (en un ámbito médico) no estaba del todo documentada y comprendida por los médicos tratantes de aquel entonces; por tal motivo, dicha enfermedad tuvo un sinnúmero de caras y tratamientos que fueron evolucionando a lo largo de los años, pero que aun así estuvieron en tela de juicio, si bien no se sabía con exactitud qué era lo que generaba o desencadenaba dicha enfermedad, los diagnósticos variaban con aspectos sociales, económicos e inclusive con el estado civil de los pacientes que padecían la mencionada enfermedad mental.

Palabras clave: Histeria, enfermedad mental, mujer, alienista, medicina, psiquiatría, Manicomio departamental, Antioquia, tratamiento.

Introducción

La locura es una enfermedad que a lo largo de la historia se ha ido abriendo paso en las áreas de la salud y las humanidades, para efectos de una investigación tanto científica como social, cuyo fin ha sido entender las causas de la enfermedad, los medios de exclusión, el encierro, el procedimiento psicológico y psiquiátrico, pero en términos generales se ha concentrado en diferenciar a ciertas personas dentro de la sociedad nominadas con el calificativo de “locas”, las cuales por esta condición tendían y tienden a ser recluidas o apartadas del entorno común, puesto que las poblaciones (conocidas como los *normales*) les brindan un trato especial en ciertos ámbitos y espacios. Es importante tener en cuenta que el término locura tiene un sinnúmero de significados, expresiones y formas que tienen que ser diferenciadas para comprender el tipo de síntomas o de medicalización que necesita esta “*clase determinada de locura*”.

En este caso se observa la histeria, la cual es una de las tantas enfermedades que hacen parte del *corpus* de la locura. La histeria es una clase de locura que se ha asociado única y exclusivamente a la mujer, por ello en este caso será tomada en mayor medida como una enfermedad que afecta al género femenino. No obstante, en el desarrollo de esta pesquisa se lleva a cabo una ruptura dentro de las consideraciones que ligan aquello que es o se supone que es femenino con el padecimiento histérico, dado que se encontraron hombres diagnosticados como histéricos. Esta particularidad es producto de la indagación en las fuentes documentales utilizadas aquí, las cuales son historias clínicas que se verán explicitadas con mayor amplitud más adelante.

La temporalidad de la que se ocupa esta investigación se enmarca desde 1903 hasta 1950, lapso de tiempo que está intrínsecamente enlazado con la aparición del primer caso de histeria rastreado en los expedientes médicos e historias clínicas del Hospital Mental de Antioquia. A partir de esto, se podrá hacer un rastreo de la posible significación que tendrá una enfermedad como lo es la histeria. Además, cabe destacar que la geografía en la que se inscribe este trabajo está en una estrecha relación con los casos clínicos que se tienen registrados y estudiados, los cuales se remiten a diferentes lugares de Antioquia, pero con una mayor especialidad en Medellín.

La medicina siempre ha sido un ámbito que ha generado una gran curiosidad en mí, tomo partida como investigadora, dentro de los gustos personales como profesionales en el área de la Historia. Sus métodos, sus diagnósticos y sus prácticas siempre son llamativas para llevarme a pensar cómo se han ido evidenciando estos nuevos saberes médicos en las sociedades. Por ejemplo, la psiquiatría es un ámbito que para mí es nuevo al abordarlo, sobre todo como tema histórico, ya que la mayoría de las veces ha sido visto desde una perspectiva donde lo que importa es determinar quién es loco, dejando de lado preguntas que abrirían un horizonte de posibilidades más amplio. Es decir, cuestionamientos tales como ¿quién es un loco? y ¿qué lo hace estar loco?, ¿quién lo convierte en un anormal dotándolo con el calificativo de la locura?, o incluso ¿cuáles han sido los parámetros sociales, económicos, místicos, religiosos, culturales, sociales, jurídicos y biológicos para determinar, de acuerdo con la sociedad y el tiempo, ¿quién es y quién no es normal? Así, otro arsenal de preguntas. En consecuencia, la histeria ha llamado mi atención desde que tuve la oportunidad de observar una película llamada *Hysteria: la historia del deseo* (2011), en la cual mencionaban que esta enfermedad que alteraba a las mujeres tenía un tratamiento bastante particular,

llevando así a la creación de artefactos técnicos como lo son el vibrador². A partir de esto, surgió una inquietud por saber si la histeria también era una enfermedad que afectaba a una sociedad colombiana, teniendo en cuenta, que desde épocas coloniales la castidad y la sexualidad se han visto de una manera muy privada, cuidada, protegida y casi sagrada; entonces pensar el cómo se había tratado y qué era lo que se entendía por histeria en Colombia se convirtió en mi objetivo de investigación histórica.

Así fue como al llegar al archivo pensé que los casos diagnosticados con histeria iban a hacer abundantes, pero lo más llamativo fue encontrar que los dichos casos reposaban en el Archivo de un Hospital Mental. Esa revisión primigenia para mi investigación dio un vuelco, pues lo que yo creía que significaba histeria y cómo siendo una enfermedad fue tomada como una enfermedad mental, tal cual lo había evidenciado la película: la enfermedad que tenía que ver más que todo con un aspecto sexual.

Al adentrarme en los pocos casos clínicos que pude investigar, me he percatado que la histeria es una enfermedad que se ve acompañada de una melancolía, esto presente en casi todas las pacientes, además, que dicha enfermedad cumple con unas características bastante marcadas, como el rango de edades en las que se encuentra diagnosticadas y el estilo de vida que dichas mujeres tenían.

Esta investigación a pesar de ser tan resiente, me ha dado un sin número de pistas y de pruebas que me llevan a decir, que la historia de la psiquiatría y de la locura en Colombia, es sin duda alguna un campo que a pesar de que ha sido comprendido y estudiado por investigadores

² Artefacto que se usa para la masturbación femenina, creado en el año de 1880 por el médico Joseph Mortimer para combatir en sus pacientes femeninas la histeria, su primera presentación siendo de baterías, posteriormente el vibrador paso a ser inalámbrico.

como Jairo Gutiérrez Avendaño, José Andrés Silva, Eugenio Castaño, Humberto Roselli, María Fernanda Vásquez, Álvaro Casas y Jana Catalina Cogote, entre otros, sigue siendo una trama que se debe explorar más profundamente, pues hay mucho por aportar y comprender, por lo mismo es que esta investigación busca ayudar a ese vacío historiográfico que es tan notorio en nuestro país.

- **Suministros teóricos**

A continuación se presentarán los referentes teóricos con los cuales se aborda el presente trabajo, los cuales ayudarán a percibir y entender con mayor coherencia lo que se busca desarrollar en esta investigación. En primera instancia, se trabajará el concepto de *trastorno mental* desde David Cooper quien lo define como un término psiquiátrico para designar o precisar un discurso con asociaciones sin sentido³. El autor determina que quien inventa y elabora este discurso es quien decide a quién y porqué se le debe juzgar como un trastornado mental, una persona que no tiene un sentido común en ocasiones y se deja llevar por vacilaciones físicas y mentales. Este concepto será expuesto para contribuir al entendimiento de lo que es una enfermedad mental y como esta se ve altamente visualizada en el discurso utilizado por la sociedad y los médicos tratantes.

La segunda noción por abordar es la idea de *encierro*, entendida desde los aportes de Michael Foucault, quien advierte que este puede ser una mecanismo de castigo como también un ejercicio mediante el cual se prescriben acciones y las ideas aceptables para una sociedad⁴; gracias a este concepto podemos tomar una forma de estudio y de análisis el cómo y el por

³ David Cooper, *El lenguaje de la locura* (España: Ariel, 1979), 31.

⁴ Michel Foucault, *El poder, una bestia magnífica sobre el poder, la prisión y la vida* (Buenos Aires: Siglo XXI) 2012.

qué las mujeres diagnosticadas con este tipo de enfermedad, la histeria, fueron excluidas de la sociedad y posteriormente llevadas a su lugar de “encierro” como lo fue el Hospital Mental de Antioquia, específicamente.

La idea de *feminidad* será entendida desde las prácticas y las representaciones que los discursos de poder han legitimado en una sociedad dual, donde los hombres postulan sus principios y valores tanto suyos como los de las mujeres. Tal como dice Pascal Dibie, los hombres diseñan la vida de las mujeres. Para la idea de *feminidad* nos serviremos de los aportes de Pascal Dibie⁵, Michelle Perrot⁶, Georges Duby⁷ y Susana Castellanos de Z.⁸. Desde allí entenderemos las mujeres como sujetos subordinados al poder masculino, sometido a los valores y virtudes asignadas, e inscritas en una vida doméstica, privada e íntima configurada también por el género masculino.

Finalmente, el término *histeria* se toma desde Freud y Breuer como un concepto connotado y diverso, que a medida que se avanza en los estudios del psicoanálisis en su desarrollo disciplinario, se van creando nuevas teorías y se van generando y encadenando nuevos síntomas que conllevan al estudio de la mente y cuerpo como una unidad.

Freud explica a través de ciertos casos clínicos cómo se ha ido generando dicha enfermedad, la cual es entendida en el “*Apuntes sobre la histeria*” (1895)⁹. Además, tendremos presente cómo los estudios se componen de un sin número de síntomas que afectan el sistema

⁵ Pascal Dibie. *Etnología de la alcoba* (Barcelona: Gedisa, 1999)

⁶ Michelle Perrot. *Mi historia de las mujeres* (México: Fondo de Cultura Económica, 2008).

⁷ Georges Duby y Michelle Perrot. *Historia de las mujeres en Occidente*. Tomo V. (Madrid: Editorial Taurus, 2003)

⁸ Susana Castellano de Zubiría. *Diosas, brujas y vampiresas. El miedo visceral del hombre a la mujer* (Bogotá: Norma, 2009).

⁹ Sigmund Freud, Josef Breuer. *Apuntes sobre la histeria* (Madrid: Alianza Editorial, 1895).

nervioso, generando de tal manera unas sintomatologías que afectan desde la movilidad del cuerpo hasta el habla (episodios convulsivos). De esta manera lo explica Matías Marchant:

Freud, retomando la historia de la histeria da una unidad posible a aquellos síntomas tan diversos y variados de su experiencia clínica. Anestias sensoriales, contracturas, parálisis, convulsiones epileptoides, tics, vómitos permanentes, anorexia, perturbaciones de la visión, alucinaciones visuales recurrentes, etc. toda esta gama de síntomas que no poseen un correlato, ni una fuente orgánica son anudados por Freud bajo la teoría traumática de los síntomas y posteriormente con el mecanismo de la represión...¹⁰

- **Andamiaje metodológico**

Para este proyecto de investigación se comenzará, en primer lugar, dando cuenta de los procesos que se elaboraron, cuyo fin fue medicalizar las mujeres diagnosticadas psiquiátricamente con histeria entre 1903 y 1950 en la ciudad de Medellín, específicamente en el Hospital Mental de Antioquia. En consecuencia, esta investigación busca mostrar cómo se intervinieron psiquiátricamente, bajo discursos científicos y médicos, a las mujeres que sufrían de histeria, también conocida como enfermedad de amor. Adicional a ello, se quiere identificar qué hacía que se consideraran como histéricas, demostrar el proceso de medicalización y encierro en el claustro médico y, finalmente, comprender el entorno social que las rodeaba: su familia, sus amigos, los círculos próximos y el entorno social.

Para el proceso de revisión de fuentes primarias se examinaron los archivos documentales de psiquiatría, historias clínicas, ubicadas en el Laboratorio de Fuentes Históricas de la

¹⁰ Matías Marchant. “Apuntes sobre la histeria”, *Revista de Psicología*, vol. IX, núm. 1, 2000, p. 137 Universidad de Chile

Universidad Nacional de Colombia sede Medellín, hay que destacar que el proceso de lectura de las fichas de historias clínicas es diferente a los expedientes normalmente encontrados en los archivos judiciales puesto que las historias clínicas manejan un formato específico para poner y diferenciar su información ya que estas tienen especificaciones como el nombre del paciente, la edad, el ingreso y egreso de la institución, su oficio entre otros. También se estudiaron las tesis de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, tanto de la época (siglo XX)¹¹ como las actuales, las cuales son investigaciones que aportan tanto al saber médico de Antioquia, como al saber de intervención y estudio de las mujeres (las enfermas mentales como la mujer en términos generales). Así, se procedió bajo un método cualitativo y cuantitativo, en donde se proporcionó en primer lugar cuáles fueron los diagnósticos, procesos, discursos y mujeres que ingresaron bajo la observación psiquiátrica al Hospital Mental, pero por otro lado se dio cuenta de cuántos casos se registraron en el período seleccionado (1903 -1950).

Se inició realizando una selección de los casos y advirtiendo en ellos las diferencias y las continuidades, un común denominador entre las pacientes y, por otro lado, los partes médicos que se dieron y dictaminaron para realizar el proceso y el encierro, consecutivamente. Análogamente, se miraron los trabajos de grado de la Facultad de Medicina para contrastarlos con los discursos con los que se intervinieron las pacientes, de manera tal que se analizaron la línea científica del saber médico que operó para el procedimiento, y la recepción de este

¹¹ Se hizo un rastreo en dichas tesis sobre el tema que nos incumbe, como lo es la histeria, ¿Qué se entiende por histeria en aquella época? ¿cómo es su tratamiento? ¿Por qué es considerada una enfermedad mental?, es necesario aclarar que por el momento solo se ha hecho un ejercicio de aproximación a estas tesis de época.

saber que llegó a Medellín. Además, buscamos comprender cómo se entendió y asumió el Hospital Mental en la sociedad medellinense de aquel entonces.

Esta investigación no se ciñe a una tendencia historiográfica en especial, pero si se sirve de la historia social y cultural de la ciencia, la historia de las ideas médicas y políticas, la historia de las mujeres. Esto, en términos generales, es una historia de la medicalización de las mujeres con ausencia de amor y trastornos mentales.

Para la revisión de la bibliografía se tuvieron en la cuenta los textos ubicados en la Universidad Nacional (Medellín-Bogotá), la Universidad de Antioquia, Biblioteca de Salud Pública UdeA, Universidad Pontificia Bolivariana, Universidad EAFIT, Biblioteca Nacional (Bogotá), la Biblioteca Luis Ángel Arango, Universidad de Los Andes, Universidad Externado de Colombia, Universidad del Bosque y la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá.

Para llevar a cabo el proceso de análisis de las fuentes primarias (historias clínicas) se utilizó un modelo de ficha genérica que nos ayudó a identificar información cómo, fechas de ingreso y egreso, lugar de procedencia, edad, ocupación, entre otros aspectos los cuales son posibles de extraer de dichas fuentes. A continuación se presenta la ficha diseñada para la extracción de información de los casos clínicos.

Nº de expediente:	Edad:	Ciudad de procedencia:	Condición	N	I	B	M
Fecha de entrada:		Fecha de salida:					
Diagnostico:			Médico tratante:				
Tratamiento:							
Observaciones:							

La creación de las tablas y gráficas se llevó a cabo gracias a la reducción de datos que obtuvimos de la ficha anterior, pues al momento de crear los modelos en Excel fue mucho más ágil y rápido el proceso de recolección de información, la primera tabla fue el resumen de todas las fichas e historias clínicas analizadas, las gráficas y tablas presentadas en este trabajo se obtuvieron a partir de dicha ficha principal, se dividieron las edades, género y ocupaciones, ya que estos datos eran de vital importancia para entender una enfermedad como la histeria a partir de singularidades como las ocupaciones, pues en algunos casos eran estos los que desataban las crisis nerviosas, además el género fue revelador para mostrarnos como la histeria pasó de ser una enfermedad que dejó de ser diagnosticada únicamente a las mujeres, estos datos fueron importantes a la hora de realizar el análisis de lo que era entendido por histeria en el ámbito médico europeo y colombiano, ya que estas nos ayudaron a descifrar las diferencias entre la teoría y la práctica.

Capítulo I

¿Qué es la histeria?

1.1 La histeria: enfermedad mental o enfermedad de amor

Si se busca la palabra *Histeria* en el Nuevo Diccionario Histórico del Español¹², se encontrará que el significado que se da en el año 2001 la define de la siguiente manera: “Enfermedad nerviosa, crónica, más frecuente en la mujer que en el hombre, caracterizada por gran variedad de síntomas, principalmente funcionales, y a veces por ataques convulsivos”.² A pesar de esto, al buscar la palabra *Histerismo*, la cual es un sinónimo de histeria, nos encontramos que del año de 1884 a 1925 (siglo XIX y siglo XX) se habla acerca de un “Padecimiento nervioso de la mujer, caracterizado principalmente por convulsiones y sufocación”.¹³ Estos dos significados presentan simples aproximaciones a la enfermedad que se ha denominado *Histeria* y muestra como con el transcurso del tiempo dicha enfermedad comienza a ser cada vez más específica en su carácter científico y médico, pues se dejan de lado variables como el género (volviéndola un padecimiento que hombres y mujeres sobrellevan en medidas similares), el asunto de las edades y las ocupaciones que tienen los enfermos; además, se hace un énfasis en el carácter patológico que tiene esta enfermedad de carácter nervioso.

¹² Nuevo diccionario histórico del español, “histeria 2001”, tomado de: <http://web.frl.es/ntllet/SrvltGUILoginNtlletPub>

¹³ Nuevo diccionario histórico del español, “histerismo 1884”. Tomado de: <http://web.frl.es/ntllet/SrvltGUILoginNtlletPub>.

Paul Mengal sostiene que la histeria ha sido una enfermedad que data de la época clásica¹⁴, Hipócrates fue uno de los primeros en mencionarlo y hacer referencia en cuanto a esta como una enfermedad que afectaba a la mujer, dado que el útero se movía por todo su cuerpo, causando que ellas tuvieran ciertos comportamientos anómalos física y psíquicamente. Otra teoría de la época antigua es que los humores uterinos debían purgarse, añadiendo que las mujeres padecían de esta enfermedad ya que “estaban privadas de relaciones sexuales, lo que provocaba que el útero se acercara, perdiera peso y buscara la humedad necesaria”¹⁵ esta noción de que una enfermedad como la histeria era directamente proporcional a la satisfacción sexual de la mujer se sostuvo hasta el siglo XIX, ya que a partir de aquí la nosología¹⁶ tuvo un papel fundamental para hacer esa diferenciación entre los síntomas de la histeria y demás enfermedades que tuvieran algunos síndromes similares.

La llegada del siglo XIX trajo grandes avances de carácter terapéutico para las mujeres que sufrían de histeria, los estudios de Jean Martin Charcot¹⁷ y posteriormente los de Sigmund Freud¹⁸, contribuyeron de una manera más reducida la sintomatología de la histeria dándole también así el carácter de una enfermedad la cual puede ser delimitada y comprendida en

¹⁴ Paul Mengal. “*Melancolía erótica e histeria*”. Revista de Filosofía de la Universidad del Norte, n° 1. (2003): 110 – 127.

¹⁵ Héctor Pérez Rincón, *El teatro de las histéricas: de cómo Charcot descubrió entre otras cosas, que también había histéricas* (México: Fondo de Cultura Económica, 1998), 52.

¹⁶ Según la RAE es la parte de la medicina que tiene como objeto describir, diferenciar y clasificar enfermedades. RAE. < Nosología >, <https://dle.rae.es/nosolog%C3%ADa>

¹⁷ Jean Martin Charcot, fue un neurólogo francés de gran relevancia en el siglo XIX gracias a los estudios que realizó sobre enfermedades del sistema nervioso, la mayoría de sus obras se encuentran en francés, entre sus textos más relevantes se encuentran: “Conferencias sobre las enfermedades del sistema nervioso: impartidas en La Salpêtrière (1875)”, “Conferencias sobre localización en enfermedades del cerebro (1876)”, “Los demonios en el arte (1887)”.

¹⁸ Sigmund Freud mejor conocido como el padre del psicoanálisis, fue un neurólogo austriaco que centró sus estudios en las enfermedades de carácter psicológico, cabe destacar que fue alumno del mismo Charcot, utilizando en su tratamiento para la histeria la hipnosis como recurso para trabajar el subconsciente, entre sus obras más destacadas se encuentran: “La interpretación de los sueños (1899)”, “Estudios sobre la Histeria (1895)”, “Tres ensayos de teoría sexual (1905).

mayor medida, haciendo que esta fuera mucho más asistida y estudiada. Por una parte, Charcot propuso que la histeria no debía ser tomada como una simple neurosis sino como una enfermedad, tenerla en constante análisis, tratar de diferenciar por medio de la observación y descripción los demás síntomas que lleva consigo esta dolencia; gracias a esta nueva perspectiva propuesta por el neurólogo, la histeria se convirtió en una enfermedad mental. “El cambio conceptual de Charcot sobre la histeria, de una enfermedad neurológica a una mental, no se hizo bruscamente, ni sin avances y retrocesos. En 1888 ya admitió que podía haber una base psicológica en la histeria”¹⁹

Este avance significativo ayuda a comprender como esta enfermedad empezó a generar repercusiones en algunos ámbitos psíquicos, que de la única manera en la que podían ser investigados y estudiados a profundidad eran en espacios donde las personas que sufrían enfermedades mentales eran recluidas, como bien puntualiza Foucault al señalar que el encierro es una herramienta para generar castigo, ejerciendo e infundiendo los ideales que acepta la sociedad²⁰. Freud en cambio, gracias al psicoanálisis, propuso dos tipos de histeria, *la histeria conversión* y *la de angustia*²¹, donde la primera se fijaba en los aspectos sexuales del individuo y la segunda, en el desarrollo del síntoma por medio de las fobias a algunos tipos de elementos exteriores o incluso situaciones que pasan cotidianamente. Freud en su texto *Escritos sobre la Histeria*²² presenta el caso de una paciente que examina y en su escrito relata las observaciones que hace sobre esta, además de su transcurso por todo el tratamiento

¹⁹ J.J Zarranz. “Bourneville, Charcot y la histeria: una carambola administrativa de efectos duraderos”. *Neurosciences and History*, n°4:(2016): 17.

²⁰ Foucault, el poder una bestia magnífica. 2012

²¹ Eduardo Brair “Las neurosis revisitadas en el ciento cincuenta aniversario del nacimiento de Freud”. *Intercanvis- intercambios* (2006): 11-22

²² Sigmund Freud, *Escritos sobre la histeria*. (Madrid: Alianza Editorial, 1974).

que tuvo con dicho personaje. En este texto el autor presenta algunos síntomas de la histeria como lapsus mentales, convulsiones, agitaciones, pérdida del habla o habla excesiva. Dice Freud que la paciente “presenta todas las características de una *petite hystérie* con los síntomas somáticos y psíquicos más vulgares: disnea, tos nerviosa, afonía, jaquecas, depresión de ánimo, excitabilidad histérica”²³.

Dichos síntomas permiten entender, de una manera o de otra, las innumerables manifestaciones que tenía la enfermedad mental, a pesar de que comúnmente era conocida como una neurosis que en algunos casos persistía. La histeria contenía síntomas que variaban dependiendo de los aspectos psíquicos, físicos, sociales y económicos de los enfermos, ya que es algo común observar cómo estos aspectos se entrelazan con la salud mental de la gente.

Estas dos teorías desarrolladas por ambos teóricos (a principios del siglo XX en el caso de Freud), permiten pensar entonces, que una enfermedad como la histeria no era entendida del todo en un país como Colombia o más específicamente en un departamento como Antioquia; se sabe que en esta época la mayoría de las personas que llevaban a cabo estudios sobre problemas mentales, neurológicos o médicos, tenían como base el gran desarrollo teórico francés que se estaba llevando a cabo entre el siglo XIX y XX (esto se deduce al momento de observar las tesis de medicina de la época, en especial la bibliografía con la que cuentan estos trabajos)²⁴. Pero como se dice por ahí una cosa es la teoría y otra la práctica. Herwin

²³ Freud, *Escritos sobre la histeria*, 15.

²⁴ Esta aproximación se hace de una manera empírica, pues al momento en el que se revisaron las Tesis de Medicina de la época que se encuentran custodiadas en la UNAL- Medellín se pudo observar en la bibliografía de muchos trabajos este aspecto, se advierte que hace falta una investigación más profunda sobre los teóricos y

Cardona aduce que “lo cierto es que hasta los estudios de Charcot y, posteriormente el descubrimiento de Freud, nadie sabe que es la histeria; de hecho, sus síntomas parecen ser la caricatura de casi cualquier enfermedad”²⁵

Desde las historias clínicas consultadas y a partir de la teoría de Paul Mengal, se puede deducir que la histeria en un principio fue una enfermedad de amor, donde las mujeres que no eran “satisfechas sexualmente” eran las principales afectadas, donde se volvían melancólicas, deseosas, que al más mínimo reproche hacía que se alteraran y tuvieran un momento de excitación, donde la mente jugaba malas pasadas. Posteriormente, el estudio de dichos episodios fue visto como algo más, donde la sintomatología comenzaba a ser más estudiada y vista como una manera de entender las reacciones físicas y mentales de una persona, ayudando a ejercer una nueva mirada respecto a la histeria, convirtiéndose así en una enfermedad de carácter mental —gracias a los estudios desarrollados y a la propuesta de Charcot—, la cual necesitaba ser atendida en un lugar específico, ya sea manicomios u hospitales.

Sin duda alguna, la histeria fue durante los siglos XVIII, XIX y XX una enfermedad con un gran vacío teórico y práctico, pues seguía siendo una patología con síntomas universales, es decir, la histeria era un enigma para la ciencia médica y por varias décadas tuvo numerosas sintomatologías tanto psíquicas como mentales, ya sean convulsiones, excitación o desorientación, las cuales no se evidenciaban si eran de esta enfermedad específica u otra

los libros que consultaban los médicos en aquellos tiempos, pero por cuestiones de logística y la pandemia no se ha podido establecer este estudio.

²⁵ Herwin Cardona. “El tratamiento de la histeria a finales del siglo XIX y XX y el agujero de la ciencia médica”. Desde el Jardín de Freud, n° 12: (2012). 300

enfermedad de carácter nervioso y como se mostró en el Manicomio Departamental de Antioquia: una persona histérica simplemente podía ser una “*amenaza social*”, pero esto en cuestión se expondrá y analizará más adelante.

1.2 La soledad y el desamor ¿causas de la histeria?

El cuadro histérico estaba constituido por una serie de fases, conocidas como fase de movimientos ilógicos, fase de actitudes pasionales y fase del delirio. Los síntomas previos son “malestar inapetencia y a veces vómitos. Esta taciturna, melancólica, o por el contrario presa de una sobreexcitación extrema”. Aparecen luego fenómenos dolorosos que preceden al ataque que aparecen por lo general en el siguiente orden: dolor histérico en el cuello, pitidos en el oído, sensación de martillazos en la región temporal, obnubilación de la vista. Después la pérdida del conocimiento marca el inicio del ataque.²⁶

Es necesario entender, como se expresó anteriormente, que la histeria es una enfermedad que cuenta con cuadros clínicos muy diversos, que se manifiesta y se consolida dependiendo de las personas, sus antecedentes y muchos factores externos que influyen, también, a la hora de dar un diagnóstico como este. Teniendo en cuenta el significado de histeria expuesto al principio de este capítulo, se observó que aquellos episodios donde las mujeres sufrían cierto tipo de “actitudes pasionales” eran histéricas y posteriormente, a medida que el tiempo transcurría, dicha patología tomaba nuevas formas de interpretación, haciendo que se dejara de lado el carácter pasional como un síntoma y se tomaron en cuenta nuevos factores como las formas del habla, convulsiones, melancolía y muchos otros, para el diagnóstico de dicha enfermedad de carácter mental. Tal vez sea esta la razón por la cual no se ha estudiado de

²⁶ Cardona, “*El tratamiento de la histeria*”, 301.

manera suficiente y es justamente este vacío el que me ha llevado a estudiarla, teniendo como apoyo fundamental las historias clínicas que reposan en el archivo del Hospital Mental de Antioquia, llamado de ahora en adelante HOMO, y de esta forma extraer de aquí ciertos aspectos que fueron recurrentes a la hora de que el alienista²⁷ y médico tratante hablaran sobre esta enfermedad.

Las historias clínicas son importantes para este tipo de estudios e investigaciones, en primera instancia porque muestran factores necesarios para hacer una aproximación a los estudios médicos de la época, la población y los avances médicos que se tuvieron durante el periodo escogido para esta pesquisa; las historias clínicas presentan en su estructura, un certificado médico donde se explica el motivo de llegada de la persona a la cual se le va a internar, un diagnóstico que es necesario para poder ver el tratamiento que se asignaba a los asilados, una historia clínica donde se muestra las observaciones del alienista, el proceso del interno, los medicamentos que recibe, los padecimientos que sufre a lo largo de su estancia en dicho lugar. Todos estos factores y las observaciones, vale la pena señalarlo, eran elaborados por el alienista, el médico general o enfermero que se encargaba en algunos casos de los pacientes. Un dato valioso y curioso de las historias clínicas del HOMO es que todas las personas que murieron se identifican porque tienen una cruz en la esquina derecha del papel, además de dar cuenta del motivo del deceso.

Hay que tener en cuenta que las historias clínicas a medida que pasa el tiempo se van volviendo mucho más técnicas y específicas en algunos ámbitos, pues ya se tenían elementos

²⁷ El alienista era el médico encargado de las enfermedades mentales, como bien explica el nombre, trataba de alienar la mente de la persona para que esta volviera a ser incluida en la sociedad.

como los exámenes médicos (algunos ejemplos de estos son los exámenes de sangre, toxinas, y chequeos generales de peso y demás) que se le hicieron a los pacientes y tratamientos mucho más medicalizados, es decir el uso de fármacos es más constate. Las historias clínicas son una fuente llena de muchísima información que ayudan a tener una aproximación a la historia de la medicina en Colombia y en especial a una especialización como lo es la psiquiatría.

Edad	Raza	Estado Civil	Género	Ocupación	Lugar de procedencia	Fecha de entrada	Fecha de Salida
15	B	S	F	O.D	Caldas	1929	1946
16	Aindiada	S	F	Carbonera	Guarne	1934	1934
16	Me	S	F	O.D	Angostura	1940	1940
18	Mu	S	F	O.D	Medellín	1923	1951
19	N.R	C	F	O.D	Jericó	1920	1921
20	B	S	F	O.D	Santo Domingo	1943	1944
20	B	S.I	F	O.D	Támesis	1929	1930
21	N	C	F	Maestra	Quibdó	1934	1935
22	B	S	F	O.D	Belmira	1916	1923
22	B	S	F	S.I	Bolivar	1921	1922
23	Me	S	M	Agricultor	Ituango	1937	S.F
23	Mu	S	F	O.D	Támesis	1929	1930
24	Mu	S	F	O.D	Medellín	1921	1945
24	Mu	S	F	O.D	Medellín	1921	1922
24	Mu	S	F	O.D	La ceja	1922	1946
25	Aindiada	S	F	O.D	Medellín	1938	1939
26	Mu	S	F	O.D	Angelopolis	1917	1934
26	B	C	F	O.D	NR	1920	SF
26	Me	C	F	O.D	La ceja	1923	1923
27	Me	S	M	Agricultor	La Estrella	1933	1935
27	Me	V	F	S.I	Jericó	1915	1921
27	B	C	F	O.D	Rionegro	1919	1923
27	Me	S	F	O.D	Sopetran	1940	1941
28	N	S	F	O.D	Angostura	1921	1922
30	B	S	F	O.D	Betania	1934	1935
30	N	C	F	O.D	Medellín	1917	1921
30	Mu	S	F	O.D	Medellín	1921	1921
30	Me	V	F	O.D	Barbosa	1928	1928
32	Mu	S	F	Sirvienta	Medellín	1903	1926
32	N	S	F	O.D	Medellín	1919	1920
35	N	C	F	O.D	Frontino	1920	1920
35	B	S	F	O.D	NR	1920	1947
36	B	S	F	O.D	Yali	1936	1937
36	N	C	F	S.I	Guarne	1911	1951
36	B	S	F	Religiosa	Medellín	1928	1929
38	Mu	S	F	S.I	Girardota	1908	1922
40	Me	S	F	O.D	Pueblo Rico	1922	1923
42	Me	C	F	O.D	Medellín	1920	1922
45	Me	S	F	Sirvienta	Manizales	1919	1923
45	Mu	S	F	O.D	Amagá	1922	1922
45	Me	V	F	O.D	Rionegro	1930	1930
46	B	S	F	O.D	Medellín	1922	1950
47	B	S	F	Panadera	Abejorral	1917	1926
48	Mu	C	F	O.D	Sabanalarga	1919	1923
48	B	C	F	O.D	Fredonia	1920	1928
50	Mu	C	F	Sirvienta	Armenia	1914	1939
50	B	S	F	S.I	Medellín	1929	1929
56	Me	C	M	Agricultor	Medellín	1939	1939
57	N.R	ntes casac	F	S.I	Manizales	1908	1921
62	B	C	F	O.D	Santa Rosa	1915	1922

O.D= Oficios domenticos, S.I= Sin infomación, S.D = Sin dato, N.R = No registra, S.F = Sin fecha

Tabla 1. Resumen de las historias clínicas transcritas, aquí se evidencian factores como la edad, raza, estado civil, género, ocupación, lugar de procedencia, fecha de entrada y de salida de los asilados²⁸. Las siglas Me, Mu, B, N.R, C, S, S.I, O.D corresponden a los siguientes significados: Me= mestiza, Mu= mulata, B= blanca, N.R= no registra, C= casada, S= soltera, S.I= sin información y O.D= Oficios domésticos.

²⁸ Fuente: Laboratorio de Fuentes Históricas Universidad Nacional de Colombia (LFHUN), Fondo Hospital Mental de Antioquia (HOMO), Historias Clínicas (HC).

En primera instancia se hace una aclaración sobre los datos que se encuentran expuestos en *Tabla N°1*, donde se sintetiza la información de las 50 historias clínicas estudiadas y transcritas en esta investigación. Viene bien aclarar que hay un total de 130 historias clínicas (por el momento) que tienen como diagnóstico la Histeria o las variables de esta enfermedad. A raíz de la contingencia pandémica del COVID-19, en esta pesquisa solo se pudo sustraer 50 historias clínicas, analizadas y puestas en juego dentro de la configuración y desarrollo de este escrito. La historia clínica más antigua corresponde a un paciente ingresado en el año de 1903 y la más reciente de 1951, permitiendo inferir que la histeria fue una enfermedad que perduró por muchas décadas en la sociedad antioqueña y que fue un problema que, a pesar de los años de estudio, siguió siendo un enigma para los médicos que trataban enfermedades que tuvieran que ver con el aspecto mental.

De 50 casos estudiados, 30 personas son solteras, es decir, el 60%, siendo la mayoría de los pacientes, el otro 40% fueron asilados, casados o viudos; lo que indica que la mayoría de los pacientes diagnosticados con Histeria eran solteros. Teniendo en cuenta lo anterior, las edades que más hacen eco en este estudio son las que oscilan entre 26 a 30 años, dado que son el 24% de los casos estudiados. Si tenemos en cuenta que la mayoría de los pacientes eran solteros y que las edades más representativas en esta muestra son de los 26 a los 30 años, pensaríamos que, para la época estudiada, los pacientes estaban un poco atrasados, teniendo en cuenta los estándares idealizados de la creación de una familia.

Finalmente, en cuanto al lugar de procedencia, se tiene que el 28% de los pacientes eran residentes en la ciudad de Medellín, el otro 72% provenían de diversos lugares, aun así, sin una frecuencia representativa, es decir, la mayoría de pacientes diagnosticados con histeria

venía de espacios geográficos de Antioquia diferentes, consecuencia de los múltiples cambios que tuvo Antioquia a finales del siglo XIX y principios del siglo XX en los aspectos económicos e industriales, dicho crecimiento poblacional que se tuvo en Antioquia a principios del siglo XX, como bien menciona Catalina Reyes, quien aduce que “Medellín y su importancia como centro comercial, con el desarrollo de sus nuevas industrias y su consolidación como centro educativo y político de la región antioqueña obraron como un imán sobre la población rural”²⁹, ejerciendo así una amplitud demográfica en todo el territorio antioqueño, atrayendo con nuevas oportunidades a la población rural, pero cabe destacar que no solo ese aspecto fue el que produjo la llegada de muchos de los asilados en el Manicomio Departamental, también numerosos pueblos o municipios enviaban a los “locos” a este espacio, afirmando que eran mucho más aptos para el tratamiento del padecimiento de la persona, pues ahí se encontraban los especialistas y verdaderos médicos que iban a auxiliar de manera inmediata a las personas.

Edad	Cantidad	%
15-20	7	14%
21-25	9	18%
26-30	12	24%
31-35	4	8%
36-40	5	10%
41-45	10	20%
>50	3	6%
Total pacientes	50	

Tabla 2. Edad de los asilados por Histeria 1903-1951

²⁹ Catalina Reyes Cárdenas, “Higiene y salud en Medellín 1900-1950”, *Estudios sociales* n°7, FAES, (1994): 15.

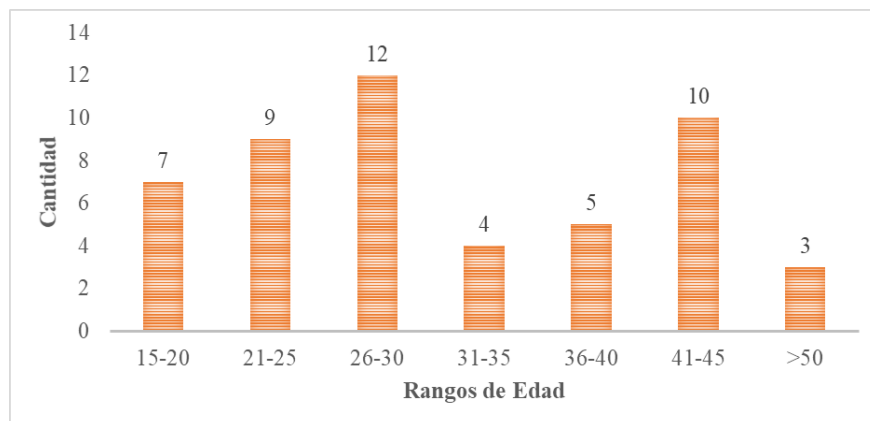


Gráfico 1. Edad de los asilados por Histeria 1903-1951

Para dar un ejemplo, la paciente 1906³⁰ en su certificado médico cuenta con la siguiente descripción médica: “empezó a manifestar ideas absurdas, caprichos, tristezas, llanto con mucha frecuencia”. En la historia clínica no se explica la razón por la que tiene estos accesos depresivos, pero estos síntomas si son algo comunes en los certificados médicos de varias asiladas, la melancolía es algo recurrente en los diagnósticos de histeria. Como bien se ve a continuación, donde, en otro caso, la asilada 1828³¹ tiene una “enajenación mental caracterizada por mal carácter [...] que empezó hace cinco meses aproximadamente después de la muerte de su señor padre”.

El desamor no es algo recurrente en las historias clínicas, pero hay casos donde las mujeres tienen episodios de excitación por la religiosidad, un ejemplo de esto es la historia clínica 7574³², la cual presentaba “perturbaciones mentales consistentes en religiosidad exagerada al extremo de haberse convertido en obsesión el deseo de que un joven de la casa donde sirve

³⁰ LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 1906.

³¹ LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 1828.

³² LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 7574.

que ha estado en el seminario se ordene son vocación, contrariado por cuya salida ha resuelto suicidarse”.

El atentar contra la vida propia y la de los demás también eran síntomas muy comunes que tenían los pacientes con histeria, pues esto suponía para la sociedad de aquel entonces que la persona podría ser una “loca” la cual necesitaba una reprimenda, pues el quitar la vida era una abominación para las personas de la época y que mejor forma y tratamiento, según la época, que en un espacio donde se alienaban para volverlas nuevamente seres sociales. Si bien no se tiene una suposición sobre que el desamor y la soledad eran causas para la histeria en Antioquia, no se puede determinar que fuera igual en otros espacios geográficos, es decir, puede que ser un suicida fuera un motivo para ser diagnosticado con histeria en Antioquia, pero en los países europeos simplemente sea un suicida y nada más. La melancolía por otro lado, si se convirtió en un factor muy recurrente a la hora de hablar sobre la histeria, pues la añoranza de las asiladas por ciertas situaciones o personas las volvía sensibles generando así reacciones algo exageradas.

1.3 Aproximación a la Histeria, estudio de casos

“La histeria es un estado particular del dinamismo nervioso; en ella hay exceso de energía; solo que esta no se emplea útilmente y se convierte en convulsiones, contracturas, incoherencias en la conducta”³³.

La definición anterior, elaborada en el año de 1907 en un artículo de la revista francesa *Journal des Practiciens*, daba cuenta de la noción de Histeria, dejando por sentado que esta

³³ Jairo Gutiérrez, *Locura y sociedad, alienismo tardío, psicopatología e higiene mental en la modernidad colombiana 1870-1968* (Medellín: Editorial institución Universitaria de Envigado, 2019) 170.

afección no era una enfermedad, más bien se tomó como un caso particular del sistema nervioso que generaba cierto tipo de patologías en las personas que sufrían de aquella afección nerviosa. En consecuencia con lo anterior, se establece la siguiente pregunta, sabiendo que la histeria no era tomada como una enfermedad, ¿por qué hay casos de personas histéricas con tratamiento en un lugar de encierro como lo es el Manicomio Departamental y Hospital Mental de Antioquia?

Para responder esta pregunta es necesario comprender qué se entendía por histeria en Colombia o Medellín en el siglo XX. El Dr. Lázaro Escobar, por ejemplo, en sus estudios elaborados en torno a la neurastenia, definía la histeria en los siguientes términos: “Hay estrechez en el campo de la conciencia. Faltando esta síntesis, la histérica renuncia a tal o cual sensación. De allí vienen: las perturbaciones visuales, porque olvida las imágenes; las alteraciones motoras, porque olvida los movimientos; las anestias localizadas o generales, porque olvida sintetizar la sensación”³⁴. De aquí parten dos situaciones, la primera es que se le sigue atribuyendo esta afección a las mujeres y la segunda que la histeria tiene ciertos tipos de síntomas generalizados, es decir, las histéricas deben padecer cierta cantidad y similitud en los síntomas para que se les considere una persona histérica.

A pesar de esto, si nos introducimos en los casos de histeria en Antioquia estudiados, entenderemos que los factores anteriormente dichos no son algo recurrente en las historias clínicas propuestas para llevar a cabo este análisis, pues se evidencian casos de histeria femenina y masculina (teniendo en cuenta que el doctor Escobar hace una salvedad, pues él le atribuye la histeria únicamente a lo femenino), además de que muchas de las asiladas y

³⁴ Dr. Lázaro Escobar, “Neurastenia: Estrechez en el campo de voluntad: neurosis”. Tesis de medicina (1900).

asilados contaban con ciertas particularidades en cuanto se hace la descripción del certificado médico, la historia clínica y el tratamiento propuesto para estas personas.

Como bien se entendió, la histeria se había convertido en una enfermedad donde las mujeres eran las principales afectadas, pero hay casos donde los hombres también hacen parte de este diagnóstico, eso sí, a la hora de especificar un tratamiento médico las historias clínicas quedaban vacías en este aspecto. Es importante resaltar que se debe tener presente que los casos donde los hombres figuran diagnosticados como histéricos son escasos, cortos y con poca información, lo que se puede inferir que era todavía un tema llano, poco explorado y, por consiguiente, tenía como objetivo la exploración de la figura femenina, dado que, como se vio en principio, era un tema uterino, el cual, biológicamente hablando, le compete única y exclusivamente al género femenino.

Género	Cantidad
F	47
M	3
Total general	50

Tabla 3. Género de los pacientes diagnosticados por histeria 1903- 1951

Si recurrimos al ejemplo, se observa que el paciente 2939³⁵ “viene siendo una amenaza social en momentos de delirio agudo”, agregando que, a partir del carácter psíquico, “siempre habla en voz baja y tiene un constante dolor de cabeza”. Este paciente tuvo su ingreso en el año de 1933 donde se especifica los síntomas anteriores y posteriormente en el año de 1934 el alienista continuó agregando en la historia clínica que el paciente permanece “con dolor de

³⁵ LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 2939.

cabeza, temblor en miembros superiores e inferiores, modulaciones casi permanentes como quien reza en secreto”. El médico tratante, Lázaro Uribe, anotó en las observaciones las actitudes histeriformes que eran “temblor generalizado, apenas puede ponerse de pie”.

Al analizar las historias clínicas, especialmente los marcos y diagnósticos médicos, se infiere que, a partir de la recopilación de la información, los hombres que sufrieron de histeria tenían como ocupación ser agricultores. Si bien es un aspecto particular, permite vincular el oficio con las actitudes corporales y mentales del agente social. Un caso es el que se presentó en el año de 1939, donde el paciente 4873 diagnosticado con psicosis histeriforme tenía en su certificado médico la siguiente descripción:

Perturbaciones mentales consistentes en hace dos días, fue traído a la casa de pobres y desde entonces tiene periodos frecuentes de excitación en que habla y grita sobre todo de noche de modo que perjudica el sueño de los demás asilados, otras veces arroja al suelo la comida que se le da... ignora cuando comenzaron... atenta contra la vida de otras personas.

Además, en la historia clínica se especifican los aspectos del matiz histérico:

Cae al suelo permanece sin modificar la posición durante horas [...] se levanta y busca asiento precipitadamente en algún rincón del departamento. Estas fueron manifestaciones dignas de anotarse que presentó durante los primeros tres días de su aislamiento, manifestaciones que desaparecieron totalmente al cabo de dicha plaza, mostrándose muy correcto, jovial, afable y obediente.

Sin embargo, un asunto particular en la historia clínica es que el asilado cuando entró en un proceso de recuperación y mejoría tuvo la posibilidad de contar como llegó a ese estado:

Ya restablecido cuenta que él se vino de su pueblo y empezó a andar sin rumbo por las calles de Medellín cuando la policía lo recogió y lo llevo a la Casa de los

pobres en donde se hallaba cuando fue remitido al asilo... se le concede la salida³⁶

Como bien se ve en estas dos historias clínicas donde los hombres son protagonistas, a pesar de que los síntomas son un poco diferentes, el desequilibrio nervioso se da de diversas formas en cada individuo, además la anotación de la persona que hace el certificado médico es similar: “es una amenaza social, atenta contra los otros”. Esto siendo un motivo para que ambos sujetos sean puestos como unos asilados del Manicomio Departamental. En el caso del segundo hombre, a la hora de sus episodios de psicosis tuvieron que dejarlo apartado de los mismos asilados que compartían el departamento con él. La amenaza social era una forma también de advertir sobre una persona que estaba fuera de lo común, que era probable que atentase contra la vida de los demás como con su propia vida y por tal motivo se le considerase con reacciones anormales desatando esto el encierro en dicho espacio de cura. El tratamiento propuesto para estos dos pacientes sigue siendo un enigma, pues nunca se especificó cuáles iban a ser los métodos o mecanismos para combatir esta enfermedad o el alienista o los enfermeros no tenían intenciones de ponerlo y sustentarlo en la historia clínica ya sea por motivos de tiempo o no les era necesario tenerlo.

A la hora de ver las historias clínicas de las mujeres que son histéricas hay varios factores que cambian. En primera instancia, en la mayoría de las historias clínicas se especifica el tratamiento que recibe la asilada, la mayoría de las mujeres tienen como ocupación los oficios domésticos, o sea que permanentemente residen en su casa, ya sea con su familia o esposos.

³⁶ LFHUN, HOMO, Historia clínica 4873.

La paciente 121 con el diagnóstico de histeria se internó por ser una antigua asilada, se hizo referencia en la historia clínica de que en las mañanas estaba tranquila hasta el momento donde tiene accesos violentos los cuales el alienista menciona como un factor que se le atribuye “a la inestabilidad especial del sexo, la edad y del estado civil”³⁷; esta historia clínica se vuelve muy representativa a la hora de analizarla, pues se trata de una mujer de 47 años, soltera que no especifica más síntomas que los mencionados tiene un diagnóstico de histeria y con una duración de nueve años en el Manicomio Departamental, sin tratamiento específico, sin una sintomatología diciente sin ningún otro tipo de información, hay que hacer la salvedad que esta paciente es del año de 1917, lo que significa que la medicina y los especialistas en las personas alienadas estaba entrando en una etapa de modernización, pero lo que es curioso es que a pesar de ser una de las historias clínicas más antiguas, ya se tenía en cierta medida lo especificado que se entendía por Histeria en Antioquia en aquel tiempo, pero aun así, sigue siendo un diagnóstico inconcluso y bastante dudoso.

Ocupación	Cuenta de ocupación
Agricultor	3
Carbonera	1
Maestra	1
O.D	34
Panadera	1
Religiosa	1
S.I	6
Sirvienta	3
Total general	50

Tabla 4. Ocupación de los pacientes que sufrían de Histeria 1903-1951

³⁷ LFHUN, HOMO, Historia clínica 121.

De las 47 pacientes femeninas, el 72.3% se dedicaban a los oficios domésticos, lo que indica que eran amas de casa, mujeres que no tenían esta actividad como un trabajo remunerado, en la medida en que se diferencian de las identificadas como sirvientas 6,4%. Estos oficios ejercidos por las pacientes con histeria van de la mano con el ideal de feminidad y las tareas que debían llevar a cabo las mujeres del siglo XIX, las cuales se alargaron hasta principios del XX en Colombia, como bien lo menciona Suzy Bermúdez: “los oficios aceptados eran ser maestras, costureras, voluntarias, al igual que las labores manuales y la pintura. Si en algún caso la mujer decidía trabajar fuera de la casa durante su tiempo libre debía tratar de no perder su feminidad”³⁸. Puede que esto sea una causa para que la mayoría de las mujeres sean las encargadas de las labores domésticas, sirviendo ya sea a su marido o familia.

La autora Inés David presenta en su trabajo, *Las trabajadoras de Medellín: entre la necesidad y la exclusión (1850-1900)*, donde menciona que el trabajo femenino fue una respuesta a la necesidad de las clases populares, pues al ser una mano de obra mucho más asequible generaba una nueva dinamización en el aspecto económico, sin embargo, a pesar de la mujer ser vista como mano de obra seguía teniendo ciertas restricciones a la hora de laborar, pues con todo y eso. La necesidad que tuviera ella o su familia se podían generar discusiones o mal interpretaciones en sus trabajos. Dice la autora:

Las mujeres de Medellín recurrieron a una amplia gama de actividades para encarar la pobreza, pero decidían en correspondencia con la idea de que fueran labores “propias de su sexo”, por lo que no dejaba de ser un campo laboral restringido. En conformidad con esta definición, las mujeres se dedicaron

³⁸ Suzy Bermúdez “Mujer y familia durante el Olimpo Radical”. *Anuario Colombiano de la Historia Social y de la Cultura*, n° 15: (1987): 76.

sustancialmente al servicio doméstico, a la venta de productos elaborados por ellas mismas, a atender pequeñas tiendas y pulperías de su propiedad, a prestar servicios ocasionales en costura, lavado, planchado de ropa en casas de familia, o abasteciendo puerta a puerta agua, leña, leche o carbón. La experiencia de trabajos realizados como amas de casa representó el aprendizaje necesario para desempeñar un oficio remunerado, ya en sus propias casas o fuera de ellas. Las condiciones materiales de la vida doméstica hicieron del cuidado de las casas ajenas una labor ardua y dispendiosa, por ello, el servicio doméstico representó uno de los frentes de mayor demanda de la mano de obra femenina.³⁹

No es gratuito que la mayoría de las mujeres denominadas *históricas* hicieran parte de ese círculo de las “labores de su sexo”, pues muchas de ellas presentaban la necesidad de trabajar, para subsistir ellas mismas o atribuir de alguna forma en sus hogares, aun así, la necesidad de perpetuar el ideal del matrimonio y la formación de un hogar, no dejaba de lado los pensamientos de dichas mujeres de aquellas épocas, por más trabajo que tuvieran y fueran de alguna forma independientes, el fantasma del ideal femenino las perseguía, a tal punto que en algunos casos las psicosis por el desarrollo de una vida imaginada perfecta fuera la causante de su encierro en un lugar de cura como lo fue el Manicomio Departamental.

Así también, es necesario entender que a medida que el tiempo va transcurriendo las historias clínicas van teniendo en cuenta aspectos diferentes y los médicos tratantes tienen nuevas formas de relacionarse y diagnosticar a los pacientes, proceder con sus tratamientos y determinar cuándo es suficiente y necesario dar de alta a sus pacientes. Algunas pacientes, mostraban en el certificado médico razones por las cuales debían ser internadas en el

³⁹ Inés David Bravo. “*Las trabajadoras de Medellín: entre la necesidad y la exclusión (1850-1900)*”. Historia y Sociedad, n° 13 (2007).99, <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/gsd/ cgi-bin/library.cgi?a=d&c=co/co-020&d=HASH0100989ed77ffb05b6134abf.5>

Manicomio Departamental, se pensaría que se trata de certificados donde los síntomas eran claros, concisos, precisos y con ciertas particularidades médicas y sintomatológicas que se debían poner y expresar para saber si era necesario un tratamiento, donde la salud mental de la persona fuera la protagonista.

Dos casos particulares se relación estrechamente con lo anterior. Uno de ellos es sumamente específico con los síntomas de una manera más exacta y medicamente sustentable y otro donde el certificado médico consta de variables donde un ideal femenino se ve envuelto.

En primer lugar, la paciente asilada 6091⁴⁰ de 20 años la describen de la siguiente forma:

Se trata de una muchacha de aspecto tranquilo, con su delirio de matrimonio, solo piensa y habla de un novio ideal, riquísimo y al mismo tiempo es albañil y pichón de médico, habla de seis, ocho y más telegramas que recibe por día, anunciándole dinero, trajes, etc... Debe ser asilada en el manicomio por ser peligrosa para consigo misma.

En su estado psíquico el médico pone lo siguiente: “presencia de un delirio erótico que consiste en hablar de un matrimonio que debe verificarse mañana mismo”. El diagnóstico para ella fue de una psicosis histérica; posteriormente, la historia clínica cuenta asuntos sobre algunas alteraciones nerviosas leves que sufría la asilada: “presentó un delirio erótico... este delirio estaba acompañado de una inestabilidad del humor muy marcado que se presentaban en la menor contrariedad”. El médico manifiesta que después de unos meses la paciente estaba más calmada y por tal motivo le fueron asignadas tareas del hogar. Finalmente, hace esta anotación sobre su fallida salida por falta de familiares que la reclamarán: “permanece

⁴⁰ LFHUN, HOMO, Historia clínica 6091

en el servicio un largo tiempo debido a que no fue posible conseguir que su madre la reclamara... y como es una muchacha erótica y de no mal parecer se le considera arriesgado salir sin persona que la cuide y vigile”.

Por otro lado, tenemos a la paciente 3112⁴¹ que está asilada. En su certificado médico se advierten los siguientes síntomas: “perturbaciones mentales consistentes en alucinaciones visuales y auditivas que provocan accesos furiosos... su conversación es incoherente y hace alusión a las alucinaciones que padece”. En definitiva, este último caso conviene más con la descripción que se tiene sobre la histeria, pues los síntomas son mucho más similares a la descripción teórica. A pesar de esto, la histeria sigue siendo una enfermedad que tiene diversos cuadros clínicos donde la similitud de síntomas es muy escasa, ya que al hablar de semejanzas en algunos de los indicios histéricos se encontraron no más de cinco historias clínicas con los mismos síntomas y donde influyen varios factores a la hora de hacer un diagnóstico.

Si bien, las historias clínicas de un hombre y de una mujer diagnosticados con histeria son diferentes. A las mujeres se le suman muchos más factores externos a su diagnóstico, su condición civil, su trabajo, sus ideales. Es normal ver en las historias clínicas cómo el médico o el alienista hacían referencia a los ideales femeninos que se tenían de la mujer, que no eran nada acordes con estas mujeres y de cierta manera influye en sus decisiones y procedimientos: ser casada, tener hijos, pensar en el bienestar del marido, entre otros. En

⁴¹ LFHUN, HOMO, Historia clínica 3112

cambio, en los diagnósticos de los hombres, se perciben más acertados más concretos y médicamente más relacionados con la teoría que se tenía de una enfermedad como la histeria.

Es posible, por ende, hacer dos conclusiones. La primera sería aducir que la histeria es una enfermedad que puso en duda si debía de tratarse como una enfermedad mental y que, una posible solución, a esto era encerrar a las asiladas en un espacio donde se les corrige y se les medicaliza para poder lograr un avance significativo en cuanto a la salud mental del paciente. En otros términos, medicina, instrucción y disciplina.

La segunda conclusión es que, de acuerdo con los documentos estudiados, los médicos y los alienistas no sabían a ciencia cierta que era la histeria, las repercusiones que tenía esta enfermedad, sus verdaderos síntomas, los posibles factores que generaban dicha enfermedad. Esto es un vacío médico que se tuvo en el siglo XX, pero lo que resulta dicente es que a pesar de estos diagnósticos algo inconclusos hay más de 130 casos⁴² que nos demuestran que era una enfermedad que existía y hacía parte de la sociedad.

⁴² En la base de datos de la Universidad Nacional Sede Medellín donde se encuentran las descripciones de las historias clínicas, realicé un filtro donde me arrojó que con el diagnóstico histeria y sus similares había un total de 130 historias clínicas.

Capítulo II

El Hospital Mental: lugar de cura, lugar de encierro

El Manicomio Departamental fue una institución creada a finales del siglo XIX con el motivo de proteger y curar a las personas alienadas⁴³ que vivían en todo el territorio antioqueño. En este espacio el encierro era una manera de preservar en algunos casos tanto la integridad de la persona afectada mentalmente, como el orden social y moral en la sociedad, en términos generales aludiendo a Michel Foucault ya que este revela en sus estudios que estos lugares eran escenarios para reordenar la vida de los *infames*, adoctrinarlos, disciplinarlos e instruirlos conforme sugería –y obligaba– la moral, las reglas y las costumbres establecidas en la época⁴⁴. En dicho lugar se ejercían prácticas médicas donde el sujeto estudiado era diagnosticado, tratado de acuerdo con ello y tenidos en cuenta sus avances o retrocesos se procedía al estudio sobre si esta persona era apta o no para estar otra vez en la sociedad. Muchas veces se ha pensado que los manicomios sirven solo para personas que sufren de algún desorden mental, pero teniendo en cuenta el análisis de las historias clínicas de esta pesquisa, se puede inferir que es recurrente que algunas familias solo buscaban un escarmiento en algunos pacientes, en otras palabras, era un recurso pedagógico para poner orden y disciplina en la vida de personas que tenían comportamientos reprochables.

Era entonces el Manicomio Departamental un espacio donde confluían un copioso número de perspectivas, de vidas y de personajes, por tal motivo se convirtió en un fenómeno social

⁴³ Se entenderá por alienada a la persona que va en contra de los ideales propuestos, que está loca.

⁴⁴ Michel Foucault, *Vigiar y castigar. El nacimiento de la prisión* (México: Siglo XXI, 2009), 228.

que lograba agrupar un conjunto de personas que tenían diferentes papeles en el desarrollo del mismo, pero, con todo y eso que, siguen siendo parte de una sociedad, donde la salud mental y sus protagonistas estaban empezando a dar los primeros pasos para ser un poco más reconocidos tanto a escala a regional como nacional.

2.1 Apreciaciones de un tema historiográfico: la locura y la producción histórica

José Andrés Silva presenta un análisis sobre los espacios y el cuerpo en la ciudad de Medellín trayendo a colación las grandes reformas urbanas que comenzó a tener en la ciudad a finales del siglo XIX, exponiendo como grandes reformas aspectos sobre el alcantarillado, la creación de estructuras e instituciones para poner en un orden a la sociedad de aquel tiempo. Sin duda alguna, el *Manicomio Departamental* o *Casa de Locos*, fue una institución que tuvo una gran relevancia a la hora de hablar sobre espacios que ayudaran a la conformación de una sociedad más sana, saludable y moralmente correcta, por tal motivo era de vital importancia que dicho lugar estuviera a las afueras de la ciudad, pues este se alejaba de convertirse en un espacio social, para pasar a ser un espacio individual, donde “un objeto como el cuerpo del loco lo es tanto ocupa un espacio”⁴⁵, es decir, el espacio donde se encuentra una persona enferma ya sea física o mentalmente, pasa a convertirse propiamente en una respuesta a la necesidad de tener recluido a esa persona para su recuperación y volverla a inscribir en el ámbito social. El cuerpo enfermo también es un motivo de estudio y exclusión, el cual al no verse direccionado a lo “común o normal” se vuelven objeto de reproches y discordias para las personas del día a día.

⁴⁵ José Andrés Silva. “*Espacio, cuerpo y subjetividad en el manicomio Departamental de Antioquia 1875-1930*”. (Tesis de Magister, Universidad Nacional, 2012), 34.

El autor hace una aclaración arguyendo que el Manicomio de Antioquia fue una respuesta del gobierno departamental para salvar la *Casa de Enajenados*, para que este también pasara a ser parte del departamento y no del Municipio, trayendo como consecuencia una intervención administrativa mucho más completa, en otras palabras, mayores recursos. Las reformas urbanas que sufrió Medellín en los siglos XIX y XX trajeron como consecuencia la “reconfiguración del cuerpo social en un nuevo espacio urbano en desarrollo”⁴⁶, lo que terminó siendo una derivación de una nueva forma de apropiarse de los lugares, y más de un espacio como lo fue el Manicomio Departamental de Antioquia.

Otro aspecto importante y con el que concluye el autor es sobre la geografía médica que se dio en Antioquia en el siglo XX, donde los médicos y los especialistas en la salud trataban de demostrar como el saber del territorio se puede entrelazar con el saber sobre el cuerpo⁴⁷, mostrando teorías donde espacios, territorios y enfermedades confluían por aspectos exteriores (más que todo, climatológicos), por ser de tal parte puedo ser mucho más propenso a tal enfermedad. El autor finaliza mencionando como la geografía médica ayudó a que se conceptualizaran algunas repercusiones sobre el alma, haciendo así que alma, cuerpo y espacio sean factores que ayuden a derivar diversas formas de enfermedades en las personas.

Por otra parte, Jairo Gutiérrez Avendaño y Yamid Marín⁴⁸ presentan en primera instancia como fue el recorrido de las instalaciones que del *Hospital para locos, Casa de Enajenados* y el *Manicomio Departamental* considerando la importancia que tuvo el cambio

⁴⁶ Silva, “Espacio, cuerpo y subjetividad”, 39.

⁴⁷ Silva, “Espacio, cuerpo y subjetividad”, 55.

⁴⁸ Jairo Gutiérrez Avendaño y Yamid Marín. “Poder psiquiátrico, formas clínicas y clasificación de la locura como enfermedad social, en el caso del Manicomio Departamental de Antioquia 1920-1959”. *Katharsis*, n° 14:(2012): 197 – 224.

administrativo al trascender de una instancia institucional de un carácter municipal a uno departamental, pues con esto, los enajenados que ya eran partícipes de este lugar de cura, podían acceder a nuevos espacios que no fueran tan precarios como anteriormente lo eran. Estos autores, como también Silva, hacen una salvedad al advertir que esta decisión no fue del todo bien vista por los integrantes, miembros de la Academia de Medicina, pues en el espacio donde se construyó era pequeño y se consideraba que no traería ningún beneficio para ningún asilado, dado que se iban a sentir más cohibidos y causarían nuevos problemas en ellos. A pesar de esto, la construcción del Manicomio siguió en pie y posteriormente se llevó a cabo la apertura y traspaso de las personas que necesitaban este nuevo espacio. Los autores Avendaño y Marín sostienen que el espacio que se conoció como Manicomio Departamental, fue también un logro y acierto para la reorganización social de los sujetos enfermos. Sin embargo, consideran también que el encierro y las dinámicas aplicadas en él, torturaban los sentidos de los reclusos.

El exceso de personas en este espacio trajo consigo la construcción de lo que hoy conocemos como Hospital Mental, por consiguiente, una nueva etapa en cuanto a la salud mental en Antioquia se abrió y se apresuró a sentar bases para crear una sociedad, donde lo anormal, fuera visto como una afección que sufrían las personas que no podían convivir con las demás personas de la sociedad. Después de aclarar este punto, los autores mencionan la diversa cantidad de fuentes que utilizaron (revistas, periódicos, estadísticas, historias clínica y los Anales de medicina) para poder desarrollar los siguientes numerales donde los asilados y asiladas eran los principales objetos de estudio, pues hay diversas enfermedades donde lo moral y lo mental empieza a confundirse, ya que los autores hacen la salvedad de que esto

traza una pequeña línea, pues en algunos casos el hecho de no llevar a cabo aspectos que para las demás personas es cotidiano o normal, comienza a estar mal visto y juzgado hasta el punto que se suele confundir con algún tipo de desequilibrio mental o moral el cual podía ser únicamente aliviado en lugares de reclusión.

Por otra parte, Diana Herrera⁴⁹ considera que el manicomio es el principal espacio de internamiento, donde confluye el entorno social y la vida privada de la persona que tiene un problema mental, pues este espacio intervenía de una manera o de otra la vida de una persona. La autora menciona que el manicomio fue visto para la sociedad antioqueña como un sinónimo de progreso y civilización, además de que dicha institución tomó el alienismo como una práctica de intervención.

Herrera posteriormente desarrolla la intervención europea en los manicomios a través de la historiografía trayendo a colación autores como Foucault, Castel, Porter, Huertas y Campos Marín, desarrollando como teoría con ellos la idea de que el manicomio es una prolongación de la exclusión de los sujetos. Así bien, la escritora pone como un eje central en su discurso el alienista del Manicomio Departamental Lázaro Uribe Cálad, personaje de vital importancia en el establecimiento y consolidación del discurso psiquiátrico, el cual empezó a tomar mucha más forma a mediados del siglo XX. Uribe pretendía “darle unas mejores condiciones de vida a todos los sujetos que eran llevados allí en busca del tratamiento, de la seguridad y de la promesa de la cura”⁵⁰. En concordancia, la apreciación de la autora ayuda a entender el pensamiento de una época, donde la salud mental iba ligada

⁴⁹ Diana Herrera. “Alienismo, Manicomio y Psiquiatría en Medellín 1920- 1946”, *Revista Universidad Católica Luis Amigó*, n°1:(2017): 60 – 82.

⁵⁰ Herrera, “Alienismo, Manicomio y Psiquiatría”, 76.

a unos antecesores de siglos atrás, pero que aun así este desarrollo se dilucida a mediados siglo XX con la llegada de la psiquiatría como una rama de la medicina.

Finalmente, Jairo Gutiérrez Avendaño⁵¹ propone una revisión historiográfica acerca de los escritos que tienen como objetivo la psiquiatría y la creación de las instituciones psiquiátricas en Colombia, realizando esto por medio de los estudios contemporáneos que se hicieron al iniciar el siglo XX: la medicina, la psiquiatría y la psicopatología. Gutiérrez también plantea cuatro líneas temáticas establecidas de acuerdo con la producción bibliográfica que el autor encontró en su rastreo. La primera línea es la etnopsiquiatría y cultural, en la cual el autor habla acerca del Instituto Colombiano de Antropología como una institución que provee el estudio de las prácticas de las comunidades y las curas que implementaban para aliviar las enfermedades mentales. La segunda línea es la biopolítica, higiene y medicalización, en la cual el autor trae a colación diversos textos los cuales hablan acerca de la decadencia de la raza, como una consecuencia de la modernización social. La tercera línea planteada por Gutiérrez es la de la historia social, por lo tanto, menciona otro balance bibliográfico donde expone textos que hablan acerca de las enfermedades mentales y su estigmatización social, además añade, las coberturas y servicios de salud mental que había en el siglo XX en Colombia. La cuarta y última línea es la de la Historia de la salud, donde el autor inscribe los grupos más importantes de investigación sobre las enfermedades e instituciones mentales, un ejemplo propuesto por Avendaño es el del grupo de investigación GHS⁵².

⁵¹ Jairo Gutiérrez Avendaño. *“Historiografía de la locura y de la psiquiatría en Colombia. De los médicos escritores a la perspectiva crítica, 1968-2018”*. *Historiología*, n° 21:(2018):285-317

⁵² GHS, son las siglas del Grupo Historia de la Salud, adjudicado al centro de investigaciones de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, dicho grupo ha traído grandes aportes investigativos en temas de salud pública con su énfasis histórico.

En realidad, investigaciones que hablen acerca del Manicomio Departamental de Antioquia son muy escasas, hay estudios, pero la mayoría como se anotó anteriormente hablan acerca de las etapas que tuvo dicho lugar al pasar de una Casa de Enajenados a un Hospital Mental. A pesar de esto, estas fuentes posibilitan el hallazgo de otras perspectivas acerca de lo que significa la creación de esta institución en Antioquia. El texto de José Andrés Silva se presenta un abordaje diverso sobre el Manicomio, pues parte de un concepto, *geografía médica*, para ubicar la sociedad antioqueña dentro de un proceso de diferenciación dentro de la tipología de enfermedades, de personalidades y hasta de elites.

En conclusión, se puede anotar que esta temática está abierta nuevas preguntas y, por supuesto, el replanteamiento de las ya establecida por los autores. El Manicomio Departamental, en tanto espacio de medicina, disciplina e instrucción, sigue siendo un punto común sobre el cual se debe volver recurrentemente para desentrañar, ya como objeto o pretexto de estudio, distintos actores sociales tales como enfermos, médicos, élite rectora vinculada con él, gente exterior al mismo y la familia de los alienados. Pues, a partir de este espacio se puede comprender las necesidades de una sociedad que iba siempre en busca de una idea de civilización y progreso, y en este caso por medio del estudio del cuerpo humano y de la mente, la sociedad antioqueña daba puntadas a los nuevos saberes médicos y salubres que se estaban dando en general.

2.2 Encerrar los locos

La ciudad de Medellín, como una expresión física y social, no es sólo un producto del siglo XX, es una idea del siglo XIX, cuando se incubaron la mayor parte de los elementos que

luego se plasmaron en el escenario urbano en el último decenio del siglo XIX y en los tres primeros decenios del siglo XX.⁵³

Luis Fernando Gonzales en su texto, *Medellín, los orígenes y la transición de la modernidad: crecimiento y modelos urbanos 1775-1932*, expresa a que la Villa de la candelaria en su transición a la modernidad trajo un sinnúmero de cambios en lo político, administrativo, cultural, social e intelectual, para entender la mayoría de estas transformaciones se pondrá en la base de todo el desarrollo urbano y social la transformación intelectual que tuvo la ciudad (y los ciudadanos) a finales del siglo XIX y hasta los años 40's del siglo XX, donde se evidenció en mayor medida ese discurso de una ciudad civilizada por medio de la educación y el discurso higienista que fue tan marcado en el siglo XX.

El siglo XIX (específicamente finalizando el siglo) fue decisivo para la nueva industria antioqueña, especialmente la textil, pues fue la responsable de traer nuevas inversiones y recursos monetarios que ayudaron a generar nuevos espacios de comercio, exportación e importación, además, con la mayoría de recursos que se obtuvo por estos nuevos ingresos se creó la mayoría de urbanización primaria de la ciudad de Medellín. Se realizó una inversión en plazas, espacios salubres y de recreación, las mismas que fueron consideradas vitales para el desarrollo de la sociedad medellinense. Del mismo modo, se canalizaron ríos, se organizaron las vías, se pensó en el ornato y en espacios dignos de un proyecto civilizatorio, producto de la producción mental de la Europa del siglo XIX, la cual llevaba años inserta en estas dinámicas. Pero, uno de los temas vitales fue el saneamiento del espacio, por lo que el

⁵³ Luis Fernando Gonzales, *Medellín, los orígenes y la transición de la modernidad: crecimiento y modelos urbanos 1775-1932* (Medellín: Universidad Nacional, 2007), 65.

alcantarillado, el acueducto, la limpieza, las nuevas actividades de higiene y aseo diferenciaron, especialmente, la sociedad de élite del pueblo llano.

Sin embargo, lo que robó la atención fueron los espacios de salud, los hospitales, los cuales eran fundamentales dentro del desarrollo de una sociedad moderna, que iba un paso más allá rayando con lo civilizado y adelantada en ciencia. González sostiene:

Otro tipo de obras, ya no con carácter especulativo de las señaladas con anterioridad, pero que también determinaron cambios sustanciales en el poblamiento y en la determinación de su entorno urbanístico fueron las obras que, con un carácter filantrópico e institucional, estuvieron al servicio de la ciudad; entre estas podemos mencionar el caso del manicomio, la casa de mendigos, el hospital San Vicente de Paúl y el hospital La María.⁵⁴

De dichas obras filantrópicas rescataremos y nos centraremos en el Manicomio Departamental, el cual fue el primer espacio donde estuvieron los locos de la ciudad con un diagnóstico, un tratamiento y un seguimiento por parte de un alienista, médico general y enfermeros que los ayudaran a mejorar su condición mental y así poder ser parte de nuevo de la sociedad antioqueña del siglo XIX y XX, este espacio fue creado en respuesta al auxilio que necesitaba en aquel entonces la Casa de Enajenados en el año de 1882, pues por cuestiones administrativas y de ubicación este lugar sufrió una disminución en sus ingresos, aun así sabiendo que la mayoría de los recursos recibidos eran por parte del aquel entonces Cabildo Municipal⁵⁵. En primera instancia, hay que aclarar que la Casa de Enajenados también en aquel entonces era denominada como “Casa de Locos”, pues en algunas cartas dirigidas a

⁵⁴ Gonzales, *Medellín, los orígenes y la transición*, 89.

⁵⁵ Silva, “Espacio, cuerpo y subjetividad”, 35.

Maria Jesús Upegui directora del Manicomio Departamental (1874) ⁵⁶ se evidencia el uso de estos nombres en el mismo periodo, o fechas cercanas para el lugar de sanación, la Casa de Enajenados dirigida por la Sierva de Dios, se tiene información de su progresivo declive en las cartas enviadas al presidente de la corporación municipal, pues en la mayoría de estas exigía a la municipalidad, la implementación de los salarios a tiempo y el personal que se necesitaba, además de las exigencias por medicinas y reposición de dinero para la misma directora, pues ella era quien estaba llevando a cabo los gastos de dicho lugar. Una de las correspondencias dirigidas al Presidente de la Corporación Municipal, datada en Medellín a 14 de enero de 1880, decía:

Pongo en conocimiento, que hoy me voy a quedar sin criados en el *Hospital de Locos* porque no he podido conseguir que el tesorero les pague sus salarios. Usted sabe que estos establecimientos no se pueden atrasar [...] los salarios de los operarios, porque se expone el establecimiento a quedar solo. A mí tampoco me ha pagado sueldo de tres meses.⁵⁷

Como se observa, con las pocas ayudas económicas que tenía la Casa de Enajenados, era difícil tener un buen mantenimiento de la estructura del lugar, de la calidad humana y médica que podía tener dicho establecimiento, pues la falta de recursos, se sumaba la falta de personal y a veces era imposible brindar ayuda a las familias que estaban desesperadas para que sus allegados pudieran tener un lugar donde se pudieran curar del mal “moral” que tenían, a pesar de que la Casa de Enajenados no tenía más de 80 pacientes, si era difícil suministrar

⁵⁶ En el texto titulado compendio histórico y biográfico de la sierva de Dios Maria Jesús Upegui Moreno y su época por la autora María Catalina Nicholls, en el apartado donde se habla de la Vida apostólica de este personaje, nos encontramos con múltiples correspondencias de parte de ella al presidente de la corporación municipal que datan como es el desarrollo de la casa de enajenados hasta 1898.

⁵⁷ Maria Catalina Nicholls, compendio histórico y biográfico de la sierva de Dios María Jesús Upegui Moreno y su época. (Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana, 2017), 105. *La cursiva es de la autora.*

atención médica a las personas hospedadas allí. Los problemas económicos que sufrió el establecimiento de cura tuvieron efecto en el año de 1884 donde la directora de la misma Casa de Locos hace su renuncia por falta de recursos para seguir sosteniendo dicho lugar: “El establecimiento de enajenados que he dirigido hasta hoy, no cuenta ya con el apoyo del distrito ni con recursos para su subsistencia”⁵⁸.

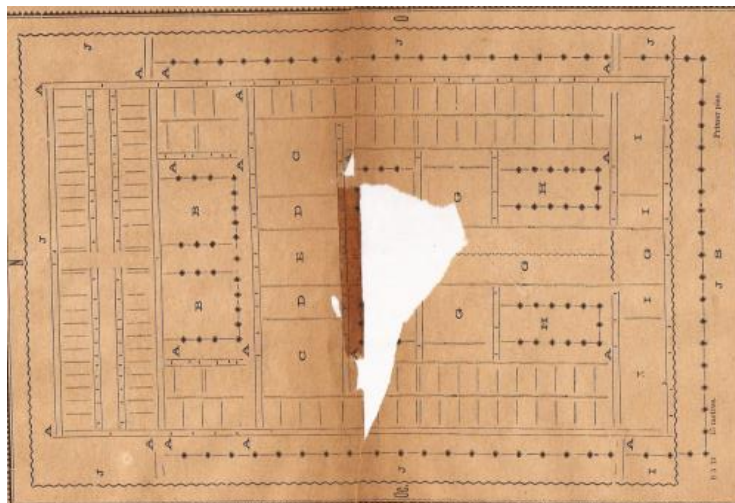
Hay que tener en cuenta que tanto la Casa de Enajenados como el Manicomio Departamental tienen como base y fundamento de espacio para internar a las personas locas, pues este fue el primer espacio para entender cómo la sociedad comenzó a tener un nuevo pensamiento sobre lo anormal y lo que se puede generar en cuestiones sociales y morales la reclusión de estos enfermos mentales. “La locura necesitó que su representación y su imagen fueran atrapadas bajo la forma de una materialidad objetivada en un espacio.”⁵⁹

Andrés Silva plantea que al anormal se le debía de tener recluido por cuestiones de seguridad (pues muchos de estos se volvían agresivos y atentaban contra su vida o la de los demás) y por motivos morales, ya que muchas de estas personas al desentenderse de su realidad empezaban a actuar de forma irracional y desentendida yendo en detrimento de la mayoría de normas cívicas de aquel entonces, es así como el Manicomio Departamental se convirtió en la institución de resguardo de estas personas a finales del siglo XIX y las últimas décadas del siglo XX. La construcción de este asilo para locos tuvo mucha influencia de la Academia de Medicina de la ciudad de Medellín, sus opiniones respecto a los espacios que se le iban a asignar a los pabellones, la morfología que debía de tener el lugar para que no fuera

⁵⁸ Nicholls, *Compendio histórico*, 111.

⁵⁹ Silva, “Espacio, cuerpo y subjetividad”, 34.

demasiado cerrado y trajera nuevos problemas en las personas e incluso determinar que individuos podían disponer de sus recursos, fueron actividades que tuvieron estos hombres que estaban en pro de un proyecto civilizatorio para el cual necesitaban dejar fuera de la ciudad estas personas que demostraban en cierta medida un atraso social e higiénico.



Anales de la Academia de Medicina, "Manicomio Departamental", Año VIII, N° 6 y 7, enero de 1897. 202

Puede que en el año de 1882 se dispusiera por ordenanza departamental la creación del Manicomio, pero por cuestiones que no están muy claras, fue en el año de 1889 que se dispuso por parte de la Academia de Medicina a Luis Jonhson (arquitecto) y Juan Lalinde (ingeniero) como los comisionados para visitar el lugar donde se fuera a construir el edificio que serviría para la retención de las personas cuya discapacidad ya conocemos:

Reunidos los tres miembros de la comisión Vos y con los Sres. Juan Lalinde y Luis G Johnson, visitamos el día 5 del corriente mes el sitio denominada Bermejales, en el cual el Gobierno del Departamento es propietario de un pedazo de terreno, a fin de examinar si en tal localidad convendrá o no establecer el

manicomio, como está dispuesto por algunas leyes vigentes en el Departamento⁶⁰.

En dicho informe presentado por la comisión que estaba encargada de estudiar los espacios donde se iba a crear futuro Manicomio Departamental se hace la descripción del Bermejál, haciendo alusión a la hermosa colina donde estará situado el edificio y las conveniencias que puede traer para los enajenados mentales tener dichas vistas, pues esto ayudaría en cierta medida a despejar su mente y centrarse en realidad en su persona, además, que muchos de los tratamientos propuestos para algunos pacientes dejaban de lado un aspecto médico y pasaban más en centrarse en tranquilizar el espíritu y que mejor manera que con una buena vista, en una colina donde los vientos ayudaban a despejar el alma.



Benjamín de la Calle, *Vista general del Manicomio, 1916*, tomado de BPP
<https://bibliotecapiloto.janium.net/janium-bin/sumario.pl?Id=20201020021945>

⁶⁰ Anales de la Academia de Medicina, “Manicomio, informe de una comisión”, Año 2, n° 2, marzo 8 de 1889.

Posteriormente en el año de 1892 se inaugura el Manicomio Departamental, ubicado en los altos del Bermejál, en el corregimiento de Berlín con un área total construida de 13140 m², donde múltiples enajenados mentales con diferentes condiciones raciales, sociales, económicas fueron puestos a disposición de un grupo de profesionales que se ocupaban del bienestar y la salud de estas personas recluidas en dicho espacio. A pesar de esto, los inconvenientes no se hicieron esperar, pues cinco años después de la inauguración del Manicomio las quejas hechas por los mismos integrantes de la Academia de Medicina fueron variadas, pues alegaban que el espacio era muy reducido “Un sitio bien elegido, pero que carece de una condición indispensable en esta clase de establecimientos, a saber: un área de terreno suficiente para que el asilo pueda tener las condiciones de medio terapéutico, sin las cuales es o puede ser un buen asilo, mas nunca un buen Manicomio”⁶¹.

Dicho de otra manera, el espacio en el que se encontraban estas personas era demasiado reducido en cuanto a metros y a medida que la población antioqueña iba en crecimiento, el aumento de internos y asilados se iba incrementando, generando así múltiples fallas en cuanto aspectos administrativos y de espacio para llevar a cabo el desarrollo de las actividades que debían de llevar a cabo los enajenados mentales. Sin duda alguna, el crecimiento de la ciudad de Medellín generó muchos cambios en la morfología del territorio antioqueño, pues esto se evidenció en la elección del espacio donde se iba a crear dicho edificio, de la mano con la idea de que entre más lejos lo anormal menos tenía que ver con el proceso de modernización interno que estaba llevando a cabo la ciudad de aquel entonces, el Manicomio ha surgido como una respuesta a ese proyecto civilizatorio encabezado por Manuel Uribe Ángel, pues

⁶¹ Anales de la Academia de Medicina, “Manicomio Departamental”, 201.

en él se evidencian unas ideas de la época, donde una sociedad sana era la cara de un nuevo surgimiento como comunidad ilustrada y civilizadas y por tal motivo no se puede tener cerca los desviados o personas que vayan en contra de las ideas que se estaban implementando en el naciente siglo XX.

2.3 El hospital mental visto por los locos

Rafael Huertas nos enseña que

El estudio de la historia de la psiquiatría desde la perspectiva del paciente permite, en definitiva, acceder a niveles interpretativos que no serían posibles desde otros enfoques historiográficos... el punto de vista del paciente nos da claves para valorar lo que bio en salud mental no es solo biológico, sino también lo biográfico⁶²

Es por tal motivo es de suma importancia darle voz a aquellas personas que fueron partícipes de un espacio como lo fue el Manicomio Departamental, mujeres que fueron diagnosticadas con histeria y quisieron de alguna manera dar su punto de vista no como paciente en sí, más bien como mujeres que aún no entendían por qué se encontraban recluidas en dicho lugar. Se hallaron dos historias clínicas que hablan acerca de las pacientes y sus diagnósticos de histeria donde veían su estancia en el Manicomio Departamental, estos documentos dan pistas acerca de los lugares en los que las podían ubicar e inclusive las tareas que podían desempeñar ahí, es necesario aclarar que estas pacientes no coinciden en las fechas de ingreso

⁶²Rafael Huertas en “Actualizando discursos trazos de historia de la psiquiatría y de la salud pública en el contexto iberoamericano” (Medellín: Universidad de Antioquia,2015): 63.

o tratamientos y por ende, aparecen procedimientos diferentes que se especifican en el desarrollo de la historia clínica que se estudia en cuestión.

El entender el Manicomio a través de los mismos pacientes nos pueden dar una idea de lo que ellos creían que podía o no ser correcto al momento de internar a una persona en dicho lugar, el ser agresivo o una amenaza para la misma persona ya era razón suficiente para que esta estuviera en un tratamiento, pero lo que los pacientes creían era totalmente diferente a las razones por las cuales llevaban, accesos de ira, psicosis histéricas y demás siempre llevan consigo un carácter fuerte y nada endeble a la hora de mostrar sus síntomas.

Para dar un ejemplo podemos mirar este caso, la paciente 826 de 18 años recluida el 29 de junio de 1951, quién expresa a través de una carta la necesidad de saber por qué su estadía en dicho espacio

Doctor Uribe y Doctor Obando:

Háganme el favor de decirme con que afecto dicen ustedes que no me reciben en mi pueblo de Heliconia para que ustedes me digan que soy fea (ilegible), que yo Salí de mi pueblo sana y sin enfermedad critica de ninguna clase, o si es por mis pecados, solamente a un sacerdote se los puedo decir o porque no me entregue a los hombres al pecado o porque [...] A mí me adentraron a un internado pero no fue por mala, de allá vine aquí y ustedes van a tener que jurar ante Dios y la justicia donde me vieron robando y matando y donde escandalo para yo no tener devuelta (ilegible) a mi pueblo⁶³

Esta carta muestra la confusión por la que pasa la asilada, pues no tiene claro el motivo por el cual llegó ahí si ella dice estar sana, su historia clínica muestra que se le ha internado por

⁶³ LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 826.

accesos de agresividad sin razón aparente, además de delirios de persecución, es muy discente el cómo la paciente menciona si su reclusión es por causa de sus pensamientos o comportamiento moral o religioso, dándonos una idea de cuán importante era para la sociedad en aquel tiempo tener una seriedad a la hora de presentar sus responsabilidades, el ser o no bella también era un motivo por el cual ella muestra preocupación, tal vez el sinónimo de belleza dejaba de lado el problema mental al cual era inculpada y por ende podía salir más fácil de aquella situación en la que se encontraba.

Otra historia clínica que encontramos es la de la paciente 6091 diagnosticada en el año de 1943 con psicosis histérica, tiene un tratamiento bastante particular en dicho lugar, pues al presentar un mejor comportamiento en su salud tanto física como mental, podía ahora ser parte del equipo que ayudaba en el Manicomio, no se sabe si esto era un tratamiento para los accesos violetos que tenía o era simplemente para corregir su comportamiento como esposa, pues ella argumentaba que debía de casarse para poder tener un familia y todos los beneficios de una sociedad pudiente: paciente con delirio erótico y psicosis histérica la cual por su buen comportamiento se le manda a ayudar en el Manicomio como los menesteres de su casa, tales como cocina, lavandera y hasta asistencia en enfermería⁶⁴

Estos casos nos presentan dos realidades muy diferentes, el primero exige una explicación de su estadía en dicho lugar, una necesidad de entender el porqué de su reclusión ahí, atribuyendo de forma directa factores sociales y morales como posibles causantes de su llegada un espacio como el Manicomio, esto haciéndonos intuir que la detención en lugares de reclusión iba ligados a muchos aspectos sociales de la época, la estabilidad económica, la

LFHUN, HOMO, Historia clínica 6041.

belleza, el poder adquisitivo y demás elementos hacen parte de esto, en cambio la otra asilada presenta una situación diferente, su comportamiento al ser mejor y dejar de presentar en buena medida sus ataques psicóticos se le da la oportunidad de poder generar ayuda en este espacio que tanta ayuda necesitaba, el que esta mujer haya podido ser parte del equipo que ayuda en la enfermería, además de la asistencia básica en las tareas domésticas, pues esto era a lo único que podían aspirar en un espacio como este ya que las mujeres al ser relacionadas con lo “débil” no ejercían otras tareas que no fueran relacionadas con el hogar.

Bajo el pretexto de la inferioridad mental, su incapacidad para la racionalidad y la inutilidad de ello, se le negó a la mujer el acceso a la educación media y superior hasta los años treinta del siglo XX; su preparación solo debía darse en el ámbito de aquellos conocimientos que le permitieran ser buena madre y esposa⁶⁵

Ser buena madre, esposa e hija no era en muchas ocasiones posible para las histéricas del Manicomio, pues como bien se evidencia estas van en cierto punto en detrimento de muchos de estos ideales femeninos impuestos desde el siglo XIX, ya que estas al ser de todo “normales” o coherentes con sus acciones, al menos en este espacio de reclusión se trataba de implementar lo básico en cuanto cuidado doméstico, pues muchas de estas en cierto aspecto se negaban a cumplir con algunos de los estándares que se les había impuesto.

⁶⁵ Ana Catalina Reyes y Maria Claudia Saavedra. *Mujeres y trabajo en Antioquia durante el siglo XX: formas de asociación y participación sindical*. (Medellín: ediciones escuela nacional sindical, 2005),14

Capítulo III

Feminidad y enfermedad. Las mujeres antioqueñas, sus composiciones y amonestaciones

3.1 Mujeres e ideal femenino

El sociólogo francés Gilles Lipovetsky al referirse a los ideales femeninos, especialmente los que se encarna en el siglo XX, producto de una herencia estructural de larga data, sostiene:

En todas las sociedades conocidas, el cuidado de los niños y las actividades domésticas competen invariablemente a las mujeres. Si bien el hombre está destinado a las funciones del exterior, la mujer se halla consagrada, por naturaleza, a las del interior⁶⁶.

Y agrega:

En las sociedades premodernas, en efecto, las ocupaciones propiamente domésticas distaban de ocupar un lugar preponderante en las actividades femeninas. En las capas populares, las tareas principales de las mujeres se relacionaban más con el interior que con el exterior de la casa. Las comidas son poco complicadas; barrer, quitar el polvo, hacer las camas, limpiar el interior, todo ello queda relegado a un segundo lugar en provecho del trabajo en el campo y el cuidado de los animales⁶⁷.

Lipovetsky observa detenidamente lo que fue el rol femenino durante años, papel que se da dentro de la categoría de género construida de generación en generación dentro del sistema de sociabilidad que establecen los aparatos de poder ejercidos sobre la población a partir de

⁶⁶ Giles Lipovetsky, *La tercera mujer* (Barcelona: Anagrama, 1999), 190.

⁶⁷ Lipovetsky, *La tercera mujer* (Barcelona: Anagrama, 1999), 190.

dispositivos de control que, a la hora de ser observados, radican en un gobierno, como lo denominaría Michel Foucault, que se ejerce sobre los individuos⁶⁸. Este conjunto de actividades, espacios y corporalidades asignados a la mujer, radican en la construcción de unos ideales que se van moldeando de acuerdo con los pensamientos rectores de la época, los principios morales, las normas naturales, los tabúes y los miedos que, si bien son frecuentes, casi siempre surgen desde la mujer.

La mujer, como sugiere Pierre Bourdieu, está sometida a una *dominación masculina*, la cual agrupa una gran variedad de elementos, códigos, herramientas, discursos, imágenes y relaciones entre los dos géneros, donde lo masculino se sobrepone e impone ante lo femenino de ahí que los valores de cada época están enunciando ya, aunque silenciosamente, los defectos y vilezas a las que se les teme no como instituciones (llámese Iglesia, autoridades civiles, Policía, escuela, entre otros), sino como sociedad⁶⁹. Esta, en términos generales, agrupa a casi todos los miembros del colectivo humano, menos a aquellos que por ir en contravía de lo establecido son enemigos legítimos de la moral y las buenas costumbres, y entre ellos, especialmente, aparece la mujer. Pero ¿qué mujer? Toda mujer que no obedece, que no acata, que irrumpe y rompe los moldes de las virtudes, que se mantiene al margen de lo permitido y que indispone, profundamente, al hombre, al varón, que no es otra cosa que el rector de poder y censor de comportamientos y actitudes en todos los espacios, ya sean públicos o privados.

⁶⁸ Michel Foucault, “*El sujeto y el poder*”, *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 50, n° 3 (1988): 7.

⁶⁹ Pierre Bourdieu, *La dominación masculina* (Barcelona: Anagrama, 2000), 22.

En consecuencia con lo anterior, viene bien advertir que la figura femenina se robustece no sólo de ideas que oscilan entre la biología y la estética, sino también en el campo espiritual, fundamento básico y esencial en las sociedades occidentales, las cuales desde el terreno cristiano abarcaron a la mujer con decenas de ideas que forjaron en ella carácter, sentimiento, pensamiento y comportamiento, en otras palabras, hicieron en ellas un juego de micro poderes que sólo ellas podían sortear pero que bajo la tutela observadora de lo masculino podía funcionar. La sociedad occidental partió de la figura femenina más importante que estableció la Iglesia desde el período medieval: la Virgen María⁷⁰. A ella le merecieron veneración y ofrecieron el respeto espiritual nombrándola como “Nuestra Señora”, “Siempre Virgen”, “casta y pura”, “Inmaculada”, “libre de culpa”, “sin pecado concebidos” y un sinnúmero de adjetivos que, más que representarla, la definieron como la perfección inalcanzable de toda mujer, pero sí la convirtieron en el ideal y referente que se debía imitar.

Desde el período medieval hasta el siglo XX, María responde a las virtudes que todo fiel a la religión católica quisiera imitar, pero, dentro de la particularidad femenina, es María (madre, esposa, sierva) la que refleja domesticidad, docilidad, orden y disciplina corporal, espiritual, oral y mental a las mujeres. Es en María donde se apoya el dolor femenino ante la severidad masculina, en ella se escuda la fragilidad ante la brutalidad y en ella se consuela la aflicción en medio de las turbulencias. Si bien los rosarios y las novenas son responsabilidad de la comunidad cristiana en general, es la mujer la que se apropia de ellos para expiar culpas, descargar pesadeces y hacer llevaderos los días de su cotidianidad. De ahí que el Ángelus

⁷⁰ Roberto Suazo, *Víboras, putas y brujas. Una historia de la demonización de la mujer desde Eva hasta la Quintrala* (Bogotá: Planeta, 2019), 84.

marque las jornadas domésticas, no sólo como indicador de tiempo, sino como señal dentro de las actividades propias del sexo femenino: cocinar, lavar, cultivar, cosechar, mercar, dormir, hacer dormir, habitar, reproducir. María atraviesa la feminidad en Occidente de punta a punta, y lo que hiere este ideal va en detrimento no solo de la figura mariana, sino que forma un antagonismo peligroso que pone en jaque la estabilidad social, jurídica, espiritual y cultural que se establece.

Si pensamos el espacio que le concierne a esta investigación, podemos observar que las dinámicas de feminidad no fueron notablemente distintas a las que robustecen la línea temporal de nuestro pasado, en este caso el mundo colonial. Antioquia es hasta nuestros días un territorio piadoso, fervoroso y esencialmente católico, y es ahí justamente donde subyacen múltiples ideas que se colectivizan y forman comportamientos, actitudes, concepciones, prejuicios y juicios, pero, sobre todo, un campo simbólico que opera de acuerdo con las necesidades y realidades del momento.

No obstante, más allá de ello, la mujer antioqueña reflejó su vida en la representación virginal para dotar de sentido múltiples actividades y obligaciones que requería en su cotidianidad; sin embargo, con mucha más profundidad, las mujeres forjaron un carácter ideal a partir de la maternidad y la domesticidad⁷¹, espacio tradicionalmente asignado a ellas, como se anotó en las primeras líneas de este capítulo. Parte de esta tradición religiosa se puede rastrear incluso en textos como los de Tomás Carrasquilla, donde nos muestra la feminidad como una representación que encarna virtudes, dones, formas, pensamientos y comportamientos

⁷¹ Humberto Restrepo, *La Religión en la Antigua Antioquia* (Medellín, Universidad Pontificia Bolivariana, 2008), 78.

propios de una espiritualidad radical y marcada. Carrasquilla en el cuento intitulado “En la diestra de Dios padre” publicado en 1897 revela, más allá de una historia, una generalidad del prototipo antioqueño de la época, y dentro de estas descripciones, la hermana de Peralta, quien es el protagonista de las líneas, es la representación de una feminidad piadosa y devota. Carrasquilla escribió:

No había en el pueblo quién no conociera a Peralta por sus muchas caridades: él lavaba los llaguentos; él asistía a los enfermos; él enterraba a los muertos; se quitaba el pan de la boca y los trapitos del cuerpo para dárselos a los pobres; y por eso era que estaba en la pura inopia; y a la hermana se la llevaba el diablo con todos los limosneros y leprosos que Peralta mantenía en la casa. "¿Qué te ganás, hombre de Dios -le decía la hermana-, con trabajar como un macho, si todo lo que conseguís lo botás jartando y vistiendo a tanto perezoso y holgazán? Casáte, hombre; casáte pa que tengás hijos a quién mantener"⁷².

En otra ocasión anota:

La hermana, sin saberse cómo, salió muy cambiada de genio y se fue derecho a la cocina. No halló más que media arepa tiesa y requemada, por allá en el asiento di una cuyabra. Confundida con la poquedá, determinó que alguna gallina forastera tal vez si había colao por un güeco del bahareque y había puesto en algún zurrón viejo di una montonera qui había en la despensa; que lo quera corotos y porquerías viejas sí había en la dichosa despensa hasta pa tirar pa lo alto; pero de comida, ni hebra.

La mujer antioqueña se caracterizó por temperamental pero también por fervorosa y caritativa. De ahí que la maternidad, robusticidad por grupos mayoritarios de hijos, fuera parte

⁷² Tomás Carrasquilla, “En la diestra de Dios Padre”, en *Colombia contada* (Bogotá: Ministerio de Cultura de Colombia, 2012), 78.

importante dentro de la institución matrimonial, la cual, como enseña Simón de Beauvoir al aducir que “el destino que la sociedad propone tradicionalmente a la mujer es el matrimonio”⁷³, proposición que por ser mujer debía quedar casada, y en caso de que no fuera así, pues ya estaba casada, era lo requerido. El matrimonio, parte fundamental de la conformación familiar, se convertía para las mujeres en el gran anhelo femenino y la necesidad familiar latente, dado que, por una parte, ratificaba la sensatez y la honradez femenina, por otra, era el cumplimiento de la norma que la tradición enseñaba y requería.

La vieja idea de amar al esposo, servirle y respetarle se heredó hasta muy entrado el siglo XX. La vida pública de las mujeres no les daba muchas garantías y, además, les era contraproducente a la hora de reconocerlas como sujetos pudorosos, pues, lo público y exhibido era indecoroso y dañaba la buena reputación. La feminidad se circunscribe al trabajo doméstico, el trabajo en la esfera pública como venteras, cocineras, maestras, planchadoras y lavanderas, niñeras, pulperas, costureras, modistas, entre otras labores, por ello, cuando aún se rompía el molde, cuando la transgresión aparecía o cuando se fracturaba la feminidad, los señalamientos eran pesados y excluyentes⁷⁴.

Esta investigación muestra la figura enferma de la mujer, la mujer que se duele y se le nombra histérica, la cual, también, fue motivo de señalamiento y exclusión, encierro y aislamiento. A continuación, se presentan dos casos, los cuales dan cuenta de una feminidad rota, de una feminidad aferrada a los ideales, pero que dentro del sistema de valores que calificaba los

⁷³ Simon de Beauvoir, *El segundo sexo* (Bogotá: Debolsillo, 2014), 373.

⁷⁴ Jorge Mario Betancur Gómez, *Moscas de todos los colores. Historia del Barrio Guayaquil de Medellín, 1894 – 1934* (Bogotá: Ministerio de Cultura, 2000), 164.

comportamientos y discursos, haciendo que la mujer enferma, en este caso, estuviera fuera del ideal de la buena mujer para ser parte del otro, del marginal, del sector, del excluido, de lo que se llamará aquí la “mala mujer”.

En el año de 1921 se presentó en el Hospital Mental un caso donde una paciente fue diagnosticada con histeria. El médico que llevó el asunto dijo que la paciente se presentaba en un estado de “excitación intensa, agresiva y locuacidad intensa”. Lo que llama la atención en este expediente es que la paciente, señala el parte médico, se resistía a ser dejada dentro del establecimiento mental, “agarrándose del esposo sin menor recato en sus actitudes y manifestaciones amorosas”.⁷⁵

No distinto es el caso de la paciente 6091⁷⁶, quien en el año de 1943 entra al Hospital Departamental la cual se presentaba de manera tranquila, pero manifestaba un delirio por matrimonio, puesto que, como dice en el certificado médico “solo piensa y habla de un novio ideal, riquísimo, al mismo tiempo es albañil y pichón de médico”, mencionaba repetidas veces recibía “seis, ocho y más telegramas” por día, donde se le anunciaba una idílica vida suntuosa. Frente a ello se decidió que debía estar aislada en el manicomio por ser peligrosa consigo misma.

En ambos casos se puede inferir que las pacientes luchan por una idea, una noción de lo femenino, por una parte; ya por no perder el norte de lo que una mujer debía ser, y por otra, por no desarticular su vida, no dejar pasar de largo el anhelo instaurado desde las instituciones

⁷⁵ LFHUN, HOMO, Historia clínica 749.

⁷⁶ LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 6091.

y por no dejar que la enfermedad, primer obstáculo dentro del desarrollo de *lo femenino*, desbordara lo que sería para ellas la única posibilidad de estar socialmente aceptadas.

3.2 La mujer enferma

Desde la antigüedad los grandes escritores como Aristóteles, Hipócrates y Riolano, al anotar sus apreciaciones y múltiples ideas sobre la mujer, consideraban que esta al tener útero ya sufría de muchos males, haciendo de la figura femenina una composición ponzoñosa y peligrosa⁷⁷. En el mundo medieval la situación no cambió mucho y a la mujer se le atribuyeron más y peores condiciones dentro de su corporalidad, además de atribuirles cargas pesadas producto de la composición de las ideas colectivas que se acomodaban con la tradición pecadora, mentirosa y débil. Si pensamos en términos generales la condición femenina, más allá de la superstición y las creaciones naturales, el hombre quien pensaba por todos tuvo, como señala Susana Castellanos, un miedo visceral sobre ella, pero más allá de ello “enfermó” con su concepto la naturaleza femenina⁷⁸, la cual seguiría siendo la de las décadas del sesenta, setenta y ochenta del siglo pasado cuando el auge de la historia femenina nos enseña que la mujer es sujeto de ciencia.

Durante el siglo XIX los hombres de letras y ciencia, al estudiar la mujer, dieron partes médicos variados novedosos, rompedores y no podemos negar que a nuestros ojos resultan

⁷⁷ Libia J. Restrepo. *Médicos y comadronas o el arte de los partos. La Obstetricia y la Ginecología en Antioquia 1870 – 1930* (Medellín: IDEA, 2004), 17.

⁷⁸ Susana Castellanos de Zúbiría, *Diosas, brujas y vampiresas. El miedo visceral del hombre a la mujer* (Bogotá: Norma, 2009), 35 -36.

curiosos y, uno que otro espantoso, pero esto es parte del “proceso civilizador” que enseña Norbert Elias, y es producto del desarrollo científico que tenemos hoy.

En consecuencia con lo anterior, el rastreo de la mujer enferma que sufre y es diagnosticada con enfermedades mentales en el territorio antioqueño, es bastante complejo a la hora de analizarlo y ponerlo en reconocimiento, puesto que ser un agente que se ve invisibilizado en la mayoría de escenarios, genera de cierta forma una escasez a la hora de brindar una explicación propiamente conceptualizada y presentada generalmente por casos con los que se pueda de cierta manera intuir una forma de presentar a este agente histórico, lo que sí podemos poner en cuestión es cómo era vista en cierta medida la mujer en un espacio como lo fue el Manicomio Departamental, ya que algunos de los casos estudiados permiten dar puntadas a lo que conllevaba ser una mujer “enferma”, pues esta, al dejar de lado lo planteado por “correcto” o “bien visto” en aquella época (siglo XIX y mitad del siglo XX), pasa a ser un agente diferente, pues esta rompe los esquemas en los que se tenía, se debía y entendía por femenino. Ahora bien, al pensar en lo que se entiende por enfermedad, desde las fuentes tratadas aquí, se llega la conclusión que son variables sintomatológicas las que causan algún tipo de malestar, ya sea físico o mental, haciendo que dentro de la idea de *enfermedad* a las mujeres se les viera como un sujeto peligroso, controlable y dominado. Eddy Carolina Sánchez deduce que, en la primera mitad del siglo XX, por lo menos en el territorio colombiano, la mujer era considerada⁷⁹, pensada e imaginada, como enseña también Lipovetsky, bajo la noción de *bello sexo*⁸⁰. De ahí que, más allá de ver la mujer domada,

⁷⁹ Eddy Carolina Sánchez, *El bello sexo en la imagen publicitaria 1950-1960*, (Cali, Universidad Icesi, 2013)

⁸⁰ Lipovetsky, *La tercera mujer*, 174 – 175.

peligrosa, y, por supuesto, enferma, la feminidad apuntara a una relación de género y brillantez de esta. El Bello sexo no podía verse enfermo o afectado, pese a que esa fuera una realidad constante y latente dentro de la sociedad antioqueña.

Como bien se expresó anteriormente, la idea de lo femenino como lo propio de toda mujer, hacía alusión a un conjunto de virtudes que se le atribuían a lo bello, lo recatado y lo “normal”, por tal motivo el dejar de lado estos aspectos de manera consciente e inconsciente generaba unas nuevas perspectivas acerca de lo que era propicio o no para una mujer, si se le era aceptado algunas actitudes y aptitudes, por pasar de ser una persona sana a una enferma, esto conllevaba a que se pensara de manera diferente la feminidad en espacios donde estos ideales se veían afectados, un ejemplo de esto fue el Manicomio Departamental, pues la mujer pasaba de ser “la guía del hogar” a ser un objeto de estudio.

En el certificado médico de la paciente 3752⁸¹ tratada en 1936 el facultativo expresó lo siguiente:

Intervalos de euforia que se manifiestan últimamente con canto, risas y últimamente blasfemias y atenta contra las personas de la casa, esto empezó a manifestarse hace ocho años a consecuencia de un matrimonio frustrado y de entonces para acá comenzaron los trastornos mentales.

Esta paciente soltera de 36 años proveniente de Yali como bien se observó es la antítesis de lo que se denomina *bello sexo*, pues ella deja de lado lo recatado y pasa a lo expuesto, deja de lado su instinto protector familiar para pasar a atentar contra ellos, haciendo énfasis en su

⁸¹ LFHUN, HOMO, Historia clínica 3752.

enfermedad adquirida, además de su edad y estado civil, pero lo curioso de este caso, es por lo cual se le atribuye lo enferma a la mujer: un matrimonio fallido. Otro punto del cual no salió bien librada fue por la necesidad de presentar factores externos para atribuir su enfermedad mental, es otra manera de visibilizar dos puntos importantes, el desconocimiento de lo que puede ocasionar una enfermedad como la histeria y el segundo es poner como un factor suma importancia la falta o negligencia de los ideales que se le inculcaron a esta mujer desde pequeña, el desarrollo de esta historia concluye que la mujer por un buen comportamiento y ayudar en el Manicomio con trabajos de costura, tiene una notable mejoría en su habla y concentración, haciendo que el alienista le de alta, convirtiéndose así la paciente 3752 en una mujer curada de mente y espíritu reintegrándose de nuevo en la sociedad antioqueña gracias a su tratamiento de un año en el Manicomio Departamental. Este caso nos muestra una mujer enferma mentalmente y es a lo que mayormente nos podemos aproximar, pero también cabe recalcar de que un sin número de enfermedades atacaban y afectaban la salud de estos agentes históricos.

De una forma o de otra, la llegada de agentes médicos y salubres, ayudaron en cierta medida a entender y comprender mejor, muchos de los problemas de salud que se tenían en aquel entonces, explicándolos y comentándolos, posteriormente solucionándolos, dándoles una nueva perspectiva, pues las enfermedades que ya se tenían identificadas eran mucho más estudiadas y comprendidas haciendo que de cierta medida las tasas de mortalidad fueran decayendo lentamente.

El ser o no una mujer enferma no dejaba de lado completamente el llevar a cabo responsabilidades que fueran de carácter femenino, es decir, cuando la mujer enfermaba su

madre u otro agente femenino se encargaba de su trabajo en el hogar, a no ser que fuera una mujer pudiente y contara con personal que le ayudara en este aspecto. Por tal motivo es importante ver como este ideal femenino que se implementó en todo el siglo XX también fue causante de muchas presiones en las vidas de las mujeres, tanto que en algunos casos esto conllevaba a que se pudiera llegar a una melancolía o como se vio en todo el texto en una enfermedad como la Histeria.

Conclusión

Este trabajo investigativo arrojó varias conclusiones que se van a exponer a continuación, en primera instancia una enfermedad como la histeria, especialmente en un lugar geográfico como lo fue Antioquia, fue una enfermedad en cierta medida desconocida, pues a pesar de que el diagnóstico existiera, sus síntomas tanto en hombres como mujeres fueron diversos, además de que muchos factores externos (familiares, posición económica, etc) también se vieron involucrados a la hora de diagnosticar una actitud histeriforme, es por eso que en algunos casos, la histeria sea vista como un vacío médico o un medio para presentar enfermedades que aún eran desconocidas para la época.

En segunda instancia, la histeria al verse envuelta en tantos escenarios, no tenía específicamente un tratamiento clínico propiamente dicho, pues muchos de estos fueron más bien “procedimientos curativos” que ayudaban a mejorar el comportamiento de las mujeres, es decir, muchos de estos tratamientos consistían en convertir a las mujeres otra vez en individuos funcionales para llevar a cabo tareas que pudieran estar a su alcance, aunque cabe aclarar, que en algunos casos, los medicamentos, electroshocks y demás, aparecen mencionados en historias clínicas donde ningún otro tipo de tratamiento parecía funcionar.

Otro aspecto importante que cabe resaltar es que la histeria a pesar de ser vista como una enfermedad que era femenina, también se vio en el ámbito de lo masculino, esto siendo revelador, pues esta enfermedad se observó y analizó de manera diferente en ambos casos, las mujeres podían tener este diagnóstico por no llevar a cabo las tareas que debían ser hechas por ellas como limpiar, cocinar y cuidar su hogar, en cambio en los hombre se observó que

la causa de la histeria eran episodios psicóticos y de neurosis que los llevaban a ser un peligro para la sociedad de aquel entonces.

Finalmente, este trabajo ha partido de una enfermedad mental que a pesar de que se ha desarrollado en varios textos, no se había tocado a mi parecer en profundidad, en otras palabras, este escrito puso en contexto los casos de las historias clínicas que habían en el Archivo HOMO, además de que se trató de indagar las posibles causas de la histeria en una región como Antioquia, siendo así un estudio innovador en este aspecto, la histeria ha sido vista como una enfermedad de reflejo, una enfermedad que se le ha atribuido a algo teatral, pues en muchos casos los síntomas eran sobrepuestos y sobreactuados, generando así un sin número de singularidades a la hora de presentar un diagnóstico certero y completo y es por este motivo que muchos de los casos que se expusieron aquí cuentan con diversos tipos de sintomatologías y características que hasta el día de hoy me generan curiosidad, aun así después del desarrollo de este trabajo quedaron muchas dudas por resolver cómo ¿las otras historias clínicas que no se estudiaron tuvieron datos más concretos y exactos acerca de la histeria? ¿Hasta qué año se tomó la histeria como una enfermedad de carácter mental?

Bibliografía

Fuente primaria

Anales de la Academia de Medicina, “Manicomio, informe de una comisión”, Año 2, N° 2, marzo 8 de 1889.

Laboratorio de Fuentes Históricas, Fondo HOMO, Historia clínica #7574

Laboratorio de Fuentes Históricas, Fondo HOMO, Historia clínica #2929

Laboratorio de Fuentes Históricas, Fondo HOMO, Historia clínica #4873

Laboratorio de Fuentes Históricas, Fondo HOMO, Historia clínica #121

Laboratorio de Fuentes Históricas, Fondo HOMO, Historia clínica #6091

Laboratorio de Fuentes Históricas, Fondo HOMO, Historia clínica #3112

Laboratorio de Fuentes Históricas, Fondo HOMO, Historia clínica #826

Laboratorio de Fuentes Históricas, Fondo HOMO, Historia clínica #6041

Laboratorio de Fuentes Históricas, Fondo HOMO, Historia clínica #749

Laboratorio de Fuentes Históricas, Fondo HOMO, Historia clínica #3752

Fuente primaria impresa

Breuer, Josef y Freud, Sigmund. *Apuntes sobre la histeria*. Madrid: Alianza Editorial, 1895.

Dr. Lázaro Escobar, “Neurastenia: Estrechez en el campo de voluntad: neurosis”. Tesis de medicina (1900).

Freud, Sigmund. *Escritos sobre la histeria*. Madrid: Alianza editorial, 1974.

Nuevo Diccionario Histórico del Español. Tomado de:
<http://web.frl.es/ntllet/SrvltGUILoginNtlletPub>

Libros

Betancur Gómez, Jorge Mario. *Moscas de todos los colores. Historia del Barrio Guayaquil de Medellín, 1894 – 1934*. Bogotá: Ministerio de Cultura, 2000.

Bourdieu, Pierre. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama, 2000.

Castellano de Zúbiría Susana. *Diosas, brujas y vampiresas. El miedo visceral del hombre a la mujer*. Bogotá: Norma, 2009.

Cooper, David. *El lenguaje de la locura*. España: Ariel, 1979.

De Beauvoir, Simone. *El segundo sexo*. Bogotá: Debolsillo, 2014.

Dibie, Pascal. *Etnología de la alcoba*. Barcelona: Gedisa, 1999.

Duby, Georges y Perrot, Michelle. *Historia de las mujeres en Occidente*. Tomo V. Madrid: Taurus, 2003. Foucault, Michel. *El poder, una bestia magnífica sobre el poder, la prisión y la vida*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2012.

Foucault, Michel. *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI, 2009.

Gonzales, Luis Fernando. *Medellín, los orígenes y la transición de la modernidad: crecimiento y modelos urbanos 1775-1932*. Medellín: Universidad Nacional, 2007.

Gutiérrez, Jairo. *Locura y sociedad, alienismo tardío, psicopatología e higiene mental en la modernidad colombiana 1870-1968. Medellín*. Medellín: Editorial institución Universitaria de Envigado, 2019.

Lipovetsky, Gilles. *La tercera mujer*. Barcelona: Anagrama, 1999.

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

Pérez-Rincón Héctor, *El teatro de las histéricas: de cómo Charcot descubrió entre otras cosas, que también había histéricos*. México: 1998. Fondo de cultura económica.

Perrot, Michelle. *Mi historia de las mujeres*. México: Fondo de Cultura Económica, 2008.

Restrepo, Humberto. *La Religión en la Antigua Antioquia*. Medellín, Universidad Pontificia Bolivariana, 2008.

Restrepo, Libia J. *Médicos y comadronas o el arte de los partos. La Obstetricia y la Ginecología en Antioquia 1870 – 1930*. Medellín: IDEA, 2004.

Suazo, Roberto. *Víboras, putas y brujas. Una historia de la demonización de la mujer desde Eva hasta la Quintrala*. Bogotá: Planeta, 2019.

Capítulo de libro

Carrasquilla, Tomás “En la diestra de Dios Padre”, *Colombia contada*. Bogotá: Ministerio de Cultura de Colombia, (2012): 78 – 103.

Huertas, Rafael “Actualizando discursos. De la historiografía crítica a la historia de la psiquiatría. La perspectiva del paciente”, *Actualizando discursos. Trazos de historia de la psiquiatría y de la salud pública en el contexto iberoamericano*. Medellín: Universidad de Antioquia, (2015):41-74

Artículos

Brair, Eduardo. “Las neurosis revisitadas en el ciento cincuenta aniversario del nacimiento de Freud” *Intercanvis- intercambios* (2006): 11-22

Cardona, Herwin. “El tratamiento de la histeria a finales del siglo XIX y XX y el agujero de la ciencia médica”, *Desde el Jardín de Freud*, n° 12 (2012): 293-310

Bermúdez Suzy. “Mujer y familia durante el Olimpo Radical”, *Anuario Colombiano de la Historia Social y de la Cultura*, n° 15 (1987): 57-90.

David Bravo, Inés. “Las trabajadoras de Medellín: entre la necesidad y la exclusión (1850-1900)”, *Historia y Sociedad*, n° 13, (2007)

Foucault, Michel “El sujeto y el poder”, *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 50, n° 3 (1988): 3 – 20.

Gutiérrez Avendaño, Jairo. “Historiografía de la locura y de la psiquiatría en Colombia. De los médicos escritores a la perspectiva crítica, 1968-2018” *Historiología*, n° 21 (2018): 285-317.

Gutiérrez Avendaño, Jairo y Marín, Yamid. “Poder psiquiátrico, formas clínicas y clasificación de la locura como enfermedad social, en el caso del Manicomio Departamental de Antioquia 1920-1959”, *Katharsis*, n° 14 (2012): 197-224.

Mengal, Paul. “Melancolía erótica e histeria”, *Revista de Filosofía de la Universidad del Norte*, n° 1, (2003): 110-127.

Herrera, Diana. “Alienismo, Manicomio y Psiquiatría en Medellín 1920- 1946”, *Revista Universidad Católica Luis Amigó*, n°1 (2017): 60-82.

Reyes Cárdenas, Catalina. “Higiene y salud en Medellín 1900-1950”, *Estudios sociales* n°7, FAES, (1994):13-43

Zarranz, J.J. “Bourneville, Charcot y la histeria: una carambola administrativa de efectos duraderos”, *Neurosciences and History*, n°4 (2016)

Marchant Matías, “Apuntes sobre la histeria” *Revista de Psicología*, vol IX, N°1, (2000), Universidad de Chile

Sánchez, Eddy Carolina, *El bello sexo en la imagen publicitaria 1950-1960*, (Cali, Universidad Icesi, 2013)

Tesis

Silva, José Andrés. “Espacio, cuerpo y subjetividad en el manicomio Departamental de Antioquia 1875-1930”, Tesis de Maestría en historia, Universidad Nacional, 2012