



**MUJERES LOCAS Y PÚBLICAS DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN: 1926 – 1938**

DIEGO ALEJANDRO RODRÍGUEZ BEJARANO

Informe de grado para optar por el título de

Historiador

Asesor

SEBASTIÁN AMAYA PALACIOS

Magister en Historia Universidad Nacional de Colombia

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de teología, filosofía y humanidades

Programa de Historia

Medellín, Antioquia

2025

MUJERES LOCAS Y PÚBLICAS DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN: 1926 – 1938

INFORME PRÁCTICAS DE GRADO

LABORATORIO DE FUENTES HISTÓRICAS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA SEDE MEDELLÍN

DIEGO ALEJANDRO RODRÍGUEZ BEJARANO

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE TEOLOGÍA, FILOSOFÍA Y HUMANIDADES

PROGRAMA DE HISTORIA

MEDELLÍN, ANTIOQUIA

2025

## AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a todas las personas e instituciones que hicieron posible la culminación de este proceso. A pesar de los retos y momentos de incertidumbre, el apoyo recibido y el propósito que me motivó desde el inicio fueron fundamentales para llegar a buen término.

En primer lugar, agradezco con todo mi corazón a mis padres, María Nubia Bejarano y Ramiro Rodríguez, por ser mi mayor fuente de fortaleza e inspiración. Su amor, paciencia y sacrificio me enseñaron el valor del esfuerzo y la perseverancia. Este logro también es suyo.

A mis profesores, gracias por compartir su conocimiento y pasión por la historia. En especial, a Sebastián Amaya, mi asesor de prácticas, por su orientación y acompañamiento en esta etapa clave de mi formación profesional.

Agradezco al Archivo Histórico de la Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín, por abrirme sus puertas y enriquecer mi experiencia académica. Allí comprendí la importancia del trabajo archivístico en la preservación y uso ético de documentos históricos. Gracias a Alejandro Salazar Bermúdez, por su generosa disposición, y a José Manuel Restrepo, por su guía en los procesos técnicos.

## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	11
LABORATORIO DE FUENTES HISTÓRICAS UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA – SEDE MEDELLÍN .....	13
EXPERIENCIA ARCHIVÍSTICA: LA PRÁCTICA Y SUS PROCESOS .....	17
Fondo Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia (HOMO).....	17
Importancia de la censura en las historias clínicas .....	22
Recopilación de datos .....	29
VALORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA COMO FUENTE PARA LA INVESTIGACIÓN.....	63
Importancia de las Historias Clínicas para la Historiografía.....	63
Importancia de las cartas en las Historias Clínicas para la Historiografía .....	65
Justificación.....	70
Pregunta de investigación.....	71
Objetivos .....	71
Objetivo General .....	71
Objetivos específicos.....	71
PRESENTACIÓN DE LAS FUENTES.....	73
Historias clínicas del Hospital Mental de Antioquia (1926-1938) .....	73
Perfil socioeconómico y demográfico .....	73

Diagnósticos y Patrones Institucionales .....	74
Temporalidad y Duración del Internamiento .....	74
Valor Historiográfico de las Fuentes .....	75
Le Goff: Mentalidades .....	76
Foucault: Biopoder, Disciplina, Sexualidad .....	78
Biopoder y Normalización .....	78
Disciplina e instituciones totales .....	79
El dispositivo de sexualidad.....	79
Resistencia y agencia.....	80
Ginzburg: Microhistoria .....	80
El paradigma indiciario.....	80
La construcción del caso ejemplar .....	81
Voces subalternas y Fuentes involuntarias.....	82
La relación entre lo normal y lo excepcional .....	82
CONTEXTO HISTÓRICO: MEDELLÍN EN LAS PRIMERAS DÉCADAS DEL SIGLO .....	84
Modernización urbana y transformaciones sociales .....	84
Migración y reconfiguración del espacio urbano .....	85
Nuevos códigos morales y género .....	86
LA PROSTITUCIÓN EN MEDELLÍN: ENTRE ECONOMÍA Y ESTIGMA.....	88
Factores económicos y laborales que empujaban a las mujeres .....	88

Espacio de sociabilidad masculina y demanda.....	89
Emergencia de discursos de control social.....	90
DISPOSITIVOS DE CONTROL MÉDICO E INSTITUCIONAL.....	92
Marco legal: leyes, códigos y reglamentaciones .....	92
Discursos médicos: temor a la sífilis, eugenesia y degeneración .....	93
Higiene social y patologización de comportamientos.....	95
LA CONSTRUCCIÓN DE LA FEMINIDAD Y EL IDEAL NORMATIVO .....	97
El ideal mariano: religión, educación y domesticidad .....	97
Educación femenina y control moral .....	98
La religiosidad como espacio permitido .....	99
La “reina del hogar” como modelo hegemónico .....	99
El “ama de casa” moderna.....	100
Voces del cambio .....	101
Anormalidad femenina y disciplinamiento psiquiátrico .....	102
LA DICOTOMIA “REINA DEL HOGAR” Y “MUJER PÚBLICA” .....	104
El estigma como dispositivos necesarios de control.....	104
Discurso de poder y mecanismos de exclusión .....	105
Representaciones simbólicas y culturales .....	106
La doble estigmatización: mujer loca y prostituta.....	107
ANALISIS DE HISTORIAS CLÍNICAS .....	109

Control Social y Resistencia Femenina.....	110
Peligrosidad Social y Vulnerabilidad Adolescente .....	116
Estrategias de Supervivencia y Adaptación.....	118
Imaginarios de Femenidad y Transgresión .....	123
Intersecciones de Raza, Clase y Género.....	126
BIBLIOGRAFÍA .....	134

**LISTADO DE ILUSTRACIONES**

Ilustración 1 Registro por estado civil.....	33
Ilustración 2 Registro por estado civil y género.....	34
Ilustración 3 Registro de pacientes mujeres por estado civil y edad.....	37
Ilustración 4 Registro por etnias.....	40
Ilustración 5 Registro por etnias y género.....	41
Ilustración 6 Registro por lugar de procedencia.....	44
Ilustración 7 Registro por Lugar de Procedencia otros Departamentos.....	47
Ilustración 8 Profesiones masculinas con mayor frecuencia.....	51
Ilustración 9 Profesiones masculinas con frecuencia intermedia ( $\geq 5$ y $\leq 30$ pacientes).....	53
Ilustración 10 Profesiones femeninas con mayor frecuencia.....	58
Ilustración 11 Profesiones Femeninas con Baja Prevalencia.....	60

**LISTADO DE TABLAS**

Tabla 1 Registro por género, edad, primera fecha de ingreso y última fecha salida .....32

Tabla 2 Distribución de profesiones con baja frecuencia .....55

## RESUMEN

En el presente informe se detallan las actividades de práctica de grado en Historia (Universidad Nacional, sede Medellín) realizadas en el Laboratorio de Fuentes Históricas durante 2023-1. El trabajo incluyó el tratamiento archivístico del Fondo Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia: anonimización de historias clínicas y organización en base de datos bajo modelo ISAD(G).

Posteriormente, se presenta la investigación “Mujeres locas y públicas de la ciudad de Medellín: 1926-1938”, que analizó historias clínicas de mujeres institucionalizadas, examinando cómo el hospital operó como mecanismo de control social contra mujeres que desafiaban normas de género y moral, utilizando enfoques de historia social y teoría foucaultiana.

Finalmente, el informe destaca el valor de las historias clínicas psiquiátricas como fuente histórica para investigación en ciencias sociales y humanas.

## INTRODUCCIÓN

El proceso de práctica de grado del programa de Historia de la Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín, se desarrolló en el Laboratorio de Fuentes Históricas durante el periodo 2023-1. Esta práctica se enmarcó en un proyecto de tratamiento archivístico y análisis histórico del Fondo Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia (HOMO), donado al laboratorio en dos etapas, en los años 2008 y 2018.

El objetivo principal fue contribuir al desarrollo archivístico del fondo HOMO mediante la anonimización de datos sensibles contenidos en las historias clínicas y la estructuración de una base de datos normalizada bajo el modelo ISAD(G). Estas actividades se realizaron con el propósito de proteger la identidad de los pacientes, garantizando el cumplimiento de las normativas legales y éticas vigentes, y permitiendo su uso con fines investigativos y académicos.

Durante la práctica, se trabajó en la censura técnica de 5.998 historias clínicas, utilizando herramientas digitales como Adobe Acrobat Pro para la anonimización de datos identificativos (nombres, direcciones, documentos de identidad, entre otros).

Paralelamente al trabajo técnico, se desarrolló un ejercicio investigativo titulado “Mujeres locas y públicas de la ciudad de Medellín: 1926-1938”, en el cual se analizaron once historias clínicas de mujeres ingresadas al Hospital Mental de Antioquia durante dicho periodo. El estudio se enfocó en las formas en que estas mujeres fueron doblemente estigmatizadas, tanto por su sexualidad como por su diagnóstico psiquiátrico, explorando cómo el hospital funcionó como un mecanismo de control social frente a quienes transgredían los ideales de feminidad de la época.

Este informe presenta, por tanto, los resultados de una práctica de grado que integró el trabajo archivístico con una reflexión histórica crítica, y que busca no solo aportar al conocimiento

de la historia de la psiquiatría y el género en Colombia, sino también dejar una base organizada para futuras investigaciones académicas.

## LABORATORIO DE FUENTES HISTÓRICAS UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA – SEDE MEDELLÍN

El laboratorio de Fuentes Históricas nace como una respuesta a la necesidad de organizar y resguardar una gran cantidad de documentos judiciales que, con el paso del tiempo, se habían acumulado sin un sistema de preservación adecuado. Expedientes datados desde 1663 hasta 1974 representaban un testimonio invaluable de la historia social, económica y política de Medellín y el departamento de Antioquia<sup>1</sup>. Estos documentos incluyen no solo textos escritos, sino también materiales gráficos como mapas, croquis, dibujos y fotografías que, en su momento, sirvieron como pruebas en procesos judiciales.

Este crecimiento y el reconocimiento de la importancia de un Archivo Histórico Judicial dio nacimiento en el 2008 a un sistema nacional de laboratorios, consolidado como el Laboratorio de Fuentes Históricas<sup>2</sup>. Este cambio permitió modernizar sus instalaciones y ampliar sus funciones, pasando de ser un simple archivo para convertirse en un centro de investigación, restauración y difusión del patrimonio cultural.

El laboratorio se encuentra estructurado en tres unidades principales:

1. Unidad de Archivo Histórico: encargada de la conservación y gestión de documentos históricos relevantes.

---

<sup>1</sup> Facultad de Ciencias Humanas y Económicas, “Historia del Laboratorio de Fuentes Históricas.” Universidad Nacional de Colombia (UNAL) – Sede Medellín, consultado el 12 de mayo de 2025, <https://cienciashumanasyeconomicas.medellin.unal.edu.co/laboratorios/fuentes-historicas/laboratorio/historia.html>.

<sup>2</sup> Dirección de Laboratorios, “Facultad de Ciencias Humanas y Económicas”, Universidad Nacional de Colombia (UNAL) – Sede Medellín, consultado 12 de mayo de 2025, <https://direcciondelaboratorios.medellin.unal.edu.co/index.php/nuestros-laboratorios/facultad-de-ciencias-humanas-y-economicas/92#sobre-el-laboratorio>.

2. Unidad de Restauración de Documentos: especializada en la preservación y restauración de materiales frágiles, dada la considerable antigüedad de los documentos almacenados<sup>3</sup>.

3. Unidad Centro de Memoria Histórica: encargada de la difusión del conocimiento histórico.

Además del Archivo Histórico Judicial, el Laboratorio de fuentes posee una serie de fondos documentales y colecciones de gran valor histórico, entre los que destacan las colecciones microfilmadas de prensa oficial (que datan de los años 1860 a 1915) y no oficial (de 1807 a 1904). Estas contienen publicaciones patrocinadas o dirigidas por el Estado, como gacetas oficiales, boletines legislativos y periódicos administrados por gobiernos nacionales y regionales. Son fuentes dispensables para estudios como decisiones gubernamentales, procesos legislativos, evolución del discurso, conflictos y guerras civiles.

También se encuentran digitalizadas las tesis de grado en Medicina de la Universidad de Antioquia, correspondientes a los años 1869 a 1945, disponibles en la carpeta interna “Tesis Medicina UdeA (1869–1945)” del repositorio digital del Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín. Estas tesis abordan una amplia gama de temas médicos, reflejando las preocupaciones de salud de la época, las enfermedades prevalentes y los enfoques terapéuticos utilizados por los profesionales médicos en formación. Una de ellas, por ejemplo, es la de A.T. Quevedo, titulada *Del alcoholismo* (1899), en la que se aborda el problema

---

<sup>3</sup> Gestión Documental. “Memoria Institucional 2000”. Universidad Nacional de Colombia (UNAL) – Sede Medellín. Consultado el 12 de mayo de 2025. <https://gestiondocumental.medellin.unal.edu.co/la-seccion/proyectos/2-institucional/46-memoria-institucional-2000.html>.

del alcoholismo, sus efectos en la salud y posibles estrategias de intervención, reflejando una preocupación por las adicciones<sup>4</sup>.

Así mismo, se encuentran copias de documentos del Archivo General de Indias (AGI)<sup>5</sup>, correspondientes al período colonial. Estas reproducciones son fundamentales para la investigación histórica en Colombia, ya que permiten el acceso a la información sobre la administración colonial, la organización territorial, las relaciones con las comunidades indígenas y otros aspectos relevantes de la época.

También se conservan fondos del Archivo General de la Nación (AGN)<sup>6</sup>, que permiten la consulta de diversas áreas de interés histórico y cultural del país. Esto incluye archivos que están directamente relaciones con la historia nacional y regional de Colombia.

Entre los fondos más recientes se encuentran los documentos del Fondo Fabiola Lalinde y Familia – FFLF, que documenta la vida de Fabiola desde su infancia, la conformación de su familia y su posterior conversión en defensora de los derechos humanos tras la creación de la Operación Cirirí. Este fondo abarca desde 1948 hasta el 2018 y contiene un volumen de 9,8 metros lineales de papel y 3.271 soportes especiales<sup>7</sup>. También se encuentra el Archivo Histórico Vamos Mujer<sup>8</sup> y comunidades de paz.

---

<sup>4</sup> Tomás Quevedo Álvarez, *Del alcoholismo* (tesis de grado, Universidad de Antioquia, 1899) <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/entities/publication/c7da2712-4d2f-47b3-a319-3c8c1fbd654b>.

<sup>5</sup> Archivo General de Indias (AGI), Documentación sobre la Colonia.

<sup>6</sup> Archivo General de la Nación (AGN), Fondos Históricos.

<sup>7</sup> El Archivo Comunidades de Paz – ACP está compuesto por 1 metro lineal en soporte papel equivalente a 5824 folios y 935 fotografías. Abarca una temporalidad que va desde 1991 hasta el 2006 e incluye información sobre los desplazamientos masivos generados por la guerra entre el Estado y la insurgencia contra la población de la región del Bajo Atrato. Su código de referencia es CO.AUN.ACP.007.

<sup>8</sup> El Archivo Histórico Vamos Mujer Movimiento Social de Mujeres – AHVM.MSM está compuesto por 4.8 metros lineales del archivo inactivo de la corporación y 5.6 metros lineales del centro de documentación, ambos en soporte papel; además incluye un acervo audiovisual de 288 casetes de vídeo analógico en cinta magnética, 390 casetes de audio analógico en cinta magnética y 95 disquetes. También lo compone alrededor de 15.000 fotografías en papel, 1.000 filminas y 3.000 tiras de negativo fotográfico, en un periodo que abarca desde 1979 hasta 2009. Su código de referencia es CO.LFH.RA.005.

Desde su creación, el Laboratorio de fuentes Históricas ha sido reconocido por su compromiso con la investigación y la conservación del patrimonio documental. En 2011 organizó el primer Coloquio Nacional sobre “La ética en la investigación social”, llevado a cabo en el mes de diciembre de 2011 con la Universidad de Antioquia. Además, ha recibido reconocimientos internacionales, como el premio otorgado en el 2011 y 2012 por el *Programa para Bibliotecas y Archivos Latinoamericanos* de la Harvard College Library<sup>9</sup>.

Actualmente, el laboratorio cuenta con instalaciones modernas, equipadas con lectores de microfilmes, escáneres de digitalización y computadores para consulta<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> El Programa para Bibliotecas y Archivos Latinoamericanos (PLALA) de la Harvard College Library es un programa que ofrece pequeñas becas a bibliotecas y archivos latinoamericanos para mejorar sus colecciones y facilitar el acceso a ellas con el objetivo de fortalecer la investigación de estudios latinoamericanos.

<sup>10</sup> Informe de Infraestructura del Laboratorio de Fuentes Históricas (LFHUN).

## **EXPERIENCIA ARCHIVÍSTICA: LA PRÁCTICA Y SUS PROCESOS**

### **Fondo Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia (HOMO)**

El Fondo Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia (HOMO) es un acervo documental de gran valor histórico y científico, que reúne registros clínicos, administrativos y correspondencia generada dentro del marco de la atención psiquiátrica en el departamento de Antioquia. El origen de este Hospital Mental se remonta a finales del siglo XIX, creado con el propósito de atender a personas con trastornos mentales en una época de incipiente consolidación en el campo psiquiátrico en Colombia<sup>11</sup>. Lo que se convertiría en el Fondo de Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia surgió tiempo después, estas historias clínicas fueron donadas a el Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional (LFHUN), sede Medellín, en el año 2008 con un total inicial de 69.000 historias clínicas. Diez años después, se realizó una segunda donación que constó de 12.842 historias clínicas. Esta fue recibida por la universidad el 4 de agosto de 2018, sumando un total de aproximadamente 83.000 historias clínicas psiquiátricas.

Los datos que registran estas historias comprenden fechas desde 1903 hasta el año 2005. Sin embargo, no fue hasta 1920 que comenzó un registro textual acerca de estas historias clínicas de los pacientes. Al tratarse de un archivo clínico, estas se encuentran restringidas debido a la confidencialidad entre médico y paciente. Por esta razón, se debe efectuar una censura a los datos identitarios de los pacientes y sus familiares, lo que permitiría la creación de un repositorio virtual que contenga las historias clínicas de una manera menos restrictiva y con un alcance mayor para las personas de diversas ramas de la investigación.

---

<sup>11</sup> ESE Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO, “Historia” HOMO, consultado el 12 de mayo de 2025, <https://homo.gov.co/historia/>.

La colección de historias clínicas, además de poseer un contenido sobre diagnósticos y tratamientos, contiene datos que pueden ser analizados para el estudio de fenómenos sociales, etnológicos, culturales, históricos, entre otros más. A través del análisis de estas historias también es posible rastrear la evolución de las prácticas psiquiátricas, el impacto de las políticas de salud mental y los cambios en la percepción pública de los trastornos mentales<sup>12</sup>.

El Hospital Mental también desempeñaba una función relacionada con el restablecimiento moral de la sociedad: en el pensamiento de la época residía la idea de acoger a personas consideradas como una amenaza para la moral social, con el fin de aplicarse un tratamiento útil para su reinserción y así poder convertirlos nuevamente en individuos útiles para el entorno social.

De algunas de estas historias pueden derivarse estudios investigativos en el campo académico. Por ejemplo, la historia clínica n.º 3514: hombre de 34 años, blanco, soltero con profesión de oficinista, quien llega al manicomio el día 4 de abril de 1935. Su certificado médico expresa que fue una persona de juicio, honradez, y buenos modales, pero en meses anteriores comenzó a manifestar un comportamiento socialmente insoportable que atentaba contra el pudor, las personas y cosas. En cuanto su historia clínica, narra que:

“Durante las primeras semanas estuvo ligeramente excitado con una necesidad extrema: mortifica a sus coasilados, hace exigencias inaceptables respecto a las comidas, muestra una marcada hipertrofia del yo. Ironiza frecuentemente contra el médico que lo envió al servicio dizque porque no distinguía entre una locura de un guayabo. Sus actuaciones mortificantes obligan en ocasiones a tomar providencias para evitar que mortifique a los coasilados.”<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> UNAL. “Investigaciones sobre psiquiatría y salud mental de Antioquia”. Disponible en: [www.unal.edu.co](http://www.unal.edu.co).

<sup>13</sup> LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 3514.

Fue diagnosticado con psicosis exotóxica (alcohol) y fue dado de alta luego de presentar una mejora en su conducta durante el periodo de observación, considerándose suficiente para su salida.

De igual manera, se incluye la historia clínica n.º 4874 que corresponde al 12 de diciembre del año 1939, de un hombre blanco de 38 años, médico, quien ingresó por orden alcalde de Medellín y el secretario de Higiene del Municipio. Su certificado médico consta de:

“El suscrito, declara que con su consentimiento se han hecho las gestiones necesarias para su reclusión en el Manicomio Departamental de esta ciudad por motivos de salud. Los médicos del servicio municipal. y Dr. Luis Mesa Villa declaran que es verdad que requiero este aislamiento a que me someto”<sup>14</sup>

Fue diagnosticado con toxicomanía, y unos días después de su llegada se relata que:

“Entra en pleno estado de embriaguez; al día siguiente presenta, como todos ellos, su guayabo correspondiente; se le suministran sedantes nerviosos y el purgante del caso; se calma, aunque se muestra asaz preocupado por su situación actual porque le acusa gran sonrojo, encontrarse asilado en un manicomio.

Después de entrevistas con sus superiores jerárquicos y con su esposa convienen entre ellos su salida a pesar de reiteradas observaciones sobre la ineffectividad de una medida tan drástica al no ser llevada a efectividad durante un tiempo largo”<sup>15</sup>.

Finalmente, tras conversaciones con sus superiores y su esposa, fue dado de alta el 18 de diciembre de 1939. Sorprendentemente, no se registran ingresos posteriores en su historia clínica.

---

<sup>14</sup> LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 4874.

<sup>15</sup> LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 4874.

Por último, la historia clínica n.º 4596, mujer blanca, de 23 años, soltera, quien ingresó el 6 de junio de 1938 con un certificado médico:

“La señorita [...] es una toxicómana por aspirinas – desde un largo tiempo. Estimo muy prudente aislarla en el manicomio. Esta toxicomanía- le vino a raíz de una neuralgia facial invertebrada. Medellín, junio 3 de 1938. Jaime Bernal Moreno.

NOTA- La asilada por solicitud del personal pide la admisión en el asilo para someterse a un tratamiento de desintoxicación, al mismo tiempo que ofrece cumplir los reglamentos del establecimiento”<sup>16</sup>.

Diagnosticada con toxicomanía, su tratamiento tuvo un resultado exitoso. Comenzó a recuperarse físicamente hasta alcanzar un estado de lozanía que sorprendió a todos, incluidos sus familiares, quienes autorizan su salida el 20 de agosto de 1938.

Estas tres historias clínicas son solo una muestra de muchas más que pueden convertirse en objeto de estudio sobre las adicciones entre los años 1935 y 1940 y sus influencias. La venta de licor y casas de azar eran prácticas recurrentes entre los hombres antioqueños, que frecuentaban sitios propicios para sus adicciones.

La sistematización de estas tres historias clínicas permite identificar correlaciones claves entre variables como género, ocupación, edad y tipo de diagnóstico. Por ejemplo: las mujeres parecen estar más asociadas a adicciones por medicamentos, mientras que los hombres lo están al consumo de alcohol. Profesionales con cargos altos, como los médicos, podrían haber logrado mejores condiciones negociando sus ingresos o incluso obtener altas o salidas más rápidas. La duración del tratamiento podría variar según la edad o el género, con posibles diferencias en el

---

<sup>16</sup> LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 4596.

tiempo de internamiento. El estigma institucional pudo influir en cómo se manejaban los casos de personas con estatus social elevado, ocultando diagnósticos o facilitando su egreso.

Estas correlaciones permiten evidenciar desigualdades en la atención psiquiátrica, reflejo de normas sociales, morales y jerárquicas de la época. En términos de género, se observa una diferencia en los diagnósticos: los hombres fueron asociados principalmente al abuso de alcohol, con comportamientos considerados “socialmente inaceptables”, mientras que la mujer fue diagnosticada con toxicomanía por medicamentos, en un contexto más vinculado al ámbito doméstico y a dolencias físicas. Esto evidencia un sesgo de género en la interpretación de la adicción: los varones eran juzgados por su conducta pública, mientras que las mujeres eran patologizadas desde lo físico y emocional, incluso cuando el ingreso era voluntario.

De igual manera, estas historias clínicas permiten identificar varios tipos de datos relevantes. Datos sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, ocupación, etnia (en este caso “blanco”), clase social implícita (por la profesión o intervención de autoridades). Datos médicos: diagnóstico, evolución clínica, tratamientos aplicados, antecedentes médicos. Datos conductuales y sociales: motivos de ingreso (voluntario o por orden externa), actitudes hacia el tratamiento, comportamientos observados, relaciones con familiares o superiores. Datos institucionales: decisiones administrativas sobre el ingreso o salida, observaciones del personal, duración de la estancia.

La importancia del registro de estos datos cobra relevancia al ofrecer un valioso acervo documental que permite realizar estudios investigativos desde distintas disciplinas del conocimiento, especialmente desde las ciencias sociales. Las historias clínicas con un diagnóstico relacionado al uso problemático de sustancias psicoactivas (alcohol o medicamentos) desde una perspectiva de análisis sociocultural y de salud pública, pueden ser fundamentales para reconstruir

perfiles sociodemográficos de pacientes con diagnósticos por consumo de sustancias, estudiar la representaciones sociales del consumo de alcohol o fármacos y cómo esto influía en el diagnóstico y el trato médico, analizar los cambios en los discursos médicos y sociales sobre la toxicomanía a lo largo del tiempo, comprender las relaciones entre salud mental y clase social, género, autoridad médica y moral, e inclusive observar la evolución del papel de las instituciones públicas (como la alcaldía o el personal de higiene) en los procesos de internación y tratamiento.

Sistematizar estos datos desde las ciencias sociales permite trascender el caso individual y construir interpretaciones colectivas que dialoguen con procesos históricos, culturales y políticos más amplios.

### **Importancia de la censura en las historias clínicas**

Las historias clínicas se estructuran en orden cronológico para garantizar un seguimientos preciso y continuo del estado de salud del paciente. Cada historia contiene información de cada paciente que constituye información sensible. Legalmente, se trata de un documento privado que solo puede ser consultado por el paciente y su acudiente. En cuanto a terceros, si no se posee una previa autorización por parte del paciente no podrá ser consultado, exceptuando casos previstos por la ley<sup>17</sup>.

El Fondo de Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia (HOMO) cuenta con una consulta carácter restringido, pues hasta el momento se encuentran 8.500 historias clínicas con su respectiva censura disponible para consulta. Las historias clínicas en estado físico no disponen de una censura de los datos identitarios del paciente ni sus familiares, lo que genera un riesgo de

---

<sup>17</sup> Ley 23 de 1981 – Ética médica, Artículo 34: La historia clínica es un documento privado y solo puede ser conocido por el paciente, el equipo médico, o por orden judicial. Departamento Administrativo de la Función Pública, *Decreto 1965 de 2013*, octubre 7, 2013, <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=68760>.

confidencialidad para el Laboratorio de Fuentes Históricas si esta información llegase a ser expuesta al público.

La ley estipula que las historias clínicas deben ser destruidas veinte años después del último registro<sup>18</sup>; sin embargo, incluso tras su destrucción, su contenido continúa protegido por la confidencialidad entre la institución médica y el paciente. La exposición indebida de esta información conlleva vulneraciones al derecho a la intimidad tanto del paciente como de su familia, incluso si el paciente ya no se encuentra con vida, ya que sus familiares pueden verse afectados al ser exhibidas las condiciones médicas del mismo.

Es pertinente mencionar que en el fondo HOMO actualmente, al conservar historias clínicas con fecha de ingreso del año 2005, implica un alta probabilidad de que algunos de estos pacientes aún estén con vida. Por lo tanto, para permitir la consulta a terceros es necesario firmar un pacto de confidencialidad, en el que el investigador se compromete a no divulgar públicamente los datos identitarios del paciente ni de sus familiares, así como hacer un buen uso de la información.

En la primera donación de las historias clínicas por parte del Hospital Mental de Antioquia se encuentran registros desde el año 1903, como el ejemplo de la historia clínica número 1, correspondiente a una mujer mestiza de 57 años, soltera, de la ciudad de Abejorral, quien ingresó el día 6 de febrero de 1903 con un diagnóstico de melancolía a causa de un delirio alimentario<sup>19</sup> y quien, diecisiete años después fallece en la institución.

---

<sup>18</sup> Ministerio de Salud. *Resolución número 1995 de 1999*. Artículo 15: Retención y tiempo de conservación. Hoja no. 6.

<sup>19</sup> LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 1.

Muchas de estas historias clínicas se encuentran en un precario estado, por lo que su manipulación debe ser sumamente delicada y cuidadosa para evitar un daño mayor o incluso la pérdida total del documento. Esto hace necesario el uso de guantes, ya que el contacto físico con el papel puede pulverizar el expediente o provocar quemaduras y tachones.

En la actualidad, aproximadamente el 12% de estas historias clínicas se encuentran digitalizadas en formato PDF, y en su mayoría ya han sido censuradas mediante un proceso de anonimización de datos identitarios, que consiste en el ocultamiento de cualquier información que pueda permitir la identificación del paciente o sus familiares. Esto se hace con el fin de implementar un repositorio virtual que garantice el acceso a la información sin vulnerar la privacidad del paciente, ni poner en riesgo los documentos originales.

La anonimización de datos de las historias clínicas fue mi principal función durante las practicas académicas. Esto consistía en generar una censura de todos los datos que pudieran revelar la identidad del paciente, siendo el nombre del paciente o sus familiares, direcciones, teléfonos, documentos de identificación (en caso de estar registrado), alias y nombramientos de vecinos algunos de los elementos censurados. Esta labor fue realizada con el programa Adobe Acrobat Reader DC Pro, que contiene la herramienta de censura con la cual es posible conservar el documento original y guardar el documento ya censurado.

Durante este proceso, tuve varias dificultades. Una de las más frecuentes fue la incapacidad del programa Adobe Reader DC Pro para manejar historias clínicas con más de 70 páginas. El programa no lograba cargar el contenido completo y, al iniciar el proceso de censura, se bloqueaba alrededor de la página cincuenta. Esto provocaba un cierre abrupto del programa, lo hacía que el trabajo realizado no se guardase, por lo que era necesario repetir todo el proceso de censura ya realizado.

En cuanto a las dificultades físicas, aunque no eran tan persistentes, algunas historias clínicas presentaban un deterioro significativo del papel que permitía el traspaso de la tinta hacia la parte trasera, dificultando una lectura adecuada del contenido, al suponerse letras y palabras. También se encontraron historias rotas que no permitían percibir la información completa, y manchas que llegaban a opacar hasta el 80% del texto.

Respecto a su contenido, aunque la mayoría de las historias clínicas posteriores a 1930 fueron diligenciadas con máquina de escribir, los reingresos o historiales clínicos de pacientes con estancias prolongadas eran completados de forma manual por los médicos tratantes, lo que complicaba su lectura.

Esto generaba reprocesos y retrasos, ya que los problemas técnicos requerían releer lo ya censurado para asegurar una revisión exhaustiva, mientras que las dificultades físicas entorpecían una censura precisa y adecuada. En muchos casos, los nombres alcanzaban a leerse entre líneas, lo que obligaba a censurar datos que, si bien eran identificatorios, también podían resultar relevantes.

Dentro de las historias clínicas que censuré, se hallaban algunos casos en los que el paciente o el doctor anexaban cartas manuscritas que, desde una perspectiva histórica, representa un gran valor documental para el estudio de la sociedad. Lamentablemente, en su momento estas piezas no eran consideradas relevantes desde el punto de vista médico, por lo que fueron retiradas de los expedientes. Sin embargo, es importante subrayar que esta documentación aparte del interés para la disciplina histórica también representa una significativa importancia para el conjunto de las ciencias sociales y humanas, ya que permiten comprender las relaciones médico-paciente, los lenguajes de la enfermedad, los imaginarios sociales y las prácticas institucionales de la época.

Uno de estos casos fue la historia clínica n.º 4133, correspondiente a un hombre blanco de 34 años, soltero, con profesión de agricultor, que ingresó con un certificado médico que decía:

“Perturbaciones mentales consistentes en una obsesión amorosa por una niña de quien dice no sólo ser correspondido sino reclamado insistentemente. Pero que si ella lo saca o hace sacar de la casa a estrujones y conducir a la cárcel, es por aparentar, pues él sabe que lo quiere intensamente”<sup>20</sup>.

Su diagnóstico fue un delirio sistematizado crónico (erotomanía). En su historia clínica se narra una fuga del hospital con el propósito de visitar a su supuesta novia. El paciente escribió cartas dirigidas a ella, pidiéndole que lo sacara de allí. Lo más interesante ocurre el 14 de septiembre de 1937, cuando se anexa el siguiente documento:

“Señor Dr. José María Uribe [...] me permito remitir a Ud., adjunta a la presente, una carta de [...] para la señorita [...], rogándole a Ud. El servicio de averiguarme si dicha señorita será la misma de que se habla en el expediente con que fue remitido [...] a este asilo, señorita de quien [...] se hallaba locamente enamorado y a cuya intervención atribuía las prisiones y vejámenes de que se creyó víctima, cuando sus reacciones morbosas impusieran su aislamiento.

Como Ud. ve este dato que hoy le solicito tiene especial interés clínico para mí y lo espero a la mayor brevedad posible. La carta adjunta me hace el favor de devolvérmela en el caso de resultar ciertas mis sospechas, quiero decir si la señorita [...] es la misma que figura en autos; si no lo fuere, queda Ud. encargado de hacerla llegar a su destino o devolvérmela, a juicio de su buen criterio”<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 4133.

<sup>21</sup> Ibidem.

A esta solicitud responde:

“[...] Justamente la Señorita. [...] a quien viene dirigida la carta de [...] es la misma hacia quien dicho Sr. se siente atraído con fuerza magnética. En cambio ella quisiera, para su tranquilidad y sosiego retirarlo a las antipodas, o si posible a mayor distancia. Por tal motivo le incluyo la carta de [...]

Don, [...] padre de [...], me hablaba hace unos ocho días de lo correcto de las cartas de su hijo, de las cuales colegia que ya estaba bueno. Pero yo que lo he lidiado pensaba, salvo su concepto, que media hora después de llegar aquí habría llevarlo a la cárcel.

Deseándole salud bienestar y dinero, por no ser posible novia, me suscribo”<sup>22</sup>.

De estas interacciones narrativas se puede deducir que el paciente sentía un amor obsesivo por una mujer de quien creía ser correspondido, llegando incluso a fugarse para ir a buscarla. Un tercero, quien tenía en su poder las cartas del paciente, pidió al doctor corroborar la identidad de la mujer. El Doctor confirma y menciona que considera llevar la situación a instancias judiciales, lo que sugiere que la mujer podría haber sido menor de edad.

Lamentablemente, no es posible conocer más sobre este caso, ya que, debido a la pobreza del padre del paciente, no pudo seguir costeadando la estadía en el hospital. Por ello, el paciente fue trasladado al patio común de enajenados, donde permaneció hasta el 27 de agosto de 1949, año en el que cometió su segunda fuga. Fue devuelto al manicomio, y sin otra alternativa, fue lobomotizado en 1956, siendo dado de alta tres años después, tras hallarse “bien”.

---

<sup>22</sup> Ibidem.

Lo relevante aquí no es únicamente el contenido narrativo del caso, sino la presencia original de documentación adicional en el expediente clínico, como cartas manuscritas, que lamentablemente hoy no se conservan. Estos documentos, frecuentemente eliminados por no ser considerados clínicamente pertinentes, eran testimonio directo de la subjetividad de los pacientes, sus relaciones afectivas, sus formas de expresión emocional y sus vínculos con el entorno social y familiar. En su momento, desde una lógica médica centrada exclusivamente en la enfermedad y la funcionalidad del expediente como herramienta terapéutica o legal, se optó por prescindir de todo lo que no aportara información diagnóstica o técnica. Así, muchos elementos con potencial interpretativo para otras disciplinas fueron descartados o simplemente ignorados.

El fondo documental del hospital fue sometido en algún momento a un proceso de depuración archivística, guiado por criterios institucionales que respondían a prioridades asistenciales o administrativas. Este tipo de decisiones, si bien comprensibles desde una lógica institucional inmediata, tienen profundas implicaciones para la investigación histórica y social. Al eliminar documentos considerados “accesorios”, se limitan seriamente las posibilidades de reconstruir las múltiples dimensiones de la vida hospitalaria, de los discursos médicos y de la experiencia subjetiva del encierro psiquiátrico.

Este caso particular, y otros similares, ilustran la urgencia de replantear los criterios de valoración documental en los archivos de salud mental, especialmente cuando se trata de fondos históricos. Desde una perspectiva contemporánea, resulta indispensable preservar no solo los datos clínicos, sino también aquellos elementos que permiten una aproximación más humana, contextualizada y crítica al pasado institucional.

Las cartas, notas personales, dibujos, o cualquier tipo de intervención manuscrita en los expedientes no son residuos de archivo, estos constituyen huellas valiosas del modo en que los pacientes se narraban a sí mismo y enfrentaban su encierro.

En ese sentido, el caso analizado no solo revela un episodio patológico, sino también una dinámica relacional compleja entre el paciente, su familia, los médicos y la sociedad. La erotomanía, tal como fue interpretada médicamente, puede ser leída también como una forma de resistencia afectiva, de persistencia en el deseo, o incluso como un conflicto social mediado por el género, la clase y la moral de la época. Sin las cartas, sin las voces de los protagonistas, se pierde la posibilidad de explorar esas capas de significado.

Por ello, se hace evidente la necesidad de ampliar la mirada documental más allá de lo clínico, reconociendo el valor que tienen estos archivos para las ciencias sociales, la historia, la antropología, la filosofía y los estudios culturales. Solo así será posible construir una memoria más completa, crítica y plural de la historia de las instituciones psiquiátricas, y, sobre todo, de las vidas que pasaron por ellas.

### **Recopilación de datos**

Durante el desarrollo de la práctica académica se realizó un registro y sistematización de casi 1.600 historias clínicas debidamente censuradas, con el fin de construir una base de datos que permitiera almacenar la información de forma organizada, facilitando su consulta de manera ágil y eficiente. Este proceso se llevó a cabo siguiendo las normas archivísticas estipuladas, entre las cuales se encuentra la omisión del uso de tildes y la inclusión de la letra “Ñ”, conforme a los lineamientos técnicos correspondientes.

Para el Fondo de Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia (HOMO), se elaboraron diversas hojas de cálculo en la plataforma Google Drive con el objetivo de registrar la información más relevante de cada historia clínica. Estas hojas se encuentran disponibles para uso interno del Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional de Colombia (LFHUN), sede Medellín. Además, es importante presentar al lector la matriz, la cual corresponde al formato ISAD(G), Norma Internacional General de Descripción Archivística -por sus siglas en inglés-, como parte del proceso de organización y sistematización de los datos. La estructuración de la base de datos que se realizó para este informe fueron los siguientes:

- **Número de historia clínica:** dato visible en la parte superior de la portada de cada expediente. En algunos casos, debido al deterioro del documento, este número se encuentra ilegible, tachado o traspasado al reverso de la hoja.
- **Fecha inicial y final:** se consignan las fechas del primer y último registro. Cabe aclarar que en algunos casos existen pequeñas discrepancias de uno o dos días entre los datos registrados y lo que figura en la historia clínica. Asimismo, se hallaron casos en los que no se consigna fecha de egreso, especialmente cuando el paciente es trasladado a centros penitenciarios al continuar bajo proceso legal.
- **Volumen y soporte:** número de folios y tipo de material físico del expediente.
- **Alcance y contenido:** se registran datos como el género, la edad y el diagnóstico médico del paciente.
- **Punto de acceso geográfico:** lugar de nacimiento del paciente, especificando ciudad o población.

- **Punto acceso materias:** en esta se incluyen ‘raza’<sup>23</sup>, estado civil y profesión del paciente.

Estos ítems fueron establecidos gracias al acompañamiento del personal encargado de la gestión documental de la Universidad, y fueron construidos conforme a los lineamientos de la Norma Internacional General de Descripción Archivística ISAD(G). Aun así, es pertinente aclarar que en concordancia con la labor de anonimización, los ítems que implementaban una posible identidad de los pacientes fueron omitidos en esta base de datos. Creando otros de carácter descriptivo que complementan el registro total del documento:

- **Notas o nota del archivista:** observaciones relacionadas con el estado físico del documento, como deterioro del papel, manchas o pérdida de folios.
- **Caja y carpeta:** cada historia clínica se encuentra organizada dentro de carpetas que a su vez conforman cajas. Estas se encuentran debidamente rotuladas con el número de historias clínicas que contienen.
- **Código de referencia y archivo:** identificador asignado por el Laboratorio, el cual permite clasificar y localizar el documento como parte del acervo del Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional de Colombia.

Esta estructuración metodológica ha facilitado que la información contenida en las historias clínicas pueda ser utilizada como fuente para investigaciones en diversas disciplinas de las ciencias sociales y humanas, ya que proporciona datos sobre características demográficas, de género, profesión y lugar de procedencia. Además, el uso del Formato Único de Identificación Documental

---

<sup>23</sup> El uso del término *raza* en este trabajo responde al lenguaje y categorías empleadas en las historias clínicas producidas en el periodo de estudio. Aunque hoy se reconoce que se trata de una construcción social sin validez científica, en las primeras décadas del siglo XX era una noción central en los discursos médicos y en las teorías sobre degeneración y herencia. En ese contexto, se creía que ciertas características físicas o conductas podían ser transmitidas genéticamente, lo que influyó prácticas de diagnóstico, internamiento y tratamiento dentro de instituciones como el Hospital Mental de Antioquia.

(FUID)<sup>24</sup> ha permitido una organización más eficiente y estandarizada de los documentos, garantizando una identificación única y un acceso rápido y preciso a cada historia clínica. El FUID asegura que cada expediente esté debidamente registrado, con una información clave como su título, fecha de creación, autor tipo de documento y ubicación, lo que facilita su búsqueda y recuperación dentro del sistema de gestión documental. De esta manera, las historias clínicas se convierten en un recurso accesible y útil para diversas áreas de estudio, manteniendo su integridad y trazabilidad.

Para la exacta información consignada en este informe se basa en la sistematización de las historias clínicas numeradas desde el n.º 3312 hasta el n.º 4911, dando un total de casi 1.600 expedientes. De estos, 873 corresponden a pacientes de género masculino (54,62%) y 726 a pacientes de género femenino (45,37%).

***Tabla 1 Registro por género, edad, primera fecha de ingreso y última fecha salida***

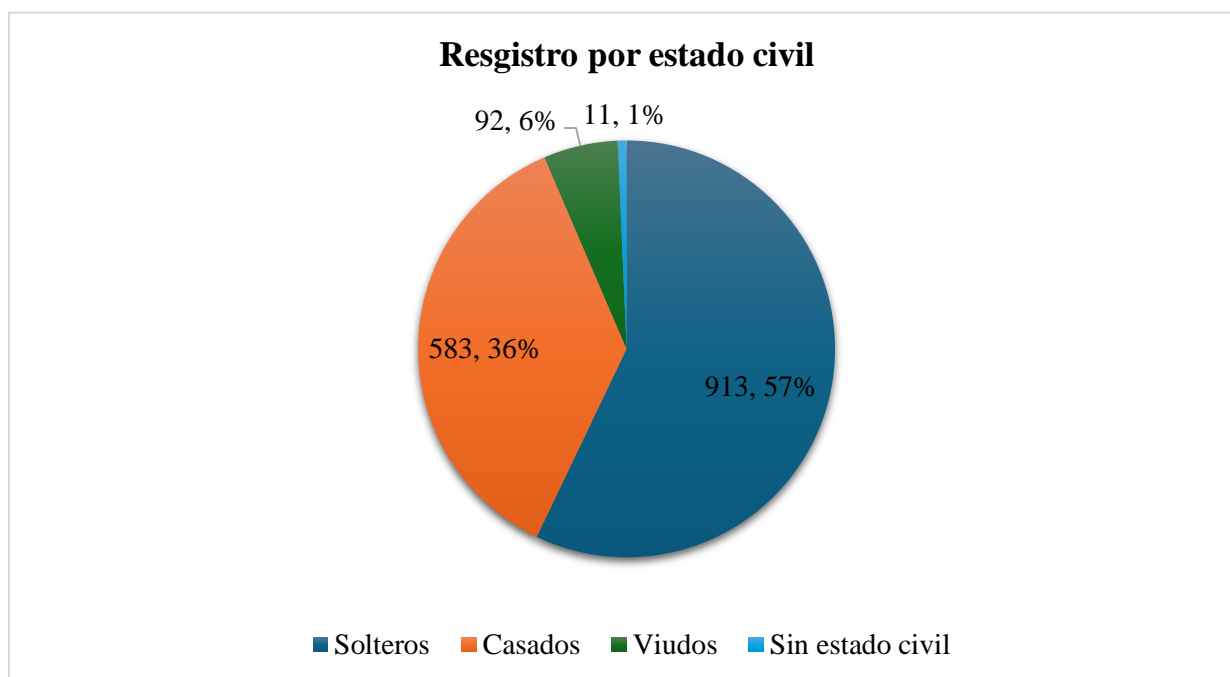
Género	Menor edad registrada	Mayor edad registrada	Sin edad registrada	Fecha primer registro	Fecha último registro
Hombre	11 años	90 años	4	1920	1988
Mujer	9 años	90 años	2	1924	1993

---

<sup>24</sup> El Formato Único de Identificación Documental (FUID) es una herramienta archivística implementada en Colombia para describir y organizar documentos dentro de los archivos de las entidades públicas. Permite un control unificado de la información documental, facilitando su identificación, clasificación y recuperación, de acuerdo con los lineamientos del Archivo General de la Nación.

La tabla anterior permite observar la edad mínima y máxima registrada para cada género, así como la presencia de historias clínicas sin información, y las fechas de ingreso y egreso más tempranas y tardías dentro del corpus analizado.

***Ilustración 1 Registro por estado civil***

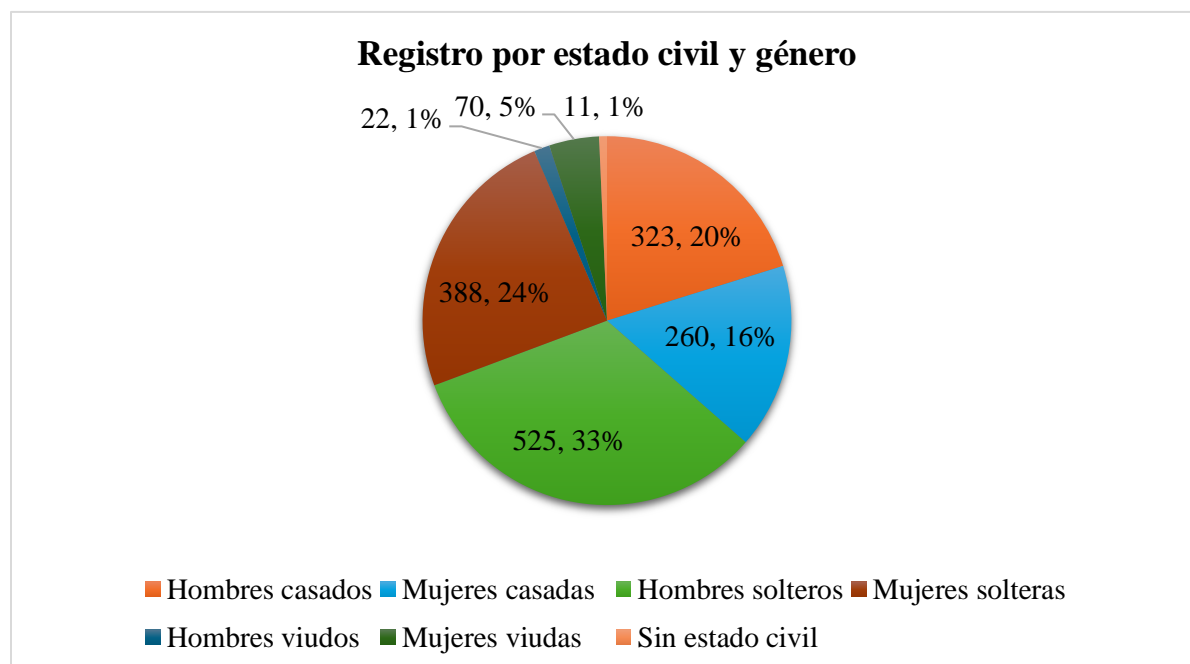


El analisis preliminar de los datos extraidos revela que la mayoría de los pacientes hospitalizados eran solteros (913 casos), seguidos por casados (583 casos), viudos (92 casos) y un pequeño grupo sin registro de estado civil (11 casos). Esta distribución permite vislumbrar ciertas dinámicas sociales y familiares asociadas al ingreso de personas a instituciones psiquiatricas en la época, y plantea interrogantes sobre las posibles relaciones entre el estado civil y la vulnerabilidad frente a problemáticas de salud mental, el aislamiento social o la falta de redes de apoyo.

Sim embargo, para comprender con mayor profundidad estos patrones y sus implicaciones, resulta necesario depurar estos datos por género, lo cual permitiría explorar, por ejemplo, si las

mujeres solteras eran más propensas a la institucionalización que los hombres, o si existían diferencias significativas en los perfiles maritales según el sexo del paciente. Este análisis más detallado no solo contribuirá a enriquecer la interpretación histórica del fondo documental, sino que también permitiría articular lecturas críticas sobre los vínculos entre género, estado civil y salud mental en el contexto social de la primera mitad del siglo XX en Antioquia.

***Ilustración 2 Registro por estado civil y género***



Esta distribución permite observar patrones que, puesto en contexto histórico, pueden interpretarse como reflejo de las normas sociales y las desigualdades de género de la época:

1. Mayor número de mujeres viudas institucionalizadas (70 frente a 22 hombres) puede interpretarse como una manifestación de la vulnerabilidad social y económica de las mujeres al perder a su esposo, especialmente en un contexto donde el rol femenino estaba fuertemente ligado al matrimonio y la dependencia del varón. Las

mujeres viudas, sin redes de apoyo o autonomía económica, podían ser percibidas como una “carga social” y por tanto institucionalizadas más fácilmente.

2. Más hombres solteros internados que mujeres solteras (525 frente a 388) puede sugerir que, aunque el soltero también era un perfil común de internamiento, la masculinidad no estaba tan asociada al estado civil como lo estaba la feminidad, y que las mujeres solteras podían verse con mayor estigma social si no cumplían con el ideal del matrimonio, aunque fueran internadas en menor número.

3. Los hombres son mayoría en todos los estados civiles, lo que puede reflejar tanto una mayor frecuencia de diagnósticos masculinos (por ideas médicas de la época que asociaban ciertas conductas a “desviaciones” de la masculinidad) como una diferencia en los mecanismos familiares o sociales de institucionalización. Es decir, los hombres podían ser internados por razones conductuales, mientras que las mujeres eran más susceptibles a ser internadas por devíos morales, sexuales o por perder su rol tradicional.

Desde la lectura de Foucault, puede afirmarse que el manicomio no fue únicamente un espacio terapéutico, sino un mecanismo de disciplinamiento social: “la internación va a colocar en una sola y misma reclusión realidades que no tienen parentesco posible: locura, pobreza, incapacidad de trabajar, libertinaje, prodigalidad, libertinaje sexual”<sup>25</sup>. Así, el ingreso a estos espacios no respondía exclusivamente a la enfermedad mental, sino a conductas que contravenían el orden social establecido. En ese sentido, la alta presencia de mujeres viudas podría interpretarse

---

<sup>25</sup> Michel Foucault, *Historia de la locura en la época clásica*, trad. Juan José Utrilla (México: Fondo de Cultura Económica, 1967), 67.

como el resultado de su desprotección estructural y de su potencial transgresión al modelo femenino hegemónico (dependiente, reproductora, vinculada al hogar).

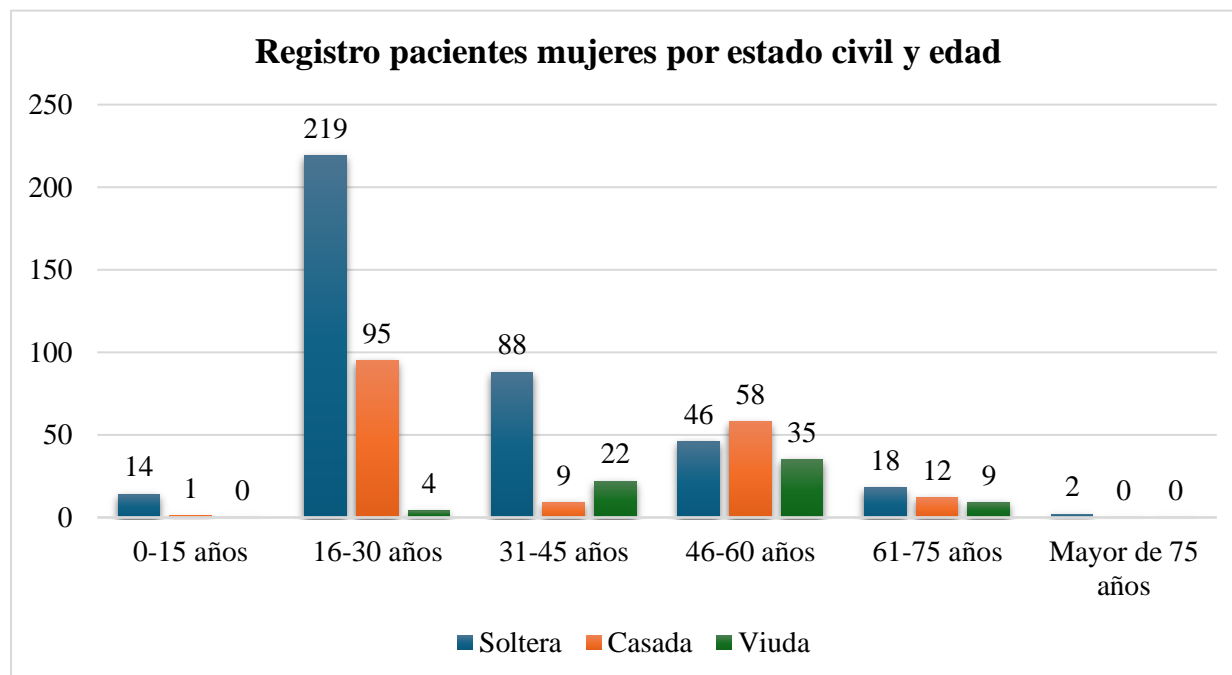
De igual manera, Sánchez y Wills<sup>26</sup> al estudiar los archivos psiquiátricos en Colombia, advierten cómo los expedientes médicos se convierten en instrumentos que registraban no solo el “transtorno” clínico, sino también una valoración moral y política del sujeto. Señalan que en estos documentos “se configura una narrativa que conjuga el diagnóstico psiquiátrico con juicios sociales sobre la desviación, el peligro y la anormalidad”<sup>27</sup>. Este cruce permite entender cómo el estado civil se convirtió en un indicador de riesgo, especialmente cuando se trataba de mujeres que no encajaban en los ideales de domesticidad.

---

<sup>26</sup> Gonzalo Sánchez y María Emma Wills han abordado críticamente el papel de los archivos psiquiátricos en Colombia como instrumentos de clasificación, vigilancia y control social, especialmente en contextos de represión y conflicto. Véase: Gonzalo Sánchez y María Emma Wills, *Los archivos de la represión: la mirada del poder sobre la locura y la disidencia en Colombia* (Bogotá: Taurus, 2000).

<sup>27</sup> Gonzalo Sánchez y María Emma Wills, *Los archivos de la represión: la mirada del poder sobre la locura y la disidencia en Colombia* (Bogotá: Taurus, 2000), 84.

**Ilustración 3 Registro de pacientes mujeres por estado civil y edad**



El análisis del estado civil de las mujeres internadas revela una correlación significativa entre la edad y la condición conyugal. En los grupos más jóvenes (0-15 y 15-30 años), la soltería predomina ampliamente: en conjunto, 233 mujeres eran solteras frente a apenas 96 casadas y 4 viudas. Este dato puede relacionarse con el hecho de que la institucionalización en edades tempranas interrumpía, o directamente impedía, la inserción en los circuitos sociales tradicionales del matrimonio.

A medida que avanza la edad, la proporción de mujeres casadas y viudas aumenta, especialmente entre los 45 y 60 años, donde incluso las casadas superan en número a las solteras (58 frente a 46), y las viudas aumentan significativamente (35). Este patrón no solo refleja transformaciones en los ciclos de vida, sino que también está vinculado con estructuras conyugales características del periodo, en las que era frecuente una marcada diferencia de edad entre cónyuges, con hombres mayores que contraían matrimonio con mujeres más jóvenes. Estudios de demografía

histórica han documentado este fenómeno como causa habitual de viudez femenina en edades intermedias<sup>28</sup>. Asimismo, Twinam (1999)<sup>29</sup> y Davies (1987)<sup>30</sup> señalan que estas brechas etarias en Hispanoamérica producían viudez temprana y mayor riesgo de desprotección familiar. En este contexto, la condición de viuda en una edad aún activa socialmente pudo implicar aislamiento o vulnerabilidad emocional, factores que habrían incrementado el riesgo de ingreso al hospital psiquiátrico.

Diana Obregón, ha demostrado que la psiquiatría en Colombia, especialmente en el caso de mujeres, no operaba únicamente por criterios médicos, sino también como respuesta a desviaciones percibidas respecto a normas sociales de género, particularmente cuando no se cumplía con el ideal femenino de esposa y madre<sup>31</sup>.

En suma, los datos reflejan no solo el perfil etario de las mujeres internadas, sino también las normas sociales de género vigentes en el periodo, donde el estado civil, y en especial la falta de vínculo marital, podía convertirse en una condición que favorecía la institucionalización, en el marco de una psiquiatría que operaba también como instrumento de control social<sup>32</sup>.

En el marco del análisis también se ha identificado la etnia como una de las variables principales para explorar mecanismos de clasificación social que operaban dentro de los sistemas

---

<sup>28</sup> Marta Herrera Ángel, Ordenar para controlar: *Ordenamiento espacial y control político en las llanuras del Caribe colombiano, siglo XVIII* (Bogotá: Banco de la República, 1996).

<sup>29</sup> Ann Twinam, *Public Lives, Private Secrets: Gender, Honor, Sexuality, and Illegitimacy in Colonial Spanish America* (Stanford: Stanford University Press, 1999).

<sup>30</sup> Catherine Davies, *Spanish Women's Writing 1849–1996* (London: Bloomsbury Academic, 1987).

<sup>31</sup> Autores como Diana Obregón, en sus estudios sobre la psiquiatría no solo por diagnósticos médicos, sino también como resultado de desviaciones percibidas frente a normas de género, particularmente cuando no cumplían con el ideal femenino de esposa y madre. Ver: Diana Obregón, *Historias de la medicina en Colombia: entre saberes y prácticas* (Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia, 2005), 142–168.

<sup>32</sup> Cristina Moreno ha documentado que en el Hospital Mental de Antioquia soltería y la viudez eran frecuentemente interpretadas como signos de desestabilización emocional o social, facilitando así su internación. Ver: Cristina Moreno, *Locura, mujer y encierro: El Hospital Mental de Antioquia en el siglo XX* (Medellín: Universidad de Antioquia, 2010), 89–102.

psiquiátricos del periodo. Aunque los registros de la época esta categoría aparece nombrada como “raza”, es importante señalar que dicho término ha sido profundamente cuestionado por su carga biologicista y excluyente, y ha sido reemplazado en investigaciones contemporáneas por el concepto de “etnia”, entendido en un sentido más amplio, cultural y relacional. No obstante, durante las primeras décadas del siglo XX, la idea de “raza” tuvo un peso central en los discursos médicos, especialmente en aquellos ligados a la higiene, la eugenesia y los ideales de mejoramiento poblacional<sup>33</sup>.

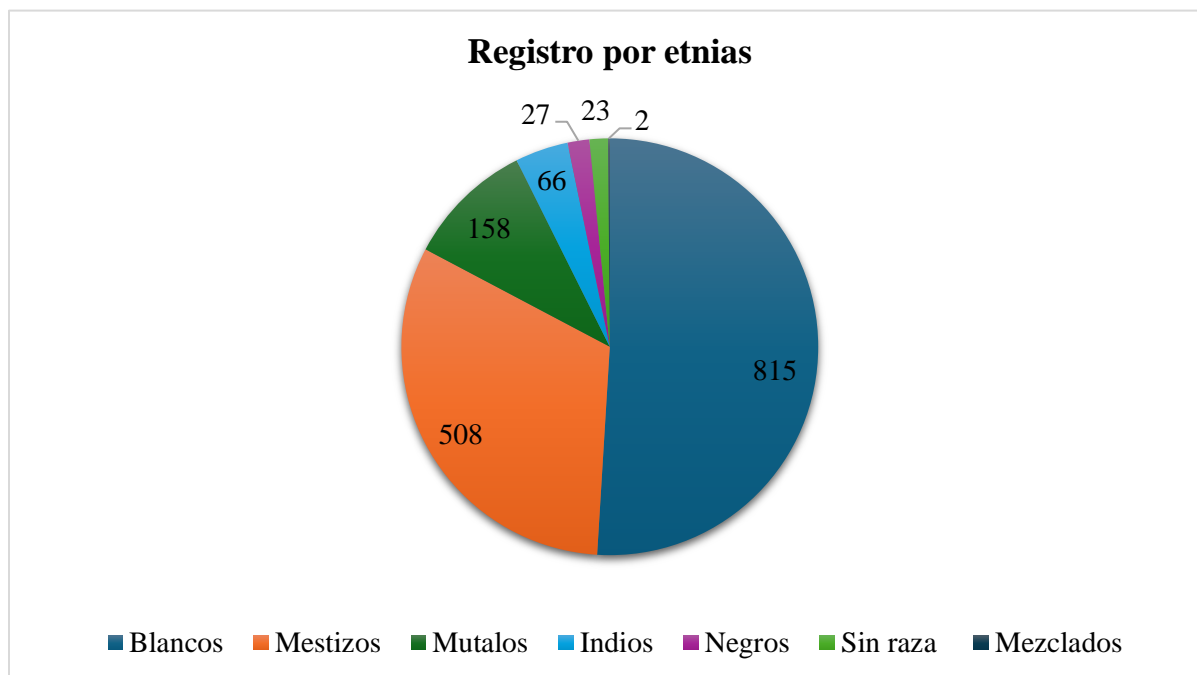
Por esta razón, y con fines analíticos, utilizaremos el término etnia, manteniéndonos atentos a su uso histórico y contextual.

Esta categoría, aunque registrada de manera desigual e imprecisa en algunos casos, permite observar cómo las instituciones de salud mental incorporaban y reproducían jerarquías étnicas al momento de diagnosticar, internar y tratar a los pacientes.

La siguiente gráfica presenta la distribución de los pacientes según su etnia, destacando la predominancia de la categoría “blanco”, seguida de “mestizo”, “mulato”, “indio” y “negro”. También se incluyen las categorías marginales de “mezclado” y los casos en que no se registró ningún dato. Esta visualización busca aportar a una reflexión crítica sobre cómo el discurso médico-psiquiátrico participó en la construcción de diferencias étnicas en el contexto colombiano de la primera mitad del siglo XX.

---

<sup>33</sup> María Fernanda Vásquez, “Degeneración y mejoramiento de la raza: ¿higiene social o eugenesia? Colombia, 1920–1930,” *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 25 (2018): 145–158.

*Ilustración 4 Registro por etnias*

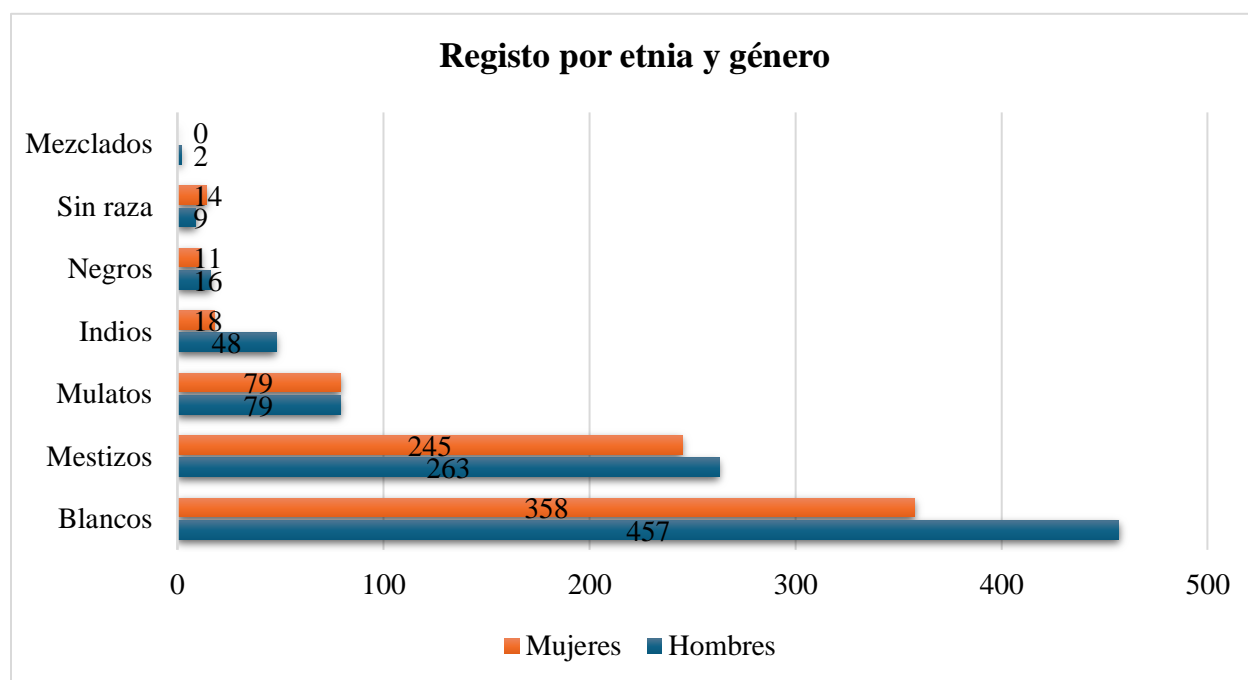
Para el análisis de la variable principal, etnia, los pacientes fueron clasificados en 815 blancos, 508 mestizos, 158 mulatos, 66 indios, 27 negros, 23 sin datos y 2 mezclados. La mayoría aparece clasificada como blanca, lo que puede reflejar una tendencia institucional a naturalizar esta categoría como norma.

Las categorías mestizo y mulato representan una proporción considerable, mientras que indios y negros aparecen en menor número, lo que podría indicar tanto exclusión en el acceso al sistema psiquiátrico como sesgos raciales en la forma de registrar. Estas jerarquías en los archivos clínicos concuerdan con estudios, como los de la historiadora Nancy Appelbaum, quien se centra en la historia de Colombia, con especial énfasis en la construcción de identidades étnicas, regionales y nacionales en los siglos XIX y XX, y señala como la medicina y la geografía

participaron en la producción de jerarquías étnicas y discursos de blanquitud en la civilización colombiana<sup>34</sup>.

A continuación, se presenta una nueva visualización en la que se cruzan las variables de género y etnia, con el fin de observar cómo se distribuyen hombres y mujeres dentro de estas categorías raciales y qué patrones emergen al interior del archivo clínico. Este cruce permite afinar el análisis de las jerarquías sociales representadas en la institucionalización psiquiátrica.

### *Ilustración 5 Registro por etnias y género*



La mayoría de los pacientes fueron clasificados como blancos, tanto en hombres como en mujeres, seguidos por mestizos. El número significativamente menor de personas identificadas como indios y negros sugiere no sólo una posible infrarrepresentación de estas poblaciones, sino

<sup>34</sup> Nancy Appelbaum, *Mapping the Nation: History and Memory in Colombia* (London: Verso, 2003), 45-67.

también criterios ambiguos y desiguales de registro, lo que es consistente con los patrones de clasificación étnico en los discursos médicos del momento<sup>35</sup>.

Este patrón puede estar vinculado con la composición demográfica del departamento de Antioquia en las primeras décadas del siglo XX, caracterizado por una población mayoritariamente considerada “blanca” o mestiza, en contraste con otras regiones del país donde predominaban poblaciones afrodescendientes e indígenas. Según el historiador Jorge Orlando Melo, el discurso de “blancura antioqueña” fue activamente promovido desde el siglo XIX, tanto desde la política como desde la medicina, como un símbolo de progreso, higiene y modernidad<sup>36</sup>. Este imaginario pudo haber influido en la manera en que se asignaban las categorías étnicas en los registros clínicos, especialmente cuando los pacientes provenían de los núcleos urbanos del departamento o de zonas consideradas más “civilizadas”.

Sin embargo, es probable que muchos pacientes provinieran de otras regiones del país, sobre todo del Caribe, el Magdalena Medio, o el Chocó o incluso de áreas rurales o periféricas de Antioquia. En esos casos, la etiquetas como “mulato”, “negro” o “indio” podrían haber funcionado como marcadores de alteridad, no sólo étnica, sino también geográficas y social. El ingreso de estos pacientes al sistema psiquiátrico pudo estar mediado por estigmas asociados al “otro racial”, que se expresaban en diagnósticos y tratamientos diferenciales.

A la luz de esta distribución, se podría pensar que el sistema de clasificación racial presente en las historias clínicas no fue puramente descriptivo, sino que operó como un mecanismo institucional que pretendía establecer cierta idea de equilibrio social, validando un orden jerárquico

---

<sup>35</sup> Sobre los discursos raciales en la medicina colombiana y su relación con las teorías de degeneración y clasificación social, véase: Lina María Céspedes-Báez, “Cuerpos que importan: medicina, derecho y discursos sobre la raza en Colombia a principios del siglo XX”, *Revista Historia y Sociedad*, no. 28 (2015): 149–172.

<sup>36</sup> Jorge Orlando Melo, “La invención de Antioquia,” en *Ensayos de historia social y política de Antioquia*, ed. Jorge Orlando Melo (Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1996), 71–99.

y simbólicamente blanqueado. Esto también puede reflejar ambigüedades propias del registro médico de la época, en el cual las categorías raciales eran aplicadas de forma inestable y contradictoria. Tal como argumenta Peter Wade, las clasificaciones raciales en América Latina han funcionado menos como categorías fijas y más como estrategias de distinción social contextual, negociadas y adaptadas a diferentes escenarios institucionales<sup>37</sup>.

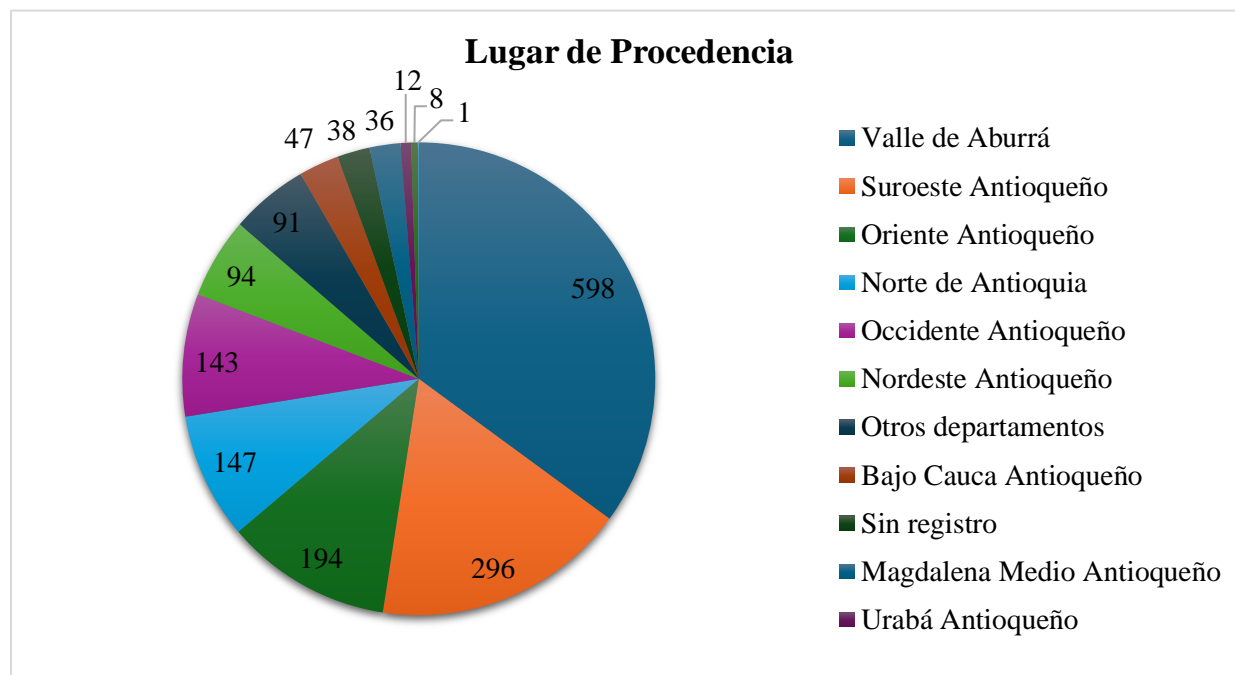
Es pertinente ampliar la mirada hacia la procedencia geográfica registrada en las historias clínicas. Este dato, más allá de su valor informativo, permite observar cómo ciertas regiones del país estuvieron sobrerrepresentadas en la población internada, lo cual podría relacionarse con factores sociales, económicos y raciales.

A continuación, se exponen los datos de procedencia consignados en los archivos, como un primer paso para explorar los vínculos entre etnicidad, territorio y control institucional.

---

<sup>37</sup> Peter Wade, *Raza y etnicidad en América Latina* (Madrid: Akal, 2010), 35–60.

**Ilustración 6 Registro por lugar de procedencia**



Este análisis permite observar del total de casos revisados, 1.467 pacientes, equivalentes al 91,7% provenían del departamento de Antioquia, lo que evidencia el carácter eminentemente regional del hospital durante estas décadas. Revela un predominio marcado del Valle de Aburrá, con 598 pacientes (46.9%), lo cual se explica por su importancia demográfica, económica y administrativa en el periodo. Medellín, núcleo urbano del valle y sede del hospital, experimentaba desde finales del siglo XIX un acelerado proceso de urbanización e industrialización, consolidándose como centro de servicios médicos especializados.

Como señala Tomás Rueda Vargas en sus informes para el Ministerio de Higiene en los años 30<sup>38</sup>, Medellín ya era considerado un centro de atención médica de referencia en el país. Esto

<sup>38</sup>Tomás Rueda Vargas, *Informe del Ministerio de Higiene: condiciones sanitarias de las principales ciudades de Colombia* (Bogotá: Imprenta Nacional, 1934).

se corresponde también con los datos de los censos nacionales de 1918 y 1938<sup>39</sup>, donde se evidencia el crecimiento sostenido de la población urbana y su infraestructura institucional.

Las subregiones más cercanas al Valle de Aburrá, como el suroeste (296 casos), oriente (194) y el norte (147), también presentan cifras significativas. Estas zonas concuerdan con la investigación de Santiago Villegas Ceballos al manifestar que estaban conectadas por caminos de herradura y por el Ferrocarril de Antioquia<sup>40</sup>, operativo desde principios del siglo XX, lo que facilitaba el traslado de pacientes, especialmente desde poblaciones intermedias. Esto sugiere una relación directa entre cercanía geográfica, desarrollo vial y facilidad de internación, que refuerza la concentración de pacientes en regiones con mayor articulación territorial.

Sin embargo, el análisis también muestra una subrepresentación de regiones periféricas, como el Urabá antioqueño (12 casos), el Bajo Cauca (47 casos) y el Magdalena Medio (36 casos). Aunque algunas de estas zonas tenían menor densidad poblacional, la disparidad no es proporcional si se compara con su peso demográfico estimado. La baja presencia de pacientes de estas regiones podría explicarse por: La ausencia de infraestructura médica local<sup>41</sup> y de personal capacitado para detectar y remitir casos psiquiátricos, la debilidad de las redes administrativas en contextos rurales o marginalizados, las barreras económicas para el transporte e internación, particularmente en poblaciones empobrecidas, una presencia estatal limitada o nula.

---

<sup>39</sup> República de Colombia, *Censo Nacional de Población 1918 y 1938*, Departamento Nacional de Estadística, Bogotá.

<sup>40</sup> Santiago Villegas Ceballos, *El Ferrocarril de Antioquia y la integración regional* (Medellín: Universidad EAFIT, 2003).

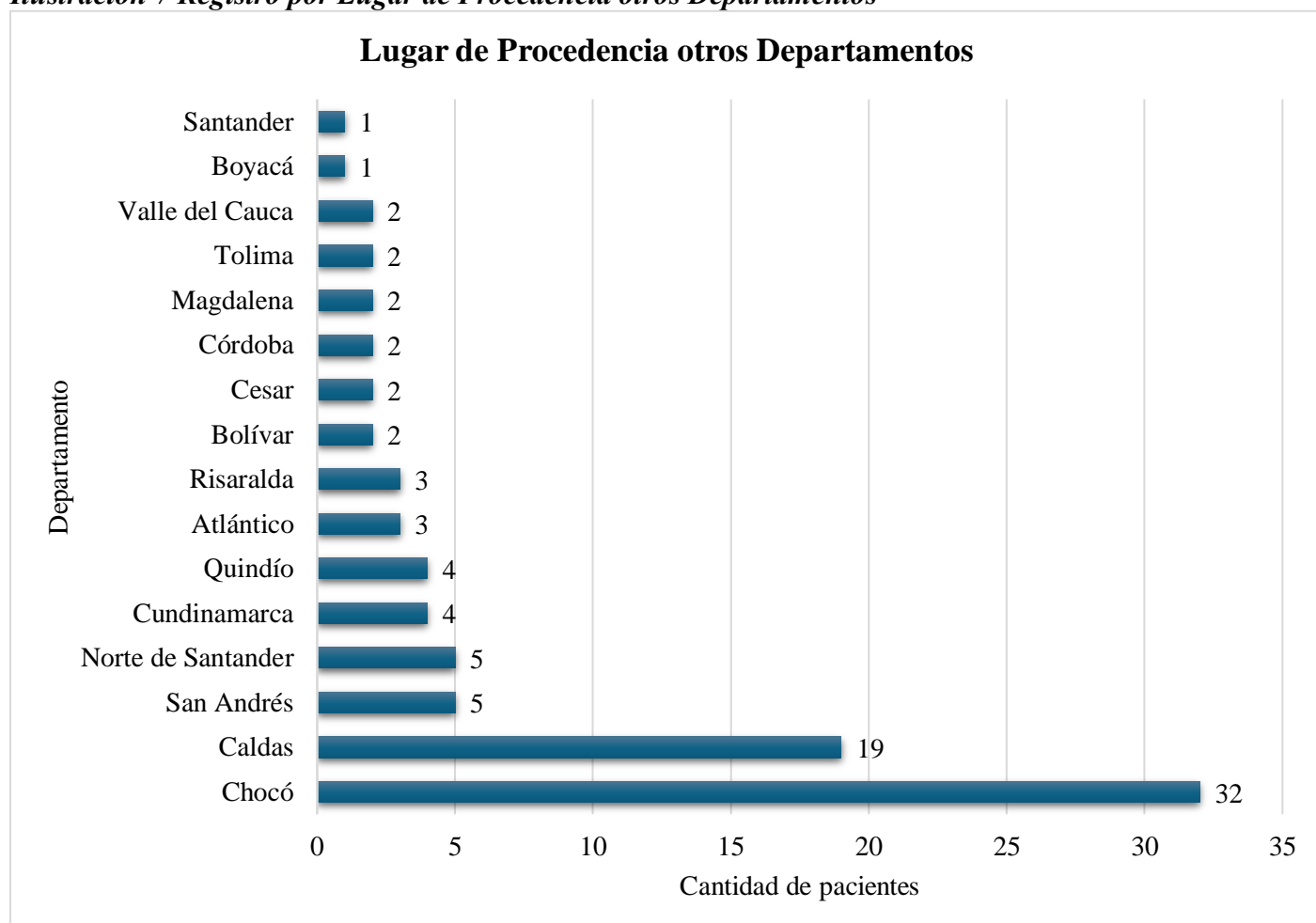
<sup>41</sup> Ministerio de Higiene, *Memoria anual sobre el estado de la salud pública en Colombia* (Bogotá, 1930); Ministerio de Gobierno, *Memoria presentada al Congreso de Colombia en 1928* (Bogotá: Imprenta Nacional, 1929).

Esta situación fue confirmada por informes del Ministerio de Gobierno y de Higiene en las décadas de 1920 y 1930, que advertían sobre la centralización de los servicios de salud mental en las principales ciudades, en detrimento de las zonas rurales y periféricas del país.

Desde la perspectiva étnica, los datos del hospital también evidencian patrones estructurales de exclusión. Aunque estas categorías responden a las convenciones étnicas del periodo, reflejan una clara sobrerrepresentación de los sujetos blancos y mestizos, principalmente urbanos y clasemedios, frente a una infrarrepresentación de poblaciones negras, indígenas y mulatas, que predominaban precisamente en regiones como el Urabá o el Bajo Cauca ya mencionado por reconocido historiador Germán Colmenares<sup>42</sup>. Así, el acceso a hospitales también estuvo mediado por criterios de etnia y clase, reproduciendo las jerarquías sociales imperantes.

---

<sup>42</sup> Germán Colmenares, *Historia económica y social de Colombia: La formación del régimen económico colonial* (Bogotá: Editorial Tercer Mundo, 1987).

**Ilustración 7 Registro por Lugar de Procedencia otros Departamentos**

Además de los 1.467 pacientes del departamento de Antioquia, se identificaron 91 personas procedentes de otros departamentos del país, lo que representa el 5.7% del total de historias clínicas analizadas. La distribución de estos pacientes revela un patrón interesante: si bien la mayoría sigue concentrada en regiones cercanas al noroccidente colombiano, también se registran casos aislados de departamentos geográficamente distantes.

Como indicó el Ministerio de Higiene, el predominio de Chocó (32 casos) pudo estar relacionado con factores como la cercanía geográfica relativa, los vínculos económicos entre Quibdó y Medellín, y la falta de instituciones psiquiátricas en el departamento durante el periodo. Es importante notar que, históricamente, Chocó ha sido una región marginada en términos de

infraestructura de salud, y la referencia al Hospital Mental de Antioquia como único centro especializado en la zona andina noroccidental pudo haber motivado estos traslados<sup>43</sup>.

En el caso de Caldas (19 casos), Tomás Rueda Vargas señala que su cercanía y conexiones ferroviarias con Medellín facilitarían el traslado de pacientes, especialmente si se considera que muchas familias de clase media caldense tenían vínculos comerciales y educativos con la capital antioqueña. Otros departamentos con mayor distancia geográfica, como San Andrés, Norte de Santander, Atlántico, Bolívar y Magdalena, presentan cifras muy bajas, lo cual sugiere ingresos excepcionales, probablemente mediados por situaciones familiares específicas o traslados institucionales.

La baja representación de departamentos de la región central del país (como Boyacá, Cundinamarca, Santander o Tolima) puede explicarse por la existencia de otras instituciones psiquiátricas en esas zonas como el Hospital San Isidro de Bogotá.

Este conjunto de datos reafirma el carácter predominante regional del Hospital Mental de Antioquia, aunque no excluyente. La atención de pacientes de otras zonas del país debe entenderse como respuesta a la precariedad institucional en salud mental a nivel nacional durante las primeras décadas del siglo XX, y también como expresión del papel creciente de Medellín como ciudad nodal en la red sanitaria nacional<sup>44</sup>.

Desde el punto de vista social y étnico. Peter Wade resalta que la mayoría de estos pacientes también fueron clasificados como blancos o mestizos, lo cual sugiere que el traslado desde otros departamentos implicada no solo recursos económicos, sino también en redes de apoyo familiar e

---

<sup>43</sup> Ministerio de Higiene, *Memoria sobre la situación sanitaria de los departamentos de Colombia*, 1933; Hernando Muñoz, *Historia de la psiquiatría en Colombia* (Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1992).

<sup>44</sup> Tomás Rueda Vargas, *Informe del Ministerio de Higiene* (Bogotá: Imprenta Nacional, 1934).

institucional, generalmente asociados a sectores sociales con mayor movilidad y acceso a la salud<sup>45</sup>.

Ahora, en un análisis conjunto del lugar de procedencia y la profesión registrada en las historias clínicas del Hospital Mental de Antioquia nos permite visibilizar no solo las rutas de acceso geográfico al hospital, sino también los perfiles laborales y sociales predominantes entre los pacientes. Esta perspectiva revela cómo la estructura económica y demográfica del departamento de Antioquia, profundamente rural en su mayoría, se reflejaba directamente en la composición ocupacional de la población internada.

Para un análisis más exhaustivo de la distribución de profesiones masculinas registradas, se procedió a categorizar datos en tres grupos diferentes, atendiendo a la frecuencia de aparición y relevancia estadística de cada profesión identificada.

Esto permite una comprensión más profunda de los patrones ocupacionales presentes en la población estudiada, facilitando tanto la interpretación visual de los datos como el análisis comparativo entre diferentes niveles de frecuencia profesional.

Los criterios de categorización se establecieron bajo las siguientes pautas de frecuencia:

1. Profesiones de alta frecuencia: esta categoría comprende las tres profesiones que presentan una frecuencia significativa superior al promedio de la muestra, constituyendo los casos de mayor representatividad en el conjunto de datos. Estas profesiones rompen la media estadística y representan los grupos ocupacionales predominantes en la población masculina atendida en la institución.

---

<sup>45</sup> Peter Wade, *Raza y etnicidad en América Latina* (Bogotá: Universidad de los Andes, 1997).

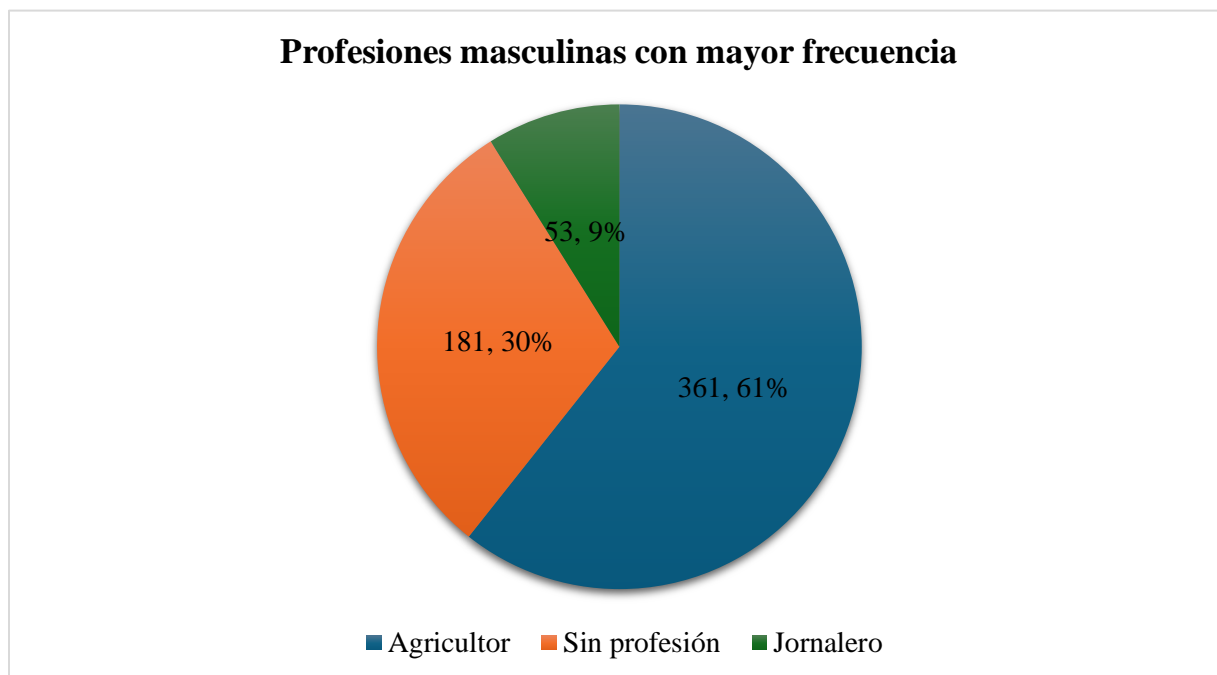
2. Profesiones de frecuencia intermedia: incluye aquellas profesiones con una frecuencia de aparición entre 5 y 20 pacientes, representando un grupo intermedio que, sin alcanzar los niveles de las profesiones dominantes, mantiene una presencia considerable y estadísticamente relevante dentro de los casos analizados.

3. Profesiones de baja frecuencia: esta categoría agrupa las 58 profesiones restantes, caracterizadas por presentar frecuencias bajas que oscilan entre 1 y 4 pacientes por profesión. Aunque individualmente representan casos menos frecuentes, en conjunto constituyen una parte importante de la diversidad ocupacional presente en la muestra.

Esto nos permitirá identificar patrones diferenciados en la distribución profesional facilitando el análisis de posibles correlaciones entre tipo de ocupación y características clínicas. Asimismo, posibilita la aplicación de diferentes técnicas de visualización apropiadas para cada nivel de agregación de datos, optimizando la presentación y comprensión de los resultados obtenidos.

La presentación de estos datos mediante gráficos circulares para las profesiones dominantes, gráficos de columnas para el grupo intermedio y tablas detalladas para las profesiones de baja frecuencia, responde a criterios de legibilidad y eficiencia.

**Ilustración 8 Profesiones masculinas con mayor frecuencia**



Teniendo en cuenta que el período comprendido en esta investigación corresponde a una etapa de transición socioeconómica crucial, caracterizada por la consolidación del modelo agroexportador cafetero y los primeros pasos hacia la industrialización<sup>46</sup>, estos datos revelan patrones ocupacionales que reflejan fielmente la estructura productiva regional de la época.

En cuanto a las profesiones dominantes, la predominancia absoluta de agricultores (22.6% del total) confirma el carácter eminentemente agrícola a la economía antioqueña durante este período. Esta cifra se correlaciona directamente con los datos de procedencia geográfica, donde el Valle de Aburrá (598 casos) y las subregiones tradicionalmente agrícolas como el Suroeste (296 casos) y Oriente (194 casos) concentran el 68.8% de los pacientes<sup>47</sup>.

<sup>46</sup> Marco Palacios, *El café en Colombia 1850–1970* (Bogotá: El Áncora Editores, 1983), 156–189.

<sup>47</sup> Roger Brew, *El desarrollo económico de Antioquia desde la independencia hasta 1920* (Bogotá: Banco de la República, 1977), 234–267.

La hegemonía cafetera iniciada en las últimas décadas del siglo XIX había consolidado a Antioquia como epicentro de la producción nacional, generando una estructura social donde la agricultura representaba no solo la actividad económica principal, sino también el eje de organización social, como señala Marco Palacios<sup>48</sup>. La alta frecuencia de agricultores en el Hospital Mental de Antioquia podría relacionar con las tensiones sociales derivadas de la volatilidad de los precios internacionales del café durante la década de 1930.

El significativo número de hombres sin profesión registrado (181 casos, 11.3%) refleja la alta informalidad laboral característica del período. Esta cifra adquiere mayor relevancia cuando se correlaciona con los datos étnicos: la concentración de mestizos (508 casos) y mulatos (158 casos) sugiere que gran parte de esta población sin registro profesional formal correspondía a trabajadores informales o temporales, situación típica en una sociedad en transición económica, como explican López Toro y Álvarez<sup>49</sup>.

En cuanto a los jornaleros (53 casos) representan la mano de obra agrícola no propietaria, fundamental en el sistema productivo cafetero. Su procedencia mayoritaria de las regiones del Suroeste y Oriente antioqueño coincide con las zonas de mayor expansión cafetera del período, fenómeno descrito por Roger Brew y James Parsons<sup>50</sup>.

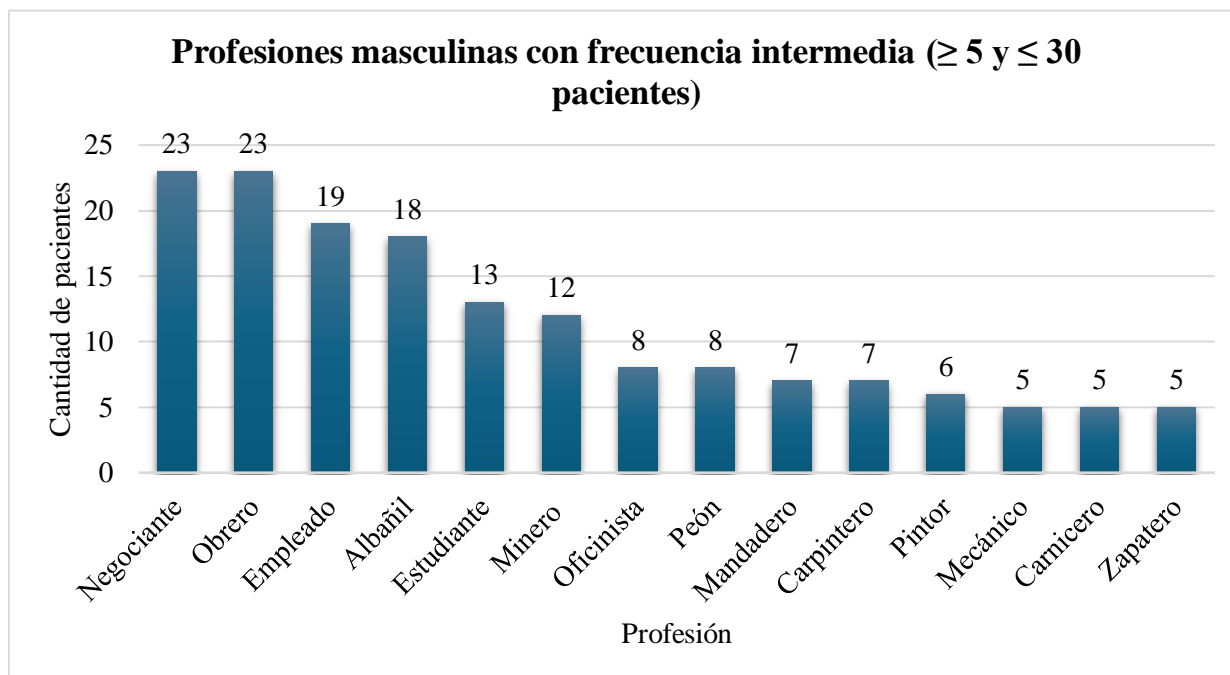
---

<sup>48</sup> Álvaro López Toro, *Migración y cambio social en Antioquia durante el siglo XIX* (Bogotá: CEDE, Universidad de los Andes, 1968).

<sup>49</sup> Víctor Álvarez, *Poblamiento y población en el valle de Aburrá y Medellín, 1541–1951* (Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1988).

<sup>50</sup> James Parsons, *La colonización antioqueña en el occidente de Colombia* (Medellín: Imprenta Departamental, 1961), 178–203.

**Ilustración 9 Profesiones masculinas con frecuencia intermedia ( $\geq 5$  y  $\leq 30$  pacientes)**



En la frecuencia intermedia se identifican negociantes (23 casos) y obreros (23 casos), categorías que sugieren la presencia de sectores vinculados al comercio urbano y la actividad industrial en crecimiento en el Valle de Aburrá, especialmente en Medellín<sup>51</sup>, según el análisis de Fernando Botero Herrera. Sin embargo, más que reflejar la diversificación económica de la región, es relevante preguntarse si la precariedad laboral, las crisis económicas o la competencia creciente de estos sectores generaron tensiones o inestabilidad que contribuyeron a problemáticas de salud mental.

La aparición de albañiles (18 casos), carpinteros (7 casos) y pintores (6 casos) se relaciona con el auge constructivo urbano descrito por Patricia Schitter<sup>52</sup>. Este crecimiento acelerado atrajo

<sup>51</sup> Fernando Botero Herrera, *Medellín 1890-1950: Historia urbana y juego de intereses* (Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1996).

<sup>52</sup> Patricia Schnitter, *José María Villa y el urbanismo en Medellín* (Medellín: Editorial Universidad Nacional, 2003), 89-112.

mano de obra que probablemente enfrentaba condiciones laborales exigentes e inestables, lo que podría haber favorecido vulnerabilidades psicosociales entre los internados.

La presencia de empleados públicos (10 casos) sugiere la inserción de algunos pacientes en el proceso de modernización estatal durante la República Liberal. Aunque se trata de empleos formales, es pertinente reflexionar si las exigencias burocráticas o los cambios administrativos generaron presiones o inestabilidad emocional en ciertos individuos.

Por su parte, los mineros (12 casos) representan la continuidad de la tradición minera antioqueña, aunque en declive frente al auge cafetero, como indica Robert West<sup>53</sup>. Su número relativamente bajo podría señalar no solo el cambio económico estructural, sino también las difíciles condiciones laborales, la movilidad y la inseguridad del empleo minero, factores que potencialmente incidieron en problemáticas de salud mental que derivaron en su ingreso al hospital.

En conjunto, el análisis de estas ocupaciones permite problematizar cómo los cambios económicos, las condiciones laborales precarias o las exigencias de modernización no solo delinearón la estructura social del periodo, sino que también pudieron incidir directamente en la vulnerabilidad psíquica de ciertos sectores, que terminaron siendo atendidos en la institución mental.

---

<sup>53</sup> Robert West, *La minería de aluvión en Colombia durante el período colonial* (Bogotá: Imprenta Nacional, 1972).

**Tabla 2 Distribución de profesiones con baja frecuencia**

Cantidad de pacientes ingresados	Profesión
Uno	Agente policía, Agrónomo, Artesano, Cacharrero, Avicultor, Barbero, Cajero, Caricaturista, Bracero, Cartero, Cartero telégrafo, Celador petróleo, Cerrajero, Curtidor, Embolador, Ebanista, Empleado ferrocarril, Empleado Scadta, Empleado municipal, Enfermero, Ex fotógrafo, Ex negociante, Exalcalde, Expolicía, Ex matarife, Fisioterapeuta, Fogonero, Herrero, Industrial, Literario, Mayordomo, Militar, Odontólogo, Panadero, Radiotelegrafista, Ripiero, Sobrestante, Soldador eléctrico, Talabartero, Vaquero.
Dos	Abogado, Aserrador, Contador, Dentista, Ingeniero, Institutor, Matarife, Mendigo, Vendedor ambulante, Tendero.
Tres	Alfarero, Exempleado, Musico, Religioso.
Cuatro	Chofer, farmacéutico, Hacendado, Maestro, Médico, Sastre.

En cuanto a las profesiones de baja frecuencia, la presencia, aunque minoritaria, de médicos (4 casos), abogados (2 casos), dentistas (2 casos) y odontólogos (1 caso) refleja el proceso de profesionalización y modernización de la sociedad antioqueña. Estas profesiones se concentraban principalmente en el Valle de Aburrá, lo cual resulta coherente con el desarrollo urbano de Medellín<sup>54</sup>.

<sup>54</sup>Rodrigo de J. García Estrada, *Los extranjeros en Colombia: su aporte a la construcción de la nación* (Bogotá: Planeta, 2006), 145–167.

Profesiones como radiotelegrafista, empleado de Scadta (aerolínea), y soldador eléctrico evidencian la llegada de nuevas tecnologías y servicios modernos. La Sociedad Colombo-Alemana de Transporte Aéreo (Scadta) había iniciado operaciones en Colombia en 1919, estableciendo rutas que incluían Medellín<sup>55</sup>.

En una relación a la estratificación étnico-profesional los datos revelan una clara estratificación social: Lo hombres blancos (52.6% del total masculino) su predominancia numérica y probable concentración en profesiones de mayor estatus social, reflejan el privilegio étnico en una sociedad donde el color de piel determinaba las oportunidades de movilidad social. Es probable que este grupo controlara las profesiones emergentes y los cargos de mayor responsabilidad. Los hombres mestizos (30.3%) representan el grupo étnico más diversificado ocupacionalmente, probablemente concentrados en agricultura (especialmente como propietarios menores), oficios especializados (carpintería, albañería) y comercio menor. Su posición intermedia en la jerarquía étnica les permitía acceder a oficios que requerían cierta especialización, pero sin llegar a las profesiones liberales. En cuanto a los hombres mulatos, indígenas y negros, estos estarían enfocados en una agricultura de subsistencia, minería y oficios manuales<sup>56</sup>.

En cuanto a la distribución geográfica y su especialización regional, muestra patrones coherentes con la geografía económica antioqueña: en el Valle de Aburrá, predomina la concentración de servicios urbanos y comercio, Suroeste y Oriente con el predominio agrícola cafetero, Norte y Nordeste con actividades minera residuales y Occidente y Bajo Cauca con su economía de subsistencia.

---

<sup>55</sup>Darío Villamizar Herrera, *Historia de la aviación en Colombia* (Bogotá: Aerocivil, 1971), 67–89.

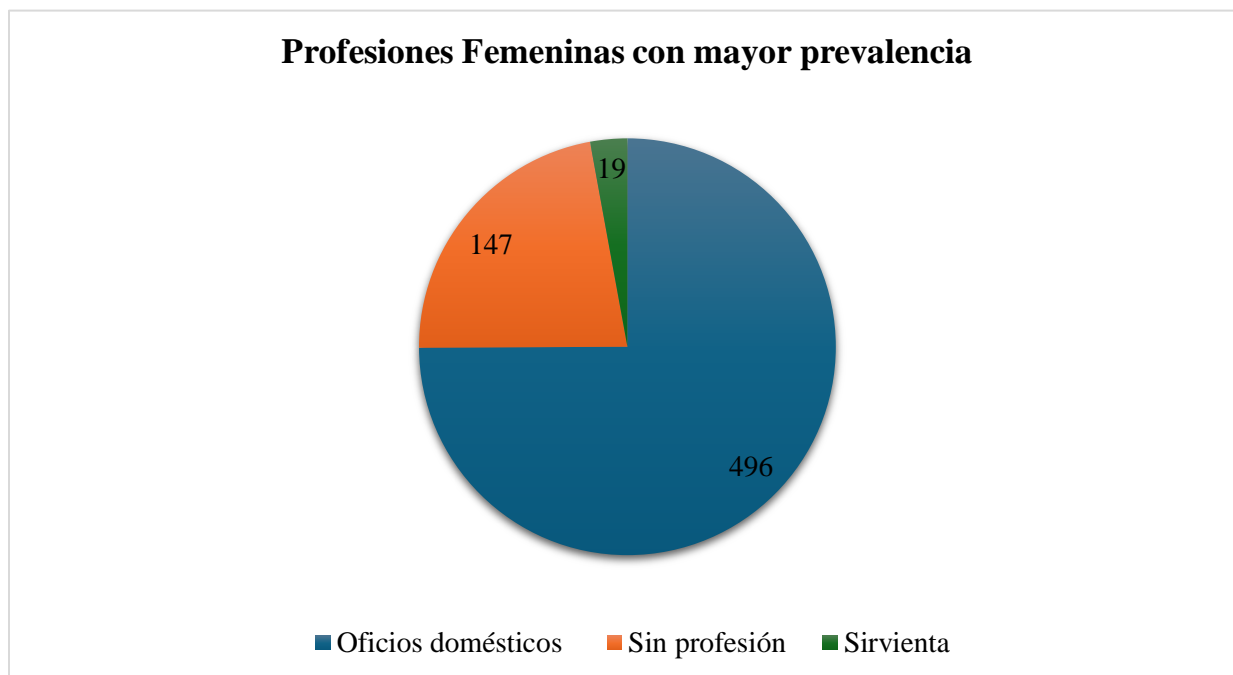
<sup>56</sup>Peter Wade, “Mestizaje e identidad”, en *Gente negra, nación mestiza*, ed. Peter Wade (Bogotá: Ediciones Uniandes, 1997), 123–156.

Ahora procederemos a graficar los datos correspondientes a las profesiones con mayor frecuencia femenina. Si bien en ambos casos, tanto en las profesiones masculinas como femeninas, observamos que únicamente tres profesiones logran superar la media, existe una diferencia importante en la distribución de los datos restantes.

En el análisis anterior de las profesiones masculinas, además de las tres que superaban la media, encontramos profesiones con frecuencia media junto aquellas de baja frecuencia, lo que generaba una distribución más variada. En contraste, en las profesiones femeninas observamos una polarización más marcada: solo tenemos las tres profesiones que superan la media y el resto se concentran exclusivamente en el rango de baja frecuencia, sin ocupaciones intermedias.

Esta diferencia en los patrones de distribución, marcada por la ausencia de profesiones con frecuencia media en el caso femenino, nos permitirá analizar cómo se estructura de manera distinta la concentración ocupacional por género y comprender mejor las características específicas de la segregación laboral femenina.

**Ilustración 10 Profesiones femeninas con mayor frecuencia**



La abrumadora predominancia de oficios domésticos (496 casos, 70,8% del total femenino) evidencia la invisibilización del trabajo reproductivo femenino en la sociedad antioqueña de la época. Esta cifra refleja la concepción predominante que relegaba a las mujeres al espacio privado, donde sus actividades productivas se consideraban extensiones “naturales” de su rol maternal y doméstico. Tal como señala Magdala Velásquez, estos patrones de género estaban profundamente arraigados en las estructuras sociales y culturales del país<sup>57</sup>.

La concentración de estas actividades en el Valle de Aburrá y regiones agrícolas coincide con los patrones de asentamiento familiar, donde las mujeres asumían la responsabilidad total del mantenimiento del hogar, la crianza de los hijos y, con frecuencia, actividades económicas complementarias<sup>58</sup>.

<sup>57</sup> Magdala Velásquez Toro, *Las mujeres en la historia de Colombia*, vol. 2 (Bogotá: Norma, 1995), 156–189.

<sup>58</sup> Hermes Tovar, *Familia y trabajo en Colombia* (Bogotá: El Áncora Editores, 1988), 189–212.

En cuanto a la ausencia de registro, el elevado número de mujeres sin oficio registrado (147 casos, 21.0%) no debe interpretarse como inactividad económica, sino como reflejo de la invisibilidad estadística del trabajo femenino. Como ha demostrado Pablo Rodríguez, durante este período, muchas mujeres desarrollaban actividades económicas informales no reconocidas socialmente<sup>59</sup>.

Esta invisibilidad se agudiza al considerar que muchas de estas mujeres probablemente correspondían a esposas de agricultores, comerciantes o trabajadores urbanos, cuyo aporte económico familiar permanecía oculto bajo la categoría de “sin oficio”<sup>60</sup>.

Las sirvientas (19 casos) representan la única forma socialmente aceptada de trabajo doméstico remunerado para las mujeres de clases populares. Esta ocupación, concentrada principalmente en áreas urbanas del Valle de Aburrá, refleja tanto la emergencia de una clase media urbana con capacidad de contratar servicios domésticos, como la necesidad económica de mujeres rurales que migraban a la ciudad<sup>61</sup>. Luz Gabriela Arango resalta que este tipo de empleo fue uno de los pocos espacios disponibles para la incorporación de mujeres de sectores empobrecidos al trabajo remunerado en contextos urbanos.

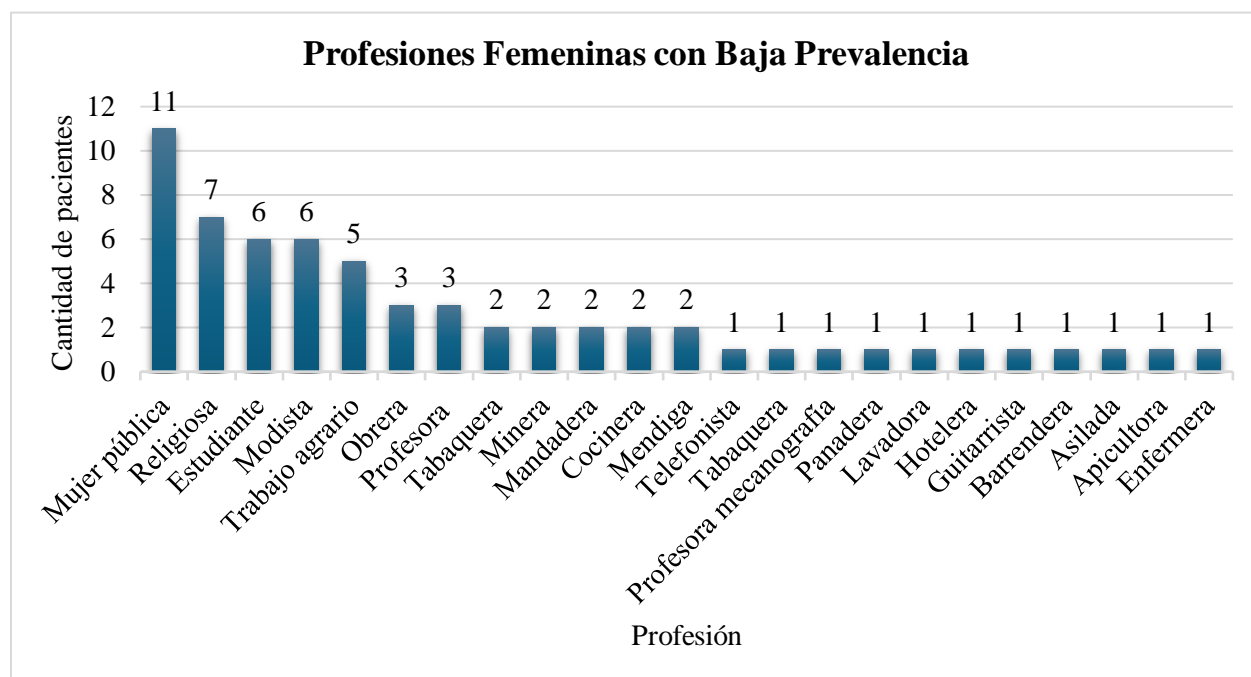
---

<sup>59</sup> Pablo Rodríguez, *La familia en Colombia* (Bogotá: Universidad Externado, 2004), 234–267.

<sup>60</sup> Alberto Mayor, *Ética, trabajo y productividad en Antioquia* (Bogotá: Tercer Mundo Editores, 1984), 167–189.

<sup>61</sup> Luz Gabriela Arango, *Mujeres, trabajo y tecnología en los países en desarrollo* (Bogotá: Tercer Mundo Editores, 1991), 123–145.

**Ilustración 11 Profesiones Femeninas con Baja Prevalencia**



Las modistas (6 casos) y obreras (3 casos) reflejan la incorporación femenina a los primeros desarrollos industriales antioqueños. La industria textil, pionera en la industrialización regional, empleaba preferentemente a mujeres debido a la creencia de que poseían mayor destreza manual y aceptaban salarios menores. Ann Farnsworth-Alvear ha documentado ampliamente cómo estas percepciones moldearon las condiciones laborales de las mujeres en las fábricas antioqueñas de principios del siglo XX<sup>62</sup>.

Por otra parte, la presencia de una telefonista, una profesora de mecanografía y una enfermera señala la emergencia de nuevas oportunidades laborales asociadas a la modernización tecnológica y la profesionalización de servicios. Estas profesiones, aunque minoritarias, representaban opciones de movilidad social para mujeres de clase media<sup>63</sup>.

<sup>62</sup> Ann Farnsworth-Alvear, *Dulcinea in the Factory: Myths, Morals, Men and Women in Colombia's Industrial Experiment, 1905–1960* (Durham: Duke University Press, 2000), 89–134.

<sup>63</sup> Mauricio Archila, *Cultura e identidad obrera en Colombia 1910–1945* (Bogotá: Cinep, 1991), 203–234.

La presencia de mujeres pública (11 casos) y mendigas (2 casos) revela las estrategias de supervivencia de mujeres en situación extrema vulnerabilidad social. La prostitución, aunque estigmatizada, constituía frecuentemente la única alternativa económica para mujeres sin redes familiares de apoyo o víctimas de violencia doméstica. Eulalia Suárez señala que, para muchas mujeres pobres, la prostitución era una de las pocas opciones disponibles dentro de una estructura social restrictiva<sup>64</sup>.

Las profesoras evidencian la lenta apertura de espacios profesionales femeninos en la educación, considerada extensión “natural” del rol maternal femenino<sup>65</sup>.

En cuanto a un idea étnica y ocupacional femenina, los datos específicos (358 mujeres blancas, 245 mestizas, 79 mulatas, 18 indias, 11 negras y 14 sin registro) revelan una estratificación ocupacional que refleja las jerarquías étnicas de la sociedad antioqueña. Las mujeres blancas (49,4%), por su predominancia numérica y probable concentración en oficios domésticos propios, evidencia una posición de privilegio relativo dentro del sistema patriarcal. Estas mujeres, aunque confinadas al ámbito doméstico, tenían acceso a educación básica y posibilidades de matrimonios ventajosos que les permitía evitar el trabajo remunerado<sup>66</sup>.

Las mujeres mestizas (33,8%) representan el grupo más numeroso después de las blancas, probablemente concentradas en actividades de servicio doméstico remunerado, comercio menor y oficios especializados como modistería. Su posición intermedia en la jerarquía racial les permitía cierta movilidad ocupacional dentro de los límites impuestos a las mujeres.

---

<sup>64</sup> Eulalia Suárez, *La prostitución en Colombia: visión histórica y social* (Bogotá: Universidad de los Andes, 1996), 134–167.

<sup>65</sup> María Emma Saffon, *La educación de la mujer en Colombia* (Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional, 1999), 167–189.

<sup>66</sup> Nancy Appelbaum, *Muddied Waters: Race, Region and Local History in Colombia, 1846–1948* (Durham: Duke University Press, 2003), 156–189.

Las mujeres mulatas (10.9%) y las mujeres indígenas y negras (4.0%), por su baja representación en los registros hospitalarios, podría indicar una concentración en trabajos de servicio personal, lavandería, posiblemente trabajo sexual, minería y servicios domésticos de menor estatus. Nancy Appelbaum sugiere que esta baja visibilidad en los archivos refleja tanto los sesgos de los registros como la marginación estructural de estas mujeres en la economía y la vida pública antioqueña.

## VALORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA COMO FUENTE PARA LA INVESTIGACIÓN

Las historias clínicas han sido tradicionalmente utilizadas como documentos médicos destinados al diagnóstico y tratamiento de enfermedades. No obstante, su valor trasciende lo estrictamente clínico, convirtiéndose en fuentes primarias fundamentales para el análisis de las dinámicas sociales, culturales y económicas de una época. En particular, los registros psiquiátricos ofrecen una mirada profunda sobre cómo ciertas personas fueron consideradas "desviadas" o merecedoras de institucionalización.

Más allá de su función médica, las narrativas contenidas en estas historias —como entrevistas a los pacientes, cartas y testimonios— revelan aspectos de la vida cotidiana, las relaciones familiares, las expectativas de género y las condiciones socioeconómicas que influían directamente en su internación. A través de ellas, es posible identificar cómo la sociedad imponía normas de conducta y regulaba el comportamiento individual, convirtiendo a la psiquiatría en un posible mecanismo de control social.

Así, estas historias clínicas no solo son relevantes para la medicina y la psiquiatría, sino que también resultan valiosas para disciplinas como la historia, la sociología, la antropología, la literatura e incluso el derecho. Desde una perspectiva multidisciplinaria, permiten reconstruir no solo las trayectorias individuales de los pacientes, sino también los valores, imaginarios y estructuras de poder que configuraban la sociedad en la que vivieron.

### **Importancia de las Historias Clínicas para la Historiografía**

Es inevitable que el valor principal de las historias clínicas del Hospital Mental de Antioquia parezca estar anclado en su función médica. Sin embargo, estos documentos trascienden

el diagnóstico y el tratamiento: son registros directos de la interacción entre pacientes y profesionales de la salud que permiten una lectura más profunda, en la que se entrelazan dimensiones sociales, culturales e históricas. En el estudio de las instituciones psiquiátricas, las historias clínicas reflejan no solo la enfermedad, sino también las actitudes sociales hacia los comportamientos considerados anómalos y las dinámicas de poder que regulaban la vida de los internados.

Aunque tradicionalmente han sido empleadas para analizar patologías y tratamientos, su valor se amplía cuando se las considera como testimonios de época. Las narrativas de los pacientes, las entrevistas médicas e incluso las cartas presentes en algunos expedientes ofrecen una ventana al pensamiento y a los imaginarios sociales del momento. Estas narrativas revelan mucho más que síntomas médicos: nos hablan de las condiciones de vida, los conflictos familiares, las normas morales y las presiones sociales que moldeaban las trayectorias vitales de quienes fueron institucionalizados.

Desde la historia, estas fuentes permiten reconstruir las condiciones de vida, las estructuras de poder y las políticas de salud mental de un período determinado. Para la antropología y la sociología, revelan normas sociales, roles de género, procesos de marginación y definiciones de normalidad que han variado con el tiempo. En campos como la literatura y la lingüística, las cartas y narraciones incluidas pueden ser analizadas discursivamente, identificando formas de expresión del sufrimiento y el conflicto interno. Desde la psicología y la filosofía, contribuyen a entender la evolución de los conceptos de salud mental, la subjetividad del paciente y el impacto de la institucionalización en la construcción de la identidad. Incluso para disciplinas como el derecho y la ciencia política, las historias clínicas permiten examinar la regulación de las políticas de internación y el uso de la psiquiatría como herramienta de control social.

Encasillar las historias clínicas como simples registros médicos es un error. Son documentos cargados de valor narrativo y descriptivo, esenciales para comprender una sociedad en su complejidad. Su análisis interdisciplinar permite visibilizar no solo el estado mental de una población, sino también las estructuras de poder, los valores culturales y las realidades económicas que moldearon las vidas de los pacientes. Así, las historias clínicas se convierten en fuentes vivas que, más allá de su carácter científico, ofrecen un testimonio invaluable del pasado.

### **Importancia de las cartas en las Historias Clínicas para la Historiografía**

Aunque el propósito principal de las historias clínicas era registrar de forma técnica los síntomas, diagnósticos y tratamientos de los pacientes, en ocasiones excepcionales estos documentos incorporaron elementos que trascendían lo estrictamente médico y se convirtieron en verdaderos testimonios personales de quienes vivieron la experiencia de la institucionalización psiquiátrica. Una de las manifestaciones más significativas de esta dimensión subjetiva son las cartas halladas dentro de algunos expedientes, documentos que, pese a no haber sido considerados relevantes desde una perspectiva legal o médica, ofrecen una visión íntima del pensamiento, la angustia y la percepción del mundo de los pacientes.

Durante el desarrollo de esta investigación, se encontraron muy pocas historias clínicas que conservaran cartas escritas por los propios internos. Al no formar parte del expediente médico formal, estos escritos solían ser ignorados, descartados o archivados sin mayor atención. No obstante, entre estos escasos documentos, se halló una carta particularmente valiosa por su contenido y profundidad, ya que no solo expresa los pensamientos personales del autor, sino que también refleja un sentir colectivo frente a la experiencia de exclusión social.

En su carta, el paciente manifiesta con crudeza su visión de una sociedad que lo ha marginado. Expresa su frustración ante unos límites de la "normalidad" impuestos de forma arbitraria, y denuncia cómo se le redujo a una etiqueta médica que lo despojó de su humanidad. Sus palabras evidencian un profundo sentimiento de aislamiento, incomprensión y resignación.

El autor de esta carta era un soldador eléctrico que había trabajado en el Ferrocarril de Antioquia y que, a sus 45 años, fue internado en el Hospital Mental de Antioquia en el año 1938 con un diagnóstico de psicosis epiléptica con delirio celotípico. Su historia, más allá de lo clínico, nos permite acercarnos a una voz individual que, en medio del encierro, buscó ser escuchada.

“Le pega a su esposa e hijos por razones mínimas, se ausenta de la casa por periodos largos y abandona sus labores como esposo y padre. Intimida a los familiares de su esposa a tal punto de hacerlos cambiar de domicilio. Desde hace un año presenta pérdidas de conocimiento y caída. Luego de sus crisis de furia presenta arrepentimiento y llanto. Dice querer suicidarse, pero busca la manera correcta de hacerlo pues aún le falta matar unos 2 o 3 personas. [...] se queja mucho de la maldad humana y la infidelidad de las mujeres, presenta celopatía. [...] Irrespeto la honra de su esposa tratándola de meretriz incorregible pues ha tenido más de 10 amantes. Promete vengarse de ella por el deshonor que causó en sus hijos. Se queja de todo en el manicomio.”<sup>67</sup>

Este hombre logró fugarse del Hospital Mental en el año de 1942. Aprovechando las labores mecánicas que realizaba dentro de la institución, consiguió fabricar una copia de las llaves de la cerradura de su pabellón, lo que le permitió escapar. Ante su huida, se dio aviso a la policía para que alertara a su esposa, debido al peligro que el paciente podría representar. Finalmente, fue

---

<sup>67</sup> LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 4415.

encontrado en la casa de su esposa, quien, al constatar su aparente recuperación, dio su aprobación para que no fuera reinternado y asumió la responsabilidad de velar por su libertad.

Luego de esto, el paciente dirige una carta al doctor Lázaro Uribe quien en su momento era director del hospital en la que dice lo siguiente:

“Manicomio departamental. Febrero 25 de 1942. Señor Doctor Lázaro Uribe C. Muy apreciado doctor después de mi modesto saludo, me veo hoy obligado, ya que no me fue posible hacerlo personalmente como fueron mis deseos manifestarle con toda mi honradez y lealtad lo siguiente: En el mes de septiembre del año 38 cuando [...] me retiró de esta casa para volver a la mía me dirigí al taller de Bello a reclamar unas herramientas, unos documentos, y constancias por valor de 900\$ que habría dejado en una caja de hierro. Todo esto habría desaparecido hice el reclamo legal, y se me contestó que nada tenía que hacer conmigo, y que saliera para fuera. Llegué a mi casa muy triste, me encerré en mi pieza de dormitorio, a las seis de la tarde oí que en el colegio de hermanas cristianas vecino local, sonaba una campana parecida a una mía, me levante a buscarla donde tenía mi elementos de mecánica, y note que no estaba, busque un rifle finísimo de repetición de 18 tiros, calibre 23, y tampoco lo encontré, lo mismo un yunque de acero alemán de 100 kilos de peso, un taladro estacionario de perforar metales, una [...] portátil buffalo metálica, y en fin doctor, muchas otras cosas: pregunte a mi señora sorprendido por el paradero de mis cosas, y me contestó en todo déspota que los había vendido porque le habría dado la gana, y que tenía dispuesto desde hacía tiempo no vivir más conmigo. Llamando en seguida, a la madre y hermanas que vivían contiguo a mi casa, y les conté, no que llamaran por teléfono a la [...] y de permanencia dizque su marido estaba loco. Pronto llegaron los agentes del orden público, y me condujeran a dicha oficina, siendo el único motivo para este atropello, el haber preguntado por mis haberes. Al transcurso de un mes fui informado por unas vecinas que mi señora tenía relaciones amorosas con un sujeto

oriundo de Abejorral que trabajaba en el magisterio. Yo no le puse mucha atención a esta noticia, y he venido sufriendo callado. Ahora últimamente he sido nuevamente convencido por una familia honorabilísima que dicho sujeto vive no solamente con mi señora, sino que lo peor, es que habita en mi propia casa, donde residen mis hijos todos menores de edad, pero lo que más me [...] doctor, es mi hijita de 14 años con semejante, y perverso ejemplo que le está dando la madre y sin el respeto. Todos estos antecedentes lo comparan ese desdén de mi mujer para mí, seis meses ha permanecido sin visitarme ni enviarme un triste cigarrillo, ni unas saludes por hilos de comunicación. El primer año algo me enviaba, las prendas de vestir las reparaba, hoy de todo ha desistido ya sus afectos son para otro hombre y también sus deberes. El seguro de vida que el ferrocarril de Antioquia pagó a mí, no disfrute ni 5 centavos hoy carezco de un par de interiores de mi dentadura afectada. Suplico le Doctor Uribe, tener misericordia y compasión con este mártir del sufrir que solo Dios, nadie más, sabe mis dolores de mi corazón día y noche. Yo no soy hombre loco, ni delincuente, y para mis faltas cinco años de cautiverio bastan. Ensaye me cancéleme mi libertad por 15 días. Proporcione me un pasaje directo al Ecuador Venezuela. O un puesto marítimo yo solo quiero ser libre, y trabajar para velar por mis hijos que atraviesan hoy el periodo de la infancia. Yo no salgo de aquí a buscar disturbios, ni hacer relaciones de ningún género, sino a buscar trabajo. Yo no soy ilustrado, pero tampoco soy ignorante. Para después de saber lo que es el hombre sin libertad, ¿Da ocasión a aprenderla nuevamente mi libertad para este desgraciado porque ha de ser un imposible eterno? Usted Doctor debe considerar y reflexionar que era oposición de mi muy es para que yo no sea libertado, ya por medio de embustes, y de otras cosas a mis hermanos, y a usted, son para tener ella más libertad donde [...] suelta sus traiciones libertinas. No es la primera esposa de esta clase. Cual fue el fin desgraciado, de los dones [...] para no cansarlo Doctor con tantas menciones el fin triste, [...] todos asesinados y envenados por sus

propias esposas luego de estar amancebados con otros hombres no siendo sus esposos legítimos patriarcas dignos cumplidores del deber sagrado conyugal. Disimular lo malo.”<sup>68</sup>

Finalmente, el hombre fue llevado de nuevo al manicomio un año después, tras ser reconocido en su lugar de trabajo por una mujer que lo denunció. Luego de la muerte de su esposa, en 1953, fue puesto en libertad, no sin antes manifestar que sus vecinos y familiares intentaban hacerlo pasar por loco mediante la compra de certificados médicos, ya que su presencia les resultaba molesta.

El valor de esta carta radica en que no se trata únicamente de un testimonio individual, sino que constituye un reflejo de toda una sociedad. Es un ejemplo claro de cómo la psiquiatría, más allá de su función médica, operaba como un filtro para determinar quiénes eran considerados aptos para participar en la vida social y quiénes debían ser apartados. El análisis de este documento permite comprender cómo los conceptos de salud mental estaban profundamente entrelazados con las normas morales y culturales que regulaban la conducta individual.

Aunque solo se conservaron unas pocas cartas dentro de las historias clínicas, cada una representa una voz, un intento por narrar su propia historia en un sistema que los reducía a objetos de estudio médico. Estos fragmentos, leídos desde el presente, permiten comprender no solo el pensamiento de quienes fueron internados, sino también las tensiones sociales, morales y culturales que atravesaban la sociedad de su tiempo.

---

<sup>68</sup> Ibidem.

## MUJERES LOCAS Y PÚBLICAS DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN: 1926 – 1938

### Justificación

La presente investigación aborda una intersección poco explorada en la historiografía colombiana: la compleja relación entre género, sexualidad, medicina y control social en el Medellín de las primeras décadas del siglo XX. El estudio de las mujeres que experimentaron una doble estigmatización —sexual, por ejercer la prostitución o manifestar comportamientos considerados moralmente desviados, y médica, por ser patologizadas como enfermas mentales— revela las contradicciones profundas de una sociedad en proceso de modernización que, a través de instituciones médicas y psiquiátricas, desarrolló sofisticados mecanismos de control social sobre las conductas femeninas consideradas transgresoras.

La relevancia de este estudio radica en su capacidad para iluminar cómo el Hospital Mental de Antioquia operó no únicamente como institución médica, sino como un eficaz dispositivo de normalización social que contribuyó a definir y controlar los límites de la feminidad aceptable en el contexto urbano emergente. Desde una perspectiva microhistórica, el análisis de estas experiencias marginales permite recuperar las voces de sujetos usualmente silenciados por los discursos hegemónicos y, simultáneamente, comprender las tensiones entre los valores tradicionales católicos y las nuevas realidades sociales que emergieron con la modernización urbana de Medellín.

En cuanto a las denominaciones empleadas, es importante aclarar que este estudio utiliza términos históricos como "mujeres públicas", "meretrices" y "transgresoras" tal como aparecen en la documentación institucional de la época, reconociendo que estas categorías reflejan los marcos morales y jurídicos del período 1926-1938, sin que ello implique su validación o naturalización por parte de la investigación.

Además, la investigación contribuye a los estudios de historia de género y medicina en Colombia al examinar cómo los discursos médico-psiquiátricos de la época enmascararon juicios morales, convirtiendo las transgresiones sociales en patologías mentales y legitimando así el encierro institucional como mecanismo de control social.

### **Pregunta de investigación**

¿Cómo se construyó y operó el doble estigma de la "mujer loca y pública" en Medellín entre 1926 y 1938, y de qué manera el Hospital Mental de Antioquia funcionó como dispositivo de control social para normalizar las conductas femeninas que transgredían los ideales de feminidad aceptados por la sociedad de la época?

### **Objetivos**

#### ***Objetivo General***

Analizar la construcción del estigma de la "mujer loca y pública" en Medellín entre 1926 y 1938, a través del examen de once historias clínicas de mujeres, en su mayoría dedicadas a la prostitución, que fueron pacientes del Hospital Mental de Antioquia, para comprender cómo esta institución operó como dispositivo de control social para normalizar las conductas femeninas que transgredían los ideales de feminidad aceptados por la sociedad de la época.

#### ***Objetivos específicos***

1. Contextualizar las transformaciones socioeconómicas y culturales de Medellín en las primeras décadas del siglo XX que propiciaron nuevas formas de control social sobre la conducta femenina, estableciendo el marco histórico que permite comprender las circunstancias que llevaron al internamiento de las mujeres cuyas historias clínicas se analizan.

2. Examinar los mecanismos institucionales de regulación y control de la prostitución, así como su articulación con los discursos médico-psiquiátricos sobre la "anormalidad" femenina, a partir del análisis de las once historias clínicas que documentan los procesos de internamiento y tratamiento de estas mujeres.

3. Identificar los ideales normativos de feminidad (ideal mariano, "reina del hogar") y analizar cómo se construyeron las categorías de desviación que justificaron el internamiento psiquiátrico de mujeres transgresoras, examinando específicamente cómo estos marcos normativos se aplicaron en los diagnósticos y tratamientos registrados en las historias clínicas estudiadas.

4. Interpretar las experiencias individuales de estas once mujeres como casos paradigmáticos que revelan las tensiones entre los valores tradicionales católicos y las nuevas realidades sociales emergentes con la modernización urbana, utilizando sus historias clínicas como ventanas hacia las mentalidades y contradicciones de la época.

## PRESENTACIÓN DE LAS FUENTES

### **Historias clínicas del Hospital Mental de Antioquia (1926-1938)**

El corpus documental de esta investigación está constituido por once historias clínicas de mujeres internadas en el Hospital Mental de Antioquia entre 1926 y 1938<sup>69</sup>. Estas fuentes primarias representan un testimonio excepcional sobre las prácticas médico-psiquiátricas de la época y los mecanismos de control social sobre la conducta femenina.

#### *Perfil socioeconómico y demográfico*

Aunque en el conjunto general de los registros clínicos predominaba la clasificación “blanca” tanto para hombres como para mujeres, los casos específicos de mujeres institucionalizadas por prostitución o conductas consideradas “moralmente cuestionables” muestran un patrón distinto y más marcado de diferenciación racial. En estas once historias clínicas se registraron siete mujeres institucionalizadas como “mujeres públicas” —categoría histórica que designaba a quienes ejercían la prostitución— y cuatro casos de mujeres ingresadas por presentar conductas consideradas “moralmente cuestionables”<sup>70</sup>. En cuanto a la composición étnica, predominaban las mujeres mulatas y mestizas (cinco de cada grupo), con únicamente una mujer registrada como blanca. Esta distribución resalta cómo la etiqueta racial operaba como marcador de alteridad moral y social, vinculando más directamente la estigmatización y el control institucional con los grupos racializados.

La edad de las pacientes oscilaba entre los trece y los cuarenta años, con una media de veinticinco años y una mediana de veinticuatro años, lo que evidencia que eran predominantemente

---

<sup>69</sup> Hospital Mental de Antioquia, Historias Clínicas, Archivo Histórico de Antioquia (AHA), Fondo Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia (HOMO).

<sup>70</sup> Ibid.

mujeres jóvenes en edad reproductiva, un factor central en los discursos médicos y morales de la época sobre la sexualidad femenina<sup>71</sup>.

### ***Diagnósticos y Patrones Institucionales***

Los diagnósticos registrados revelan la diversidad de categorías nosológicas empleadas por la psiquiatría de la época para clasificar las transgresiones femeninas: cuatro mujeres fueron diagnosticadas con excitación maníaca, tres con manía aguda, y las demás con diagnósticos que incluían psicosis generativa, enajenación mental, delirio sistematizado y discolia juvenil<sup>72</sup>. Esta variedad diagnóstica evidencia tanto la imprecisión de las categorías psiquiátricas del período como su funcionalidad para patologizar comportamientos socialmente indeseables.

### ***Temporalidad y Duración del Internamiento***

El período de internamiento se extendió efectivamente entre 1922 y 1963 (considerando los casos de reingreso), con una duración promedio de casi cuatro años, excluyendo a las tres mujeres que fallecieron en la institución. Esta prolongada permanencia institucional demuestra que el Hospital Mental funcionaba más como espacio de reclusión social que como institución terapéutica, configurando lo que Michel Foucault denominaría posteriormente como espacios disciplinarios<sup>73</sup>.

---

<sup>71</sup> Ibid.

<sup>72</sup> La discolia juvenil fue una categoría diagnóstica utilizada en la psiquiatría de inicios del siglo XX para referirse a comportamientos rebeldes, desobedientes o moralmente desviados en adolescentes, especialmente mujeres. Este diagnóstico frecuentemente reflejaba una respuesta institucional frente a conductas que desafiaban los ideales tradicionales de feminidad y obediencia, más que una condición médica claramente definida.

<sup>73</sup> Michel Foucault, *Historia de la sexualidad. Vol. 1: La voluntad de saber* (Madrid: Siglo XXI, 1977), 165-170.

### Valor Historiográfico de las Fuentes

Estas historias clínicas permiten aplicar el enfoque microhistórico propuesto por Carlo Ginzburg, ya que documentan experiencias individuales que revelan una doble estigmatización: exclusión social por su sexualidad y patologización médica por sus comportamientos<sup>74</sup>. Esta combinación facilitó el internamiento prolongado de estas mujeres, evidenciando las tensiones entre moralidad, medicina y control social en el Medellín de la época.

---

<sup>74</sup> Carlo Ginzburg, *El queso y los gusanos: El cosmos de un molinero del siglo XVI* (Barcelona: Península, 2001), 9-26.

## MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO

La presente investigación se fundamenta en la confluencia de tres perspectivas teóricas complementarias que permiten abordar tanto las estructuras mentales colectivas como los mecanismos de poder que operaron sobre estos sujetos históricos marginales, así como la metodología adecuada para el análisis de sus experiencias individuales a través de once historias clínicas. Permitiendo situar a las mujeres estudiadas como sujetos históricos que, aun en condiciones de extrema marginalidad, mantuvieron capacidades de agencia dentro de los marcos constrictivos de su época.

### **Le Goff: Mentalidades**

La perspectiva de las mentalidades desarrollada por Jacques Le Goff proporciona el marco conceptual fundamental para comprender las estructuras mentales colectivas que hicieron posible la construcción y legitimación de las categorías de "mujer loca" y "mujer pública" en el Medellín de las primeras décadas del siglo XX. Para Le Goff, las mentalidades constituyen "el nivel más profundo de la historia, el de las actitudes fundamentales ante la vida, la muerte, el trabajo, la familia, la sexualidad, las relaciones sociales"<sup>75</sup>.

En el contexto de esta investigación, el concepto de mentalidades permite analizar cómo se articularon los sistemas de representaciones colectivas que sostuvieron la doble estigmatización de estas mujeres. Le Goff sostiene que las mentalidades no son simplemente ideas conscientes, sino estructuras profundas de pensamiento que determinan las formas de percibir, categorizar y valorar la realidad social<sup>76</sup>. Esta perspectiva resulta fundamental para comprender cómo la

---

<sup>75</sup> Jacques Le Goff, *La civilización del Occidente medieval* (Barcelona: Juventud, 1969), 78.

<sup>76</sup> Jacques Le Goff, *Lo maravilloso y lo cotidiano en el Occidente medieval* (Barcelona: Gedisa, 1985), 45-67.

sociedad medellinense de la época pudo naturalizar tanto la exclusión social de las prostitutas como su patologización médica.

El historiador francés enfatiza que las mentalidades evolucionan lentamente y presentan múltiples niveles de contradicción interna<sup>77</sup>. Esta característica es particularmente relevante para analizar el período 1926-1938, momento de transición entre una sociedad tradicional católica y una modernidad urbana emergente. Las tensiones entre estos sistemas de valores crearon las condiciones que permitieron la emergencia de nuevas formas de control social, donde las instituciones médicas asumieron funciones tradicionalmente reservadas a la Iglesia.

Le Goff destaca también la importancia de estudiar las mentalidades a través de sus manifestaciones concretas en instituciones, prácticas y discursos<sup>78</sup>. En este sentido, el Hospital Mental de Antioquia se convierte en un observatorio privilegiado de las mentalidades de la época, ya que en sus prácticas diagnósticas y terapéuticas se materializaron las concepciones colectivas sobre la feminidad, la sexualidad y la locura.

La perspectiva de las mentalidades permite, además, evitar anacronismos interpretativos al situar las experiencias de estas mujeres dentro de los marcos de comprensión de su época, sin por ello naturalizar o justificar las formas de exclusión que experimentaron<sup>79</sup>. Este enfoque facilita la comprensión de cómo categorías aparentemente médicas como "excitación maniaca" o "psicosis generativa" estaban profundamente impregnadas de juicios morales conectados a las mentalidades colectivas del período.

---

<sup>77</sup> Jacques Le Goff, *Pensar la historia: Modernidad, presente, progreso* (Barcelona: Paidós, 1991), 123-145.

<sup>78</sup> Jacques Le Goff y Pierre Nora, *Hacer la historia*, 3 vols. (Barcelona: Laia, 1974), vol. 3, 67-89.

<sup>79</sup> Jacques Le Goff, *Historia y memoria* (Barcelona: Paidós, 1991), 178-190.

## **Foucault: Biopoder, Disciplina, Sexualidad**

La obra de Michel Foucault proporciona las herramientas analíticas centrales para comprender los mecanismos específicos a través de los cuales operó el control social sobre estas mujeres. Sus conceptos de biopoder, disciplina y dispositivo de sexualidad resultan fundamentales para analizar cómo el Hospital Mental de Antioquia funcionó como institución normalizadora que articuló saberes médicos con tecnologías de poder.

### ***Biopoder y Normalización***

Foucault define el biopoder como una forma moderna de ejercicio del poder que se centra en la gestión de la vida de las poblaciones y los cuerpos individuales<sup>80</sup>. A diferencia del poder soberano tradicional, que se ejercía principalmente a través de la amenaza de muerte, el biopoder opera mediante la producción de saberes sobre la vida, la salud, la sexualidad y la normalidad. En el contexto de esta investigación, el biopoder se manifiesta en la forma cómo los discursos médico-psiquiátricos clasificaron, diagnosticaron y trataron a estas mujeres.

El concepto de normalización resulta central para comprender cómo operó el Hospital Mental. Foucault señala que las instituciones disciplinarias no solo castigan las desviaciones, sino que producen activamente la distinción entre lo normal y lo anormal<sup>81</sup>. Las historias clínicas analizadas revelan precisamente este proceso: la transformación de transgresiones morales y sociales en patologías médicas que requerían intervención institucional.

---

<sup>80</sup> Michel Foucault, *Historia de la sexualidad. Vol. 1: La voluntad de saber* (Madrid: Siglo XXI, 1977), 165-170.

<sup>81</sup> Michel Foucault, *Los anormales: Curso en el Collège de France (1974-1975)* (Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2001), 89-112.

### ***Disciplina e instituciones totales***

Desde la perspectiva de Michel Foucault, las instituciones como el Hospital Mental de Antioquia operaban como dispositivos disciplinarios<sup>82</sup>. Su objetivo no era solo recluir, sino transformar subjetividades a través de vigilancia, clasificación y tratamientos orientados a imponer una noción de normalidad<sup>83</sup>.

### ***El dispositivo de sexualidad***

El análisis foucaultiano del dispositivo de sexualidad resulta fundamental para comprender cómo se articularon los discursos sobre la prostitución y la locura femenina. Foucault sostiene que, a partir del siglo XVIII, la sexualidad se constituyó en un campo privilegiado para el ejercicio del poder moderno, mediante la producción de saberes que clasificaron, normalizaron y patologizaron diversas formas de experiencia sexual<sup>84</sup>.

En *Historia de la sexualidad*, Foucault identifica la "mujer histérica" como una de las figuras centrales del dispositivo de sexualidad moderno<sup>85</sup>. Esta figura permitía la medicalización de comportamientos femeninos considerados desviados, transformando cuestiones morales en problemas médicos susceptibles de tratamiento institucional. Las historias clínicas analizadas revelan cómo esta figura se articuló con la de la "mujer pública" para producir una categoría específica de sujeto que requería intervención médica.

Foucault enfatiza también que el dispositivo de sexualidad no opera únicamente mediante la represión, sino a través de la producción activa de discursos, saberes y placeres<sup>86</sup>. Esta perspectiva permite comprender cómo las instituciones médicas no solo controlaron la sexualidad

---

<sup>82</sup> Michel Foucault, *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión* (Madrid: Siglo XXI, 1976), 175-198.

<sup>83</sup> *Ibid.*, 139-174.

<sup>84</sup> Foucault, *Historia de la sexualidad*, 56-89.

<sup>85</sup> *Ibid.*, 123-145.

<sup>86</sup> *Ibid.*, 89-112.

femenina, sino que participaron activamente en su construcción como objeto de saber e intervención.

### ***Resistencia y agencia***

Aunque Foucault enfatiza la eficacia de los dispositivos disciplinarios, también reconoce que el poder genera inevitablemente formas de resistencia<sup>87</sup>. Esta perspectiva resulta fundamental para evitar una visión unidimensional de estas mujeres como víctimas pasivas del poder institucional. Las historias clínicas, leídas desde esta perspectiva, pueden revelar las múltiples formas en que estas mujeres negociaron, resistieron o subvirtieron los intentos de normalización institucional.

### **Ginzburg: Microhistoria**

La propuesta metodológica de Carlo Ginzburg proporciona las herramientas necesarias para el análisis de las historias clínicas como fuentes que permiten acceder a experiencias individuales representativas de fenómenos históricos más amplios. La microhistoria, tal como la desarrolla Ginzburg, no constituye simplemente una reducción de escala, sino una metodología específica que permite iluminar aspectos de la realidad histórica inaccesibles desde perspectivas macrohistóricas<sup>88</sup>.

### ***El paradigma indiciario***

Ginzburg desarrolla el concepto de "paradigma indiciario" para describir una forma de conocimiento que opera mediante el análisis de detalles aparentemente marginales que revelan aspectos fundamentales de la realidad estudiada<sup>89</sup>. Esta perspectiva resulta particularmente

---

<sup>87</sup> Michel Foucault, *Microfísica del poder* (Madrid: La Piqueta, 1979), 163-189.

<sup>88</sup> Carlo Ginzburg, *El queso y los gusanos: El cosmos de un molinero del siglo XVI* (Barcelona: Península, 2001), 9-26.

<sup>89</sup> Carlo Ginzburg, *Mitos, emblemas, indicios: Morfología e historia* (Barcelona: Gedisa, 1989), 138-175.

adecuada para el análisis de historias clínicas, documentos que contienen múltiples niveles de información: datos médicos, observaciones sobre comportamiento, referencias familiares, descripciones físicas, entre otros.

El paradigma indiciario permite leer estas fuentes no solo como registros médicos, sino como testimonios complejos que revelan las tensiones, contradicciones y negociaciones que caracterizaron las relaciones entre estas mujeres y la institución médica. Los "indicios" contenidos en las historias clínicas —gestos, palabras, resistencias, silencios— pueden iluminar aspectos centrales de las experiencias vividas por estas mujeres y, crucialmente, las tensiones constantes entre agencia individual y estructuras de control institucional.

### ***La construcción del caso ejemplar***

Ginzburg propone que los casos individuales pueden funcionar como "casos ejemplares" que iluminan aspectos estructurales de una época o sociedad<sup>16</sup>. En *El queso y los gusanos*, demuestra cómo la cosmogonía de un molinero del siglo XVI puede revelar aspectos fundamentales de la cultura popular de su época<sup>90</sup>. Esta perspectiva permite abordar las once historias clínicas no como casos aislados, sino como manifestaciones particulares de fenómenos sociales más amplios.

Cada historia clínica se convierte así en una ventana hacia las mentalidades, las prácticas institucionales y las formas de resistencia que caracterizaron las relaciones entre género, sexualidad y control social en el Medellín de las primeras décadas del siglo XX. La particularidad de cada caso no contradice su valor representativo, sino que permite acceder a la complejidad y las contradicciones que caracterizan todo fenómeno histórico.

---

<sup>90</sup> Carlo Ginzburg, *El queso y los gusanos: El cosmos de un molinero del siglo XVI*, (Barcelona: Península, 2001), 67–89.

### ***Voces subalternas y Fuentes involuntarias***

Ginzburg enfatiza la importancia de recuperar las voces de sujetos tradicionalmente excluidos de los registros históricos oficiales<sup>91</sup>. Las historias clínicas constituyen un tipo particular de fuente que Ginzburg denominaría "involuntaria": documentos producidos por las instituciones dominantes que, sin embargo, contienen rastros de las experiencias y perspectivas de los sujetos subalternos.

Esta característica de las fuentes requiere una lectura "a contrapelo", en términos de Walter Benjamin, que permita recuperar las experiencias de estas mujeres a pesar de que sus voces lleguen filtradas por el discurso médico institucional<sup>92</sup>. Ginzburg propone que este tipo de lectura puede revelar formas de resistencia, negociación y agencia que de otra manera permanecerían invisibles. Los expedientes clínicos se convierten así en textos "fracturados" que permiten leer simultáneamente las estructuras de poder y las grietas que las subjetividades individuales abrieron en ellas.

### ***La relación entre lo normal y lo excepcional***

Ginzburg sostiene que los casos aparentemente excepcionales pueden revelar aspectos fundamentales de la normalidad de una época<sup>93</sup>. Las mujeres cuyas historias clínicas se analizan fueron consideradas "excepcionales" por su comportamiento desviado, pero precisamente por ello permiten comprender mejor cuáles eran las normas sociales dominantes y cómo operaban los mecanismos de control social.

---

<sup>91</sup> Carlo Ginzburg, *El hilo y las huellas: Lo verdadero, lo falso, lo ficticio* (Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2010), 89-112.

<sup>92</sup> Walter Benjamin, *Sobre el concepto de historia* (Madrid: Abada, 2008), 45-67.

<sup>93</sup> Ginzburg, *Mitos, emblemas, indicios*, 89-112.

La excepcionalidad de estos casos no reside únicamente en su carácter desviado, sino también en el hecho de que han dejado rastros documentales detallados que permiten su análisis histórico. La mayoría de las mujeres que experimentaron formas similares de exclusión social no dejaron registros comparables, lo que convierte a estas historias clínicas en testimonios excepcionales de experiencias que, probablemente, fueron más comunes de lo que sugieren las fuentes disponibles.

## CONTEXTO HISTÓRICO: MEDELLÍN EN LAS PRIMERAS DÉCADAS DEL SIGLO

### Modernización urbana y transformaciones sociales

En los primeros años del siglo XX, Medellín experimentó profundas transformaciones que la consolidaron como una de las principales ciudades de Colombia. Jorge Orlando Melo identifica tres ejes fundamentales que operaron simultáneamente en este proceso modernizador<sup>94</sup>.

El primer eje se caracterizó por la implementación de servicios básicos fundamentales como la energía eléctrica, el teléfono y un sistema de acueducto<sup>95</sup>. Estos avances se complementaron con la implementación de sistemas de transporte ciudadano que incluyeron tranvías, taxis, automóviles e incluso la llegada del ferrocarril<sup>96</sup>. El crecimiento de estos nuevos medios de transporte impulsó el desarrollo de la infraestructura urbana y facilitó la construcción de espacios públicos de gran envergadura, como parques y teatros de considerable capacidad.

El segundo eje se centró en la fundación de colegios de educación secundaria, dirigidos en su mayoría por órdenes religiosas. Este proceso educativo se acompañó de la construcción de barrios obreros y el mejoramiento sustancial de servicios sociales, particularmente en el ámbito hospitalario, respondiendo a las necesidades de una población urbana creciente<sup>97</sup>.

El tercer eje implicó una transformación social evidenciada en la mayor presencia de mujeres en la vida pública y laboral, fenómeno directamente relacionado con la creación de las principales industrias de la ciudad. Este período también presenció la consolidación de la prensa escrita a través del establecimiento de periódicos y revistas, medios que contribuyeron significativamente a la configuración de una esfera pública urbana moderna<sup>98</sup>.

---

<sup>94</sup> Jorge Orlando Melo, "Medellín 1880-1930: los tres hilos de la modernización", en *Historia de Medellín* (Medellín: Suramericana de Seguros, 1996), 142.

<sup>95</sup> *Ibíd.*, 143-145.

<sup>96</sup> *Ibíd.*, 145-147.

<sup>97</sup> *Ibíd.*, 149-150.

<sup>98</sup> *Ibíd.*, 151-152.

Las bases culturales de esta transformación se encontraban en las tradiciones antioqueñas previamente establecidas. James Parsons y Roberto Luis Jaramillo señalan que los antecedentes colonizadores antioqueños crearon una cultura específica que facilitaría posteriormente los procesos de modernización urbana<sup>99</sup>. Fernando Botero Herrera examina cómo estas tradiciones culturales regionales se articularon con los nuevos intereses económicos urbanos<sup>100</sup>, mientras que Alberto Mayor Mora analiza la consolidación de una ética del trabajo específicamente antioqueña que se adaptó exitosamente a las demandas de la industrialización<sup>101</sup>.

### **Migración y reconfiguración del espacio urbano**

El crecimiento demográfico de la ciudad fue extraordinario. Sandra Patricia Ramírez Patiño documenta que entre los años 1905 y 2005 la población creció cuarenta veces debido al gran número de migrantes que abandonaron sus hogares rurales para radicarse en el casco urbano de Medellín<sup>102</sup>.

Esta migración masiva respondió a múltiples factores: la fuerte oleada de actividad comercial, el acceso a la educación, el desarrollo de vías de comunicación y el establecimiento de las primeras industrias, elementos que representaban para los campesinos una oportunidad de crecimiento económico en un contexto de desarrollo industrial incipiente<sup>103</sup>.

Ramírez Patiño también identifica la "diversión y entretenimiento" como factor fundamental que motivó la llegada de migrantes a la ciudad. Esta nueva oferta de esparcimiento

---

<sup>99</sup> James Parsons, *La colonización antioqueña en el occidente de Colombia* (Bogotá: Banco de la República, 1979), 156-178; Roberto Luis Jaramillo, *La colonización antioqueña* (Medellín: Universidad de Antioquia, 1988), 203-225.

<sup>100</sup> Fernando Botero Herrera, *Medellín 1890-1950: Historia urbana y juego de intereses* (Medellín: Universidad de Antioquia, 1996), 78-95.

<sup>101</sup> Alberto Mayor Mora, *Ética, trabajo y productividad en Antioquia* (Bogotá: Tercer Mundo, 1984), 187-210.

<sup>102</sup> Sandra Patricia Ramírez Patiño, *Del pueblo a la ciudad: Migración y cambio social en Medellín y el Valle de Aburrá, 1920-1970* (Medellín: Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín, Facultad de Ciencias Humanas y Económicas, 2008), 87.

<sup>103</sup> Ramírez Patiño, *Del pueblo a la ciudad*, 89-92.

trajo consigo un cambio de valores culturales e intereses, ofreciendo posibilidades de diversión asociadas a la modernización urbana. En este nuevo entorno, el migrante pueblerino podía sentirse menos cohibido, menos controlado socialmente y con menores posibilidades de exposición pública que en sus comunidades de origen<sup>104</sup>.

Luis Javier Villegas examina los patrones específicos de crecimiento urbano y su impacto en la configuración social de la ciudad, evidenciando cómo la migración masiva reconfiguró no solo el espacio físico sino también las dinámicas sociales urbanas<sup>105</sup>.

### **Nuevos códigos morales y género**

La transformación urbana de Medellín generó una reconfiguración de los marcos mentales colectivos, particularmente en la tensión entre valores tradicionales heredados de una cultura católica y rural, y los nuevos ideales de progreso, género y ciudadanía. Esta tensión fue clave para entender las percepciones sobre el rol femenino, la sexualidad y las normas sociales en el contexto urbano moderno.

María Teresa Uribe de Hincapié estudia la construcción de nuevas identidades políticas y sociales en este contexto de modernización<sup>106</sup>. Su análisis demuestra cómo el auge económico de Medellín no fue solo una transformación material, sino también una reconfiguración profunda de las formas de ciudadanía.

La mayor presencia de mujeres en la vida pública y laboral, identificada por Melo como parte del tercer eje de modernización, evidenció transformaciones significativas en los códigos de género. Esta ruptura con los patrones tradicionales rurales no solo generó nuevas oportunidades

---

<sup>104</sup> Ramírez Patiño, *Del pueblo a la ciudad*, 95.

<sup>105</sup> Luis Javier Villegas, *Aspectos de la evolución urbana de Medellín* (Medellín: Universidad Nacional, 1993), 134-156.

<sup>106</sup> María Teresa Uribe de Hincapié, *Nación, ciudadano y soberano* (Medellín: Corporación Región, 2001), 156-178.

para las mujeres, sino también nuevas formas de vigilancia y exclusión social. Lo que para algunas significó mayor visibilidad y agencia, para otras se tradujo en un mayor riesgo de ser clasificadas como desviadas, peligrosas o enfermas.

El proceso modernizador medellinense representó, por tanto, no solo cambios infraestructurales y demográficos, sino una profunda reconfiguración de moral y de género que definirían el carácter de la ciudad durante las décadas siguientes.

Así, en medio de un entorno urbano que transformaba aceleradamente los valores tradicionales, emergieron instituciones encargadas de regular, clasificar y disciplinar a quienes no se ajustaban a los nuevos códigos. Este contexto de transformación acelerada creó las condiciones históricas que hicieron posible la emergencia de nuevas instituciones de control social.

## LA PROSTITUCIÓN EN MEDELLÍN: ENTRE ECONOMÍA Y ESTIGMA

La transformación de Medellín durante las primeras décadas del siglo XX generó nuevas formas de marginalidad urbana entre las cuales la prostitución ocupó un lugar central. Este fenómeno, lejos de ser un problema aislado, se constituyó como un elemento funcional dentro del proceso de modernización urbana, aunque paradójicamente marginado por los discursos morales dominantes.

### **Factores económicos y laborales que empujaban a las mujeres**

La historiadora Ana Catalina Reyes Cárdenas identifica la industrialización acelerada como uno de los factores determinantes del aumento de la prostitución durante la primera mitad del siglo XX<sup>107</sup>. La migración campesina hacia los centros urbanos generó una sobreoferta de mano de obra femenina que las nascentes industrias y el trabajo doméstico no lograban absorber completamente. Esta situación de saturación laboral se agravó por el desarraigo cultural y la ausencia de redes de apoyo, llevando a muchas mujeres solteras y sin protección familiar a considerar la prostitución como una alternativa de supervivencia ante su situación de vulnerabilidad<sup>108</sup>.

El análisis de los Anuarios Estadísticos de Medellín (1901-1930) realizado por Reyes Cárdenas revela datos significativos sobre las transformaciones demográficas de la época: "Durante los años comprendidos entre 1901 y 1924, período en que se inició la industrialización, la edad promedio de matrimonio fue de 22 años para las mujeres y de 26 para los hombres. Así mismo, los índices de natalidad disminuyeron el 19% y la tasa anual de nupcialidad pasó de 7,5

---

<sup>107</sup> Ana Catalina Reyes Cárdenas, "La condición femenina y la prostitución en Medellín durante la primera mitad del siglo XX," *Aspectos de la vida social y cotidiana de Medellín, 1890-1930* (Medellín: Universidad de Antioquia, 1996), 45.

<sup>108</sup> *Ibíd.*, 127.

por mil habitantes a 4,3<sup>109</sup>. Estas cifras evidencian una crisis en las estructuras familiares tradicionales que coincide temporalmente con el auge de la prostitución urbana.

Diana Obregón complementa este análisis al identificar la urbanización y el crecimiento poblacional como factores clave del fenómeno<sup>110</sup>. Obregón resalta particularmente cómo la miseria económica afectó a jóvenes seducidas y posteriormente abandonadas, muchas de las cuales se desempeñaban en el servicio doméstico. Estas mujeres, frecuentemente víctimas de abuso por parte de sus empleadores, constituyeron uno de los principales grupos que terminaron ejerciendo la prostitución<sup>111</sup>.

La brecha salarial de género emerge como otro elemento fundamental en este análisis. Varios médicos de la época identificaron esta desigualdad económica como una de las razones que empujaban a las mujeres hacia la prostitución, reconociendo implícitamente las limitaciones estructurales que enfrentaban las mujeres para acceder a empleos dignos y bien remunerados<sup>112</sup>.

### **Espacio de sociabilidad masculina y demanda**

La transformación de los espacios de prostitución también refleja los cambios urbanos de la época. Según Reyes Cárdenas, los burdeles dejaron de ser percibidos únicamente como espacios de placer para convertirse en centros de sociabilidad masculina donde convergían estudiantes, artistas e intelectuales<sup>113</sup>. Esta evolución sugiere que la prostitución pasó a desempeñar funciones sociales específicas dentro del nuevo orden urbano, funcionando como espacios de encuentro y socialización en una ciudad en proceso de modernización.

---

<sup>109</sup> *Ibíd.*

<sup>110</sup> Diana Obregón, "Médicos, prostitución y enfermedades venéreas: de la reglamentación al abolicionismo 1886-1951," *Historia y Sociedad* 4 (1997): 123.

<sup>111</sup> *Ibíd.*, 125.

<sup>112</sup> *Ibíd.*, 127.

<sup>113</sup> Reyes Cárdenas, "La condición femenina," 48.

Esta reconfiguración de los espacios de prostitución evidencia cómo la demanda masculina no respondía únicamente a necesidades sexuales, sino también a la búsqueda de espacios de sociabilidad en una ciudad que se transformaba aceleradamente. Los burdeles se constituyeron así en lugares donde los hombres podían establecer vínculos sociales y culturales, alejados del control familiar y religioso tradicional.

El crecimiento urbano acelerado, documentado por Miguel Ángel Urrego, quien señala que "En la primera mitad del siglo XX la ciudad presencié la consolidación de los procesos básicos de industrialización y urbanización"<sup>114</sup>, creó las condiciones para que estos espacios proliferaran y se diversificaran, adaptándose a las nuevas dinámicas sociales de la ciudad moderna.

Así, estos espacios de sociabilidad masculina no solo respondían a dinámicas de ocio urbano, sino que reforzaban la centralidad del deseo y la autoridad masculina en la definición de los límites sociales del cuerpo femenino.

### **Emergencia de discursos de control social**

Leonardo Zapata Marín examina cómo la naciente república antioqueña, dirigida por élites criollas y mestizas privilegiadas, consolidó un discurso en el cual la prostituta representaba una triple transgresión: al orden económico, al orden moral cristiano y al orden político<sup>115</sup>. Zapata Marín argumenta que "La vagancia se tomó como el origen de los males sociales, se pensaba que los vagos eran los causantes de atacar la propiedad y seguridad pública"<sup>116</sup>, estableciendo una conexión directa entre prostitución, vagancia y amenaza al orden social establecido.

---

<sup>114</sup> Miguel Ángel Urrego, *La prostitución en Bogotá* (Bogotá: Ariel Historia, 2002), 34.

<sup>115</sup> Leonardo Zapata Marín, "El rechazo de la vagancia en el siglo XIX. Un acercamiento del fenómeno de Antioquia," *Historia y Sociedad* 8 (2002): 67.

<sup>116</sup> *Ibíd.*, 69.

El contraste con otras ciudades colombianas ilustra las particularidades de los discursos de control en Medellín. Marlene Sánchez Moncada, en su investigación sobre la prostitución en Bogotá entre 1880 y 1920, identifica que en la capital el enfoque predominante fue moral: la prostitución se consideraba una amenaza para el modelo de feminidad vigente, el cual promovía "formar familias y a través de ellas, construir nación"<sup>117</sup>. Este contraste regional sugiere que, aunque los factores económicos fueron determinantes en ambas ciudades, las respuestas sociales y discursivas variaron según los contextos locales.

Los discursos de control social que emergieron en torno a la prostitución no solo buscaron regular esta práctica específica, sino que modelaron una concepción más amplia de la feminidad aceptable dentro del nuevo orden urbano. Estos dispositivos, tanto materiales como simbólicos, delimitaron los márgenes de lo permitido, lo tolerado y lo castigado en relación con la sexualidad femenina.

La prostitución se constituyó así como un elemento central en la construcción de la feminidad normativa de la época, funcionando como su contrapunto necesario en el proceso de definición de los roles de género apropiados para la sociedad moderna. La figura de la prostituta se convirtió en el punto de contraste para definir lo que la sociedad consideraba una "mujer correcta", estableciendo los fundamentos de los mecanismos de control y clasificación que posteriormente se materializarían en instituciones como el Hospital Mental de Antioquia.

Estas configuraciones simbólicas no se agotaron en el plano moral o cultural: fueron gradualmente codificadas y legitimadas por el discurso médico, configurando las bases para su traducción en patologías institucionalmente tratadas.

---

<sup>117</sup> Marlene Sánchez Moncada, *La prostitución en Bogotá 1880-1920* (Bogotá: Instituto Distrital de Cultura y Turismo, 2008), 82.

## DISPOSITIVOS DE CONTROL MÉDICO E INSTITUCIONAL

### Marco legal: leyes, códigos y reglamentaciones

Marisol Salamanca Guzmán identifica la transición entre los siglos XIX y XX como un momento clave en la evolución del control institucional sobre la prostitución<sup>118</sup>. Este proceso marcó una transformación desde la prohibición absoluta hacia un sistema más complejo de regulación y supervisión médica.

A finales del siglo XIX, el Código de Policía de 1886 adoptó un enfoque prohibicionista que carecía de mecanismos efectivos de control sanitario. El artículo 107 de dicho código vetaba categóricamente los establecimientos de prostitución y contemplaba penas de reclusión de entre dos meses y un año para quienes infringieran esta norma<sup>119</sup>. Esta aproximación punitiva se centraba en la prohibición y el castigo más que en la disciplina y la normalización.

La revolución reglamentista llegó con el Código de Policía de 1914, que marcó una transformación sustancial en el abordaje institucional. Como señala Salamanca Guzmán, este código reconoció implícitamente la existencia de la prostitución como una realidad social persistente que exigía control más que erradicación inmediata<sup>120</sup>. Se introdujo entonces un modelo inspirado en el sistema francés, basado en la carnetización y control médico.

El artículo 107 del Código de 1914 establecía: "Los Jefes de Policía harán examinar por un médico competente las personas de mala vida de quienes se sospeche que padecen alguna enfermedad contagiosa: y una vez hecho el reconocimiento, la persona enferma pasara a la sala del hospital o dispensarios destinados al efecto, y no saldrá de allí sino cuando el médico la

---

<sup>118</sup> Marisol Salamanca Guzmán, "La prostitución en Colombia: finales del siglo XIX e inicios del siglo XX", *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura* 38, no. 2 (2011): 15-43.

<sup>119</sup> *Código de Policía* (1886), Artículo 107, 30.

<sup>120</sup> Salamanca Guzmán, "La prostitución en Colombia," 28.

declarase sana o que hayan dejado de ser contagiosa, de lo cual deberá dar constancia en una tarjeta infalsificable"<sup>121</sup>.

La espacialización del control sanitario se detallaba minuciosamente en el artículo 108 del Código de 1914: "En Medellín el examen de las mujeres públicas deberá hacerse en el Dispensario del hospital del Departamento, y en la reclusión de las mujeres para las que se hallan detenidas por cualquier causa. En las demás poblaciones el examen se hará en el hospital o en los edificios destinados a la curación de las enfermas, o el lugar que designe el Jefe de Policía y el Médico oficial"<sup>122</sup>.

El análisis de Salamanca Guzmán evidencia la contradicción fundamental de la postura oficial: mientras el discurso público condenaba moralmente la prostitución, las autoridades optaban por permitirla bajo un régimen de vigilancia y control<sup>123</sup>. El artículo 111 del Código de 1914 establecía sanciones económicas para prevenir posibles disturbios en las zonas de tolerancia<sup>124</sup>.

### **Discursos médicos: temor a la sífilis, eugenesia y degeneración**

Las transformaciones urbanas y sanitarias de Medellín en las primeras décadas del siglo XX pusieron en evidencia problemáticas estructurales relacionadas con la salud pública, siendo la propagación de la sífilis una de las más inquietantes. El temor a esta enfermedad proporcionó la justificación médica y moral necesaria para intensificar los dispositivos de control, legitimando científicamente la supervisión detallada sobre los cuerpos femeninos considerados desviados.

---

<sup>121</sup> Código de Policía (1914), Artículo 107.

<sup>122</sup> Código de Policía (1914), Artículo 108.

<sup>123</sup> Salamanca Guzmán, "La prostitución en Colombia," 35.

<sup>124</sup> Código de Policía (1914), Artículo 111.

Emmanuel Alejandro Giraldo Granada, en su investigación sobre *Prostitución y sífilis en Medellín entre 1920 y 1950*, señala que la figura de la mujer prostituta fue objeto de múltiples discursos que la responsabilizaban casi de forma exclusiva por la transmisión de la enfermedad. Giraldo Granada sostiene que "enfermedades como la sífilis, el chancro y la blenorragia tuvieron una elevada propagación en la población, estas no solo afectaban a las mujeres públicas y a hombres que las frecuentaban, sino que gran parte de la sociedad era vulnerable a padecer los trastornos producidos por dichas enfermedades, incluyendo mujeres casadas y de buen hogar"<sup>125</sup>.

Los discursos sobre degeneración racial se articularon significativamente con las políticas de control de la prostitución. Stefan Pohl-Valero, en su análisis sobre eugenesia, alimentación y salud pública, examina cómo las preocupaciones eugénicas influyeron en la justificación médica del control sobre la sexualidad femenina, particularmente en poblaciones consideradas marginales<sup>126</sup>.

Diana Obregón, en sus investigaciones sobre *Batallas contra la lepra*, analiza cómo las enfermedades venéreas se inscribieron dentro de un discurso más amplio sobre degeneración y amenaza racial<sup>127</sup>. El control médico de la prostitución formaba parte de un proyecto más amplio de higienización social que buscaba preservar la "pureza" de la población.

Numerosos médicos expresaron su preocupación por las consecuencias devastadoras de la sífilis. Gabriel Toro Villa en Medellín señalaba cómo el alcoholismo agravaba los efectos de la enfermedad, debilitando aún más la salud de quienes ya vivían en condiciones precarias.

---

<sup>125</sup> Emmanuel Alejandro Giraldo Granada, "Prostitución y sífilis en Medellín, 1920–1950," *Pensar Historia* 13 (2020): 69–98, <https://revistas.udea.edu.co/index.php/pensar/article/view/341662>. Véase también del mismo autor: "Prostitución y control venéreo en Bogotá y Medellín, 1920–1950," *Historia y Sociedad* 43 (2022): 1–36, <https://revistas.udea.edu.co/index.php/historia/article/view/348655>.

<sup>126</sup> Stefan Pohl-Valero, "La raza entra por la boca: eugenesia, alimentación y salud pública en Colombia, 1900-1940," *Revista de Estudios Sociales* 36 (2010): 46-61.

<sup>127</sup> Diana Obregón, *Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia* (Medellín: Universidad EAFIT, 2002), 145-167.

Laurentino Muñoz, en su texto *La tragedia biológica del pueblo colombiano*, describía la sífilis como una dolencia que no solo destruía físicamente el individuo, sino que lo anulaba espiritualmente<sup>128</sup>.

### **Higiene social y patologización de comportamientos**

La integración del saber médico en la regulación de la prostitución refleja la medicalización de la sociedad moderna. Jorge Márquez Valderrama, en sus investigaciones sobre *Estado, Higiene y salud en Colombia*, examina cómo el discurso médico se constituyó como legitimador de nuevas formas de intervención estatal sobre los cuerpos<sup>129</sup>. La higiene pública se convirtió en un dispositivo fundamental para justificar la regulación de prácticas sexuales consideradas desviadas.

Emilio Quevedo, por su parte, analiza en *Historia de la Medicina en Colombia* cómo los médicos asumieron un rol central en la definición de políticas públicas relacionadas con la sexualidad y la moralidad<sup>130</sup>. El saber médico se articuló con el poder estatal para crear nuevas formas de normalización social que trascendían el ámbito estrictamente terapéutico.

El discurso oficial y médico enfocó gran parte de su atención en la regulación del cuerpo femenino, y en particular, en el de las prostitutas. El sistema reglamentarista de salud pública obligaba a las mujeres públicas a someterse a revisiones médicas periódicas, confinamientos forzados en caso de enfermedad y un control policial constante. Estas medidas se sustentaban en la idea de que el principal foco de contagio era la prostitución, invisibilizando la responsabilidad de los clientes y de la sociedad masculina en su conjunto.

---

<sup>128</sup> Laurentino Muñoz, *La tragedia biológica del pueblo colombiano* (Bogotá: Editorial Minerva, 1934), 45.

<sup>129</sup> Jorge Márquez Valderrama, *Estado, higiene y salud en Colombia* (Medellín: Universidad de Antioquia, 2004), 78-95.

<sup>130</sup> Emilio Quevedo, *Historia de la medicina en Colombia* (Bogotá: Norma, 2007), 156-178.

Los cuerpos de las mujeres dedicadas a la prostitución quedaban sometidos a una vigilancia médica regular que trascendía el ámbito terapéutico para convertirse en herramientas de control social. Esta espacialización del control reflejaba una lógica donde la visibilidad constante se convertía en mecanismo de disciplinamiento.

## LA CONSTRUCCIÓN DE LA FEMINIDAD Y EL IDEAL NORMATIVO

### El ideal mariano: religión, educación y domesticidad

El ideal mariano, intensamente promovido después de la proclamación del dogma de la Inmaculada Concepción en 1854, constituía el arquetipo femenino por excelencia en la sociedad antioqueña de principios del siglo XX. Como se expresaba en las publicaciones religiosas de la época: "Son las Madres Cristianas a quienes está confinada la guarda inmediata de sus hijos, tesoro de Cristo... Por eso el sabio y valiente piloto ha ordenado que pidamos al Sagrado Corazón de Jesús, Capitán invisible de la nave, abnegación y fortaleza para las Madres Cristianas"<sup>131</sup>.

Patricia Londoño Vega documenta cómo este ideal religioso permeaba todas las esferas de la vida social, estableciendo un modelo de feminidad basado en la pureza, la abnegación, el sacrificio y la sumisión<sup>132</sup>. Fernán González, en *Poderes enfrentados: Iglesia y Estado en Colombia*, analiza cómo la Iglesia católica mantuvo un control estricto sobre las definiciones de moralidad femenina durante todo el período estudiado<sup>133</sup>. Este control se manifestaba también en el ámbito médico, donde los criterios religiosos y morales se mezclaban con los supuestamente científicos para establecer diagnósticos psiquiátricos.

La investigación de Laura Camila Domínguez Aguirre sobre el trabajo fabril femenino en Medellín proporciona un marco conceptual fundamental para comprender las expectativas sociales que pesaban sobre las mujeres durante el período estudiado<sup>134</sup>. Estas expectativas sociales se convertían en parámetros de evaluación que trascendían el ámbito social para penetrar otras

---

<sup>131</sup> "El Catolicismo" *Revista Católica de Medellín*, núm. 45 (1895): 234.

<sup>132</sup> Patricia Londoño Vega, *Religión, cultura y sociedad en Colombia: Medellín y Antioquia, 1850-1930* (Bogotá: Fondo de Cultura Económica, 2004), 198-212.

<sup>133</sup> Fernán González, *Poderes enfrentados: Iglesia y Estado en Colombia* (Bogotá: CINEP, 1997), 287-305.

<sup>134</sup> Laura Camila Domínguez Aguirre, "De artesanas a obreras: trabajo fabril femenino en Medellín entre 1902 y 1930" (tesis de pregrado, Universidad de Antioquia, 2015), 23-45.

esferas, incluyendo la médica, donde el alejamiento de los roles tradicionales era frecuentemente interpretado como síntoma de desequilibrio mental.

Patricia Londoño Vega, en su obra fundamental *Religión, cultura y sociedad en Colombia: Medellín y Antioquia, 1850-1930*, documenta cómo las mentalidades colectivas de la época establecían un conjunto rígido de normas que definían la feminidad aceptable<sup>135</sup>. Estas representaciones sociales, profundamente arraigadas en el tejido social antioqueño, actuaban como marcos sociales de referencia para la evaluación moral del comportamiento femenino.

### **Educación femenina y control moral**

La educación femenina de la época constituía otro mecanismo fundamental para la reproducción de los roles tradicionales. Como señalaba Patricia Londoño, esta educación "enfaticaba la formación moral y religiosa, el adiestramiento en labores morales, éstas últimas catalogadas siempre como 'propias de su sexo'"<sup>136</sup>. Solo a partir de 1870 se empezó a considerar una instrucción que preparaba a las jóvenes para ganarse el sustento, pero incluso esta educación más "práctica" estaba sometida a estrictos controles morales.

Aline Helg, en *La educación en Colombia, 1918-1957*, documenta cómo el sistema educativo funcionaba como un dispositivo de control social que reproducía las jerarquías de género<sup>137</sup>. Martha Herrera, en *Modernización y Escuela Nueva en Colombia*, analiza las tensiones entre los intentos modernizadores y las estructuras tradicionales en el campo educativo<sup>138</sup>. Estas tensiones se manifestaban también en las percepciones sobre salud mental, donde el "exceso" de

---

<sup>135</sup> Patricia Londoño Vega, *Religión, cultura y sociedad en Colombia: Medellín y Antioquia, 1850-1930* (Bogotá: Fondo de Cultura Económica, 2004), 234-267.

<sup>136</sup> Patricia Londoño Vega, *La mujer santandereana en la historia* (Bucaramanga: Gobernación de Santander, 1988), 156.

<sup>137</sup> Aline Helg, *La educación en Colombia, 1918-1957: una historia social, económica y política* (Bogotá: CEREC, 1987), 178-195.

<sup>138</sup> Martha Herrera, *Modernización y Escuela Nueva en Colombia, 1914-1951* (Bogotá: Plaza & Janés, 1999), 234-256.

educación femenina era frecuentemente considerado como un factor de riesgo para el equilibrio psíquico.

### **La religiosidad como espacio permitido**

Para las mujeres casadas, confinadas al hogar y sometidas al control marital, la vida religiosa representaba uno de los pocos espacios sociales permitidos. Como afirmaba Rafael Ortiz: "El verdadero refugio y consuelo de la esposa era el trabajo y la religión. Organizaba la labor doméstica de tal modo que le permitiera hacer una vida social-religiosa, por medio de la concurrencia a misa, a los rosarios y bendiciones, novenas y trisagios"<sup>139</sup>.

Ana María Bidegain, en *Historia del cristianismo en Colombia*, documenta cómo estas prácticas religiosas colectivas ofrecían a las mujeres un escape de su cotidianidad doméstica y la posibilidad de socializar con otras en condiciones similares<sup>140</sup>. Sin embargo, incluso esta participación religiosa podía ser objeto de control y regulación, especialmente cuando las mujeres desarrollaban formas de religiosidad consideradas "excesivas" o "desviadas" por las autoridades eclesiásticas.

### **La “reina del hogar” como modelo hegemónico**

El confinamiento de la mujer al espacio doméstico constituía uno de los pilares fundamentales del orden social de la época. Como señalan Luis Fernando González y Catalina Reyes: "El ámbito doméstico era impensable sin la mujer. Como la mujer no tenía educación y la vida claustral de nuestras ciudades no permitía otro tipo de actividades gratificantes, para ella el matrimonio lo era todo"<sup>141</sup>.

<sup>139</sup> Rafael Ortiz, *Costumbres antioqueñas* (Medellín: Imprenta Departamental, 1920), 123.

<sup>140</sup> Ana María Bidegain, *Historia del cristianismo en Colombia: corrientes y diversidad* (Bogotá: Taurus, 2004).

<sup>141</sup> Luis Fernando González y Catalina Reyes, *Las mujeres en la sociedad antioqueña del siglo XIX* (Medellín: Instituto para el Desarrollo de Antioquia, 1998), 67.

Pablo Rodríguez Jiménez, en *Historia de la familia en Colombia*, documenta cómo esta separación espacial se consolidó durante el período republicano, estableciendo una división rígida entre las esferas masculinas y femeninas<sup>142</sup>. Catalina Reyes Cárdenas complementa este análisis al mostrar cómo esta arquitectura del poder se manifestaba en la organización misma de los espacios urbanos<sup>143</sup>. La casa se convertía en el territorio natural de la mujer, mientras que la calle y los espacios públicos quedaban reservados para los hombres.

### El “ama de casa” moderna

Paralelamente a estos espacios religiosos permitidos, y como respuesta a las nuevas dinámicas económicas del siglo XX, surgió la figura del "ama de casa" moderna. Según Susy Bermúdez: "Dado que el bello sexo permanecía gran parte de sus vidas en el hogar, se les presentó el espacio doméstico como una 'empresa', de la cual ellas eran la cabeza, por ende, debían realizar sus labores con orden y disciplina"<sup>144</sup>.

Ann Farnsworth-Alvear, en *Dulcinea in the Factory*, analiza cómo este nuevo modelo de "ama de casa moderna" representaba una adaptación de los roles tradicionales a las nuevas realidades económicas y sociales<sup>145</sup>. María Himelda Ramírez documenta cómo este enfoque administrativo del hogar otorgaba a las mujeres cierta autoridad en su espacio, aunque seguía limitando su participación en lo público<sup>146</sup>. Esta evolución del ideal doméstico constituía así una

---

<sup>142</sup> Pablo Rodríguez Jiménez, *Historia de la familia en Colombia: nueva historia de Colombia* (Bogotá: Editorial Planeta, 1999), 89-112.

<sup>143</sup> Catalina Reyes Cárdenas, *La vida doméstica en las ciudades republicanas* (Medellín: Editorial Universidad Pontificia Bolivariana, 2001), 145-167.

<sup>144</sup> Susy Bermúdez, *Hijas, esposas y amantes: género, clase, etnia y edad en la historia de América Latina* (Bogotá: Ediciones Uniandes, 1992), 89.

<sup>145</sup> Ann Farnsworth-Alvear, *Dulcinea in the Factory: Myths, Morals, Men, and Women in Colombia's Industrial Experiment, 1905-1960* (Durham: Duke University Press, 2000), 134-156.

<sup>146</sup> María Himelda Ramírez, *Mujer y sociedad en Antioquia. Siglo XIX* (Medellín: Universidad de Antioquia, 1991), 45-47.

forma de modernización controlada que permitía cierta dignificación del trabajo femenino sin cuestionar fundamentalmente las estructuras de poder existentes.

### Voces del cambio

A pesar del rígido control social y religioso, existieron mujeres que desafiaron estos límites. Enriqueta Vásquez de Ospina, por ejemplo, según Gil Restrepo "[...] apeló a principios e instrumentos de racionalidad económica para conducir sus negocios y la economía doméstica"<sup>147</sup>. También destaca Soledad Acosta de Samper, quien defendía una mayor participación femenina en la política.

Magdala Velásquez, en *Historia de las mujeres en Colombia*, documenta cómo estas voces del cambio comenzaron a articularse de manera más sistemática durante el período estudiado<sup>148</sup>. María Emma Wills, en *Inclusiones sin emancipación*, analiza las contradicciones y tensiones que caracterizaron estos primeros intentos de transformación del rol femenino<sup>149</sup>.

En publicaciones como la revista *Letras y Encajes*, en 1926, comenzaban a emerger posturas conciliadoras que, si bien no rechazaban abiertamente el rol tradicional, abrían la puerta a nuevas posibilidades: "[...] tenemos que desdoblarnos, que exacerbar nuestro dinamismo para ser amables y graciosas como nuestras abuelas, y activas y conscientes, como nosotras mismas"<sup>150</sup>.

---

<sup>147</sup> Alonso Gil Restrepo, *Enriqueta Vásquez de Ospina: una mujer empresaria del siglo XIX* (Medellín: Editorial Bedout, 1985), 78.

<sup>148</sup> Magdala Velásquez, *Historia de las mujeres en Colombia* (Bogotá: Editorial Norma, 1995), 234-267.

<sup>149</sup> María Emma Wills, *Inclusiones sin emancipación: las trayectorias de reforma política de las mujeres en Colombia* (Bogotá: Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales, 2007), 123-145.

<sup>150</sup> "La mujer moderna," *Letras y Encajes*, año 1, núm. 8 (diciembre 1926): 23.

### **Anormalidad femenina y disciplinamiento psiquiátrico**

Aida Martínez Carreño, en *Mujeres y familia en Colombia*, documenta cómo estas construcciones de normalidad se articulaban con las dinámicas familiares y sociales de la época<sup>151</sup>. El análisis de los expedientes clínicos revela precisamente estas dinámicas en funcionamiento, mostrando cómo los criterios familiares, sociales y médicos se entrecruzaban para definir la salud mental femenina.

Esta arquitectura también implicaba una forma de vigilancia no necesariamente física, sino emocional y simbólica: una "vigilancia afectiva" sostenida en la obediencia, la culpa y el deber moral. A diferencia de la vigilancia externa sobre las prostitutas, en este caso la regulación se ejercía desde adentro, mediante la apropiación subjetiva de normas sociales que las mismas mujeres aprendían a reproducir y evaluar.

Magdala Velásquez Toro, en *Las mujeres en la historia de Colombia*, proporciona un contexto histórico más amplio que permite entender cómo estos mecanismos de control se insertaban en estructuras de poder más amplias<sup>152</sup>. Su análisis demuestra cómo diversos dispositivos sociales funcionaban como mecanismos disciplinadores que regulaban a las mujeres que se alejaban de los patrones esperados.

El análisis del contexto social y cultural de Medellín entre 1926 y 1938 revela la compleja interacción entre las estructuras sociales, religiosas y los criterios de normalidad femenina de la época. La transición hacia una mayor autonomía comenzó a consolidarse con la industrialización de principios del siglo XX, pero los factores de control social y religioso mantuvieron su influencia durante décadas, moldeando profundamente la experiencia femenina y reflejándose en las

---

<sup>151</sup> Aida Martínez Carreño, *Mujeres y familia en Colombia: entre la supervivencia y la modernidad* (Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2006), 145-167.

<sup>152</sup> Magdala Velásquez Toro, *Las mujeres en la historia de Colombia: mujeres, historia y política* (Bogotá: Editorial Presencia, 1998), 89-112.

percepciones médicas y los criterios diagnósticos aplicados a las mujeres que desafiaban estas normas.

Estas configuraciones normativas de la feminidad también estructuraron los criterios diagnósticos de la psiquiatría local, legitimando el internamiento como respuesta ante la transgresión. Los ideales marianos, la educación domesticadora, el confinamiento al hogar y la vigilancia afectiva se traducían en parámetros médicos que convertían la desviación social en patología mental.

Este fenómeno se manifestaba de manera particular, donde las mujeres que desafiaban las expectativas de género eran frecuentemente catalogadas como mentalmente enfermas, no necesariamente por presentar síntomas psiquiátricos evidentes, sino por transgredir los límites socialmente establecidos.

Esta clasificación médica definía la salud mental femenina según criterios morales y familiares más que clínicos. Así, la normalidad no solo se vigilaba desde las instituciones, sino también desde la obediencia cotidiana a una feminidad idealizada. Estas dinámicas normativas, que aquí se exponen en su dimensión conceptual e histórica, serán analizadas empíricamente a través del examen detallado de expedientes clínicos que revelan cómo operaban concretamente estos mecanismos disciplinadores en el ámbito hospitalario.

## LA DICOTOMÍA “REINA DEL HOGAR” Y “MUJER PÚBLICA”

Este capítulo examina cómo la oposición simbólica entre la "reina del hogar" y la "mujer pública" no solo estructuró las normas de feminidad aceptable, sino que operó como un dispositivo fundamental de control que legitimó el encierro psiquiátrico de mujeres consideradas desviadas. La dicotomía entre la "reina del hogar" y la "mujer pública" funcionaba como una poderosa construcción simbólica que reflejaba y reforzaba los valores culturales de la época.

Esta dicotomía no era solo una diferenciación moral, sino un dispositivo simbólico que generaba formas específicas de subjetividad femenina: la mujer doméstica como ideal aceptado y la mujer pública como figura estigmatizada. Esta polarización sirvió para justificar formas de control institucional, entre ellas, el encierro psiquiátrico.

### **El estigma como dispositivos necesarios de control**

El estigma operaba eficazmente al permitir una paradoja social: se condenaba moralmente a las mujeres prostitutas, mientras se toleraba su existencia como necesidad estructural del orden patriarcal. Aída Martínez Carreño revela cómo la categoría de "mujer de mala vida" funcionaba como dispositivo de clasificación social que trascendía la simple descripción de una actividad económica para convertirse en una marca identitaria que condicionaba todas las dimensiones de la experiencia femenina<sup>153</sup>.

Los dispositivos de exclusión mantenían a las mujeres prostitutas en una condición de visibilidad controlada: suficientemente visibles para funcionar como ejemplos de desviación moral, pero suficientemente segregadas para no contaminar el espacio social normativo. Las mujeres prostitutas cumplían una función instrumental: su existencia marginal reforzaba la

---

<sup>153</sup> Aída Martínez Carreño, *Mujeres y familia en Colombia: entre la supervivencia y la modernidad* (Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2006), 189-215.

legitimidad del modelo de feminidad doméstica y proporcionaba el contraste necesario para definir a la "mujer decente".

Martínez Carreño demuestra que la prostitución no puede entenderse únicamente como resultado de decisiones individuales, sino como consecuencia de estructuras sociales y económicas que limitaban las opciones vitales de las mujeres de sectores populares. Su investigación revela que muchas de estas mujeres habían transitado por múltiples formas de supervivencia económica: servicio doméstico, trabajo en fábricas, comercio informal, mendicidad<sup>154</sup>.

### **Discurso de poder y mecanismos de exclusión**

En el contexto antioqueño, la sexualidad de las mujeres prostitutas era objeto de una producción discursiva compleja que la constituía simultáneamente como patología, pecado y amenaza social mediante la articulación de saberes médicos, morales y legales. La dicotomía entre "mujer decente" y "mujer pública" no representaba simplemente una oposición entre virtud y vicio, sino la operación de un dispositivo de sexualidad que producía subjetividades diferenciadas.

Pablo Rodríguez proporciona un análisis específico sobre las formas de regulación de la sexualidad femenina en Colombia que evidencia la complejidad histórica de estos procesos<sup>155</sup>. Su trabajo muestra cómo las categorías jurídicas y morales utilizadas para clasificar las relaciones sexuales femeninas operaban como dispositivos de control social que condicionaban las trayectorias vitales de las mujeres. Conceptos como "seducción" y "abandono" no describían simplemente situaciones fácticas, sino que constituían marcos interpretativos que asignaban responsabilidades diferenciadas según el género.

---

<sup>154</sup> *Ibíd.*, 195-201.

<sup>155</sup> Pablo Rodríguez, *Seducción, amancebamiento y abandono: modalidades de transgresión del orden matrimonial* (Bogotá: Fundación Simón y Lola Guberek, 1991), 134-167.

Guiomar Dueñas Vargas aborda cómo la maternidad ilegítima se inscribía en este mismo dispositivo de control<sup>156</sup>. Su investigación evidencia cómo la categoría del "hijo del pecado" funcionaba como marca social que condicionaba las oportunidades vitales tanto de madres como de hijos, estableciendo circuitos de marginalización que se reproducían intergeneracionalmente. La maternidad ilegítima era interpretada como evidencia de una sexualidad femenina descontrolada que amenazaba el orden social, legitimando formas específicas de exclusión social.

### **Representaciones simbólicas y culturales**

Las representaciones sociales sobre la feminidad en la Medellín funcionaban como mentalidades colectivas profundamente arraigadas. Estas representaciones no solo reflejaban los valores del momento, sino que incorporaban estructuras simbólicas de larga duración como la oposición entre pureza y pecado que definían los límites de lo femenino aceptable.

La oposición entre la "reina del hogar" y la "mujer pública" actualizaba los arquetipos de la virgen y la prostituta propios del imaginario occidental. Esta continuidad revela cómo, incluso en contextos de modernización urbana, persistían lógicas de clasificación simbólica que condicionaban tanto las prácticas sociales como las percepciones institucionales, manifestándose particularmente en el tratamiento psiquiátrico de las mujeres.

Las categorías de clasificación operaban mediante la confesión religiosa que se articulaba con formas seculares de confesión médica y jurídica para producir saberes sobre la sexualidad femenina desviada. Estos dispositivos funcionaban como tecnologías de subjetivación que producían al sujeto que confiesa, estableciendo una relación específica consigo mismo mediada por el saber del otro.

---

<sup>156</sup> Guiomar Dueñas Vargas, *Los hijos del pecado: ilegitimidad y vida familiar en la Santafé de Bogotá colonial* (Bogotá: Editorial Universidad Nacional, 1997), 203-234.

### **La doble estigmatización: mujer loca y prostituta**

La condición de las mujeres prostitutas internadas en el Hospital Mental de Antioquia evidencia una exclusión que opera en dos niveles interconectados. Por un lado, la exclusión de género derivada de su transgresión a los roles femeninos tradicionales las marca como sujetos moralmente peligrosos. Por otro lado, la exclusión psiquiátrica las sitúa fuera de los parámetros de la razón socialmente aceptada.

Carolina Alzate evidencia cómo las instituciones psiquiátricas colombianas de la primera mitad del siglo XX funcionaban bajo lógicas que combinaban criterios médicos con consideraciones morales y de control social<sup>157</sup>. El internamiento de mujeres en estos establecimientos respondía frecuentemente a patrones de comportamientos que desafiaban las normas de género establecidas, más que a criterios estrictamente médicos.

Andrés Ríos Molina demuestra que los conceptos de higiene mental operaban como dispositivos de control social que permitían la intervención médica sobre comportamientos considerados desviados<sup>158</sup>. Esta perspectiva sobre los discursos preventivos revela que el internamiento psiquiátrico de mujeres prostitutas se enmarcaba en una lógica profiláctica que buscaba proteger el cuerpo social de la contaminación moral.

Martha Cecilia García evidencia que la psiquiatría colombiana de principios del siglo XX operaba bajo paradigmas que asociaban determinados comportamientos sexuales con tendencias criminales, estableciendo una cadena causal que vinculaba prostitución, degeneración mental y

---

<sup>157</sup> Carolina Alzate, *Manicomio Nacional de Mujeres y Locura Femenina en Colombia, 1920-1950* (Bogotá: Editorial Universidad Nacional, 2012), 87-112.

<sup>158</sup> Andrés Ríos Molina, *Cómo prevenir la locura: psiquiatría e higiene mental en México y Colombia* (México: Fondo de Cultura Económica, 2009), 145-167.

peligrosidad social<sup>159</sup>. Las mujeres prostitutas eran conceptualizadas no solo como enfermas, sino también como potencialmente peligrosas.

El Hospital Mental de Antioquia funcionaba como una institución de encierro donde el tratamiento médico y la corrección moral se fusionaban bajo un mismo objetivo disciplinario. Los expedientes médicos evidencian que, si bien algunas de estas mujeres presentaban condiciones psiquiátricas que requerían atención médica, muchas otras fueron internadas por comportamientos simplemente desafiantes: actitudes consideradas rebeldes, expresión abierta de su sexualidad o conductas vistas como subversivas.

Estas operaciones de clasificación simbólica y discursiva no se limitaban a los espacios abstractos del discurso social: se inscribieron materialmente en los expedientes médicos del Hospital Mental de Antioquia, donde la subjetividad femenina fue diagnosticada, contenida y normalizada. A continuación, el análisis de once historias clínicas permitirá rastrear los modos concretos en que estas categorías funcionaron como tecnologías de poder sobre cuerpos específicos.

---

<sup>159</sup> Martha Cecilia García, *Mentes peligrosas: psiquiatría y criminalidad en Bogotá* (Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia, 2015), 203-225.

## ANÁLISIS DE HISTORIAS CLÍNICAS

El presente capítulo propone un análisis detallado de once historias clínicas de mujeres internadas en el Hospital Mental de Antioquia entre 1926 y 1938. El objetivo es explorar cómo los discursos médicopsiquiátricos se articularon con dispositivos de control social para disciplinar formas de feminidad consideradas desviadas. Este examen se inscribe en una lectura microhistórica que privilegia los fragmentos individuales como ventanas hacia estructuras sociales más amplias, permitiendo reconstruir las tensiones entre agencia y exclusión, norma y transgresión, poder y subjetividad.

El corpus clínico está compuesto por mujeres en su mayoría jóvenes, racializadas y empobrecidas, muchas de ellas catalogadas institucionalmente como “mujeres públicas”. A través de sus expedientes, se observa una doble operación: la reducción de la diferencia social y sexual a categorías psiquiátricas y la invisibilización sistemática de sus trayectorias vitales.

Estos documentos son fuentes involuntarias que revelan rastros de experiencias silenciadas. La metodología adoptada se basa en el cruce de tres niveles de lectura: los mecanismos de normalización y vigilancia desde Foucault, las mentalidades colectivas según Le Goff, y los indicios de resistencia y agencia desde Ginzburg. Este marco se complementa con los aportes de la historia de género, que permiten situar las representaciones de feminidad como núcleo organizador del castigo institucional.

El análisis no se limita a lo que los expedientes dicen explícitamente, sino que busca leer también sus silencios, omisiones y eufemismos. Así, el hospital se examina como un espacio donde se materializan los imaginarios sociales de la mujer decente, la madre sacrificada y la prostituta peligrosa. Este estudio no solo documenta el sufrimiento y la resistencia de estas mujeres, sino que

también ofrece una crítica a las estructuras de poder que perpetúan la desigualdad y la exclusión, resonando en prácticas contemporáneas de control social.

### **Control Social y Resistencia Femenina**

Las siguientes historias clínicas permiten observar distintas modalidades de control institucional sobre la subjetividad femenina en la Medellín de entreguerras. Aunque todas comparten la figura de la mujer desviada —ya sea como "mujer pública" o como esposa inadecuada—, cada una revela un tipo específico de intervención psiquiátrica, desde la exclusión rápida hasta el disciplinamiento prolongado, la resistencia simbólica o la aniquilación por abandono.

- Historia Clínica 705
- Datos Generales: Mujer mulata, 30 años, soltera, "mujer pública", Medellín.
- Motivos de Ingreso: Comportamiento considerado socialmente desviado.
- Duración del Internamiento: 1922-1923 (aproximadamente un año).
- Fecha de Salida y Causa: Alta por mejora el 7 de mayo de 1923.
- Diagnóstico y Observaciones Médicas:

"Es paciente del año pasado, estuvo en este establecimiento [...] es probablemente una degenerada".<sup>160</sup>

Esta historia ejemplifica la patologización de la condición de "mujer pública" mediante el diagnóstico de "manía degenerativa periódica". El hospital opera menos como un espacio de cuidado que como un mecanismo de exclusión social legitimado por el saber médico, disciplinando a las mujeres que transgreden las normas de género establecidas. El poder médico funciona como

---

<sup>160</sup> LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 705.

herramienta de control social, legitimando el internamiento de mujeres cuyo comportamiento desafía los códigos morales de la época.

- Historia Clínica 4433
- Datos Generales: Mujer mulata, 26 años, casada, dedicada a los oficios domésticos, Medellín.
- Motivos de Ingreso: Desafección por su esposo, despreocupación por los deberes del hogar, afecto morboso hacia otro hombre.
- Duración del Internamiento: Tres años, con una salida de prueba y reingreso posterior.
- Fecha de Salida y Causa: Finalmente dada de alta en 1933 por mejora.
- Diagnóstico y Observaciones Médicas:

"Presenta trastornos mentales caracterizados principalmente por perversiones de la afectividad: desafecto por su esposo, despreocupación por los deberes del hogar como madre de varios hijos, afecto morboso hacia un individuo llamado el [...] a quien dice querer entrañablemente y con quien pretende casarse: estas tendencias afectivas las expone en presencia de su marido sin pudor y sin temor. Con el fin de evitar incidentes desagradables y hasta de una tragedia sangrienta, lo mismo que para buscar su mejoría, debe asilarse".<sup>161</sup>

"Cumplir con sus deberes de esposa y madre".<sup>162</sup>

"Regularmente ocupada en menesteres de la casa ---cocina o costura---. Por días se muestra negligente o apática y permanece sin ocuparse en nada útil en el servicio especial. Persiste en ella

---

<sup>161</sup> LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 4433.

<sup>162</sup> Ibid.

una alteración afectiva apreciable: poco preocupada por su esposo, parece en cambio que tiene puesto su cariño en un empleado del asilo, aunque no se haya descubierto trato alguno que dé motivos para juzgar que entre ellos se hayan cultivado relaciones amorosas un tanto íntimas como podría juzgarse por las frases con que ella hace alusión a este estado sentimental".<sup>163</sup>

La paciente es internada por "perversiones de la afectividad", que incluyen la falta de afecto hacia su esposo y un afecto declarado hacia otro hombre. La psiquiatría opera como tecnología de corrección moral, imponiendo los mandatos de género de la época. El caso revela cómo el deseo femenino autónomo es patologizado cuando se desvía de los roles conyugales prescritos. La prescripción de "cumplir con sus deberes de esposa y madre" evidencia el carácter normalizador del internamiento.

A diferencia del caso anterior, donde la desviación afectiva aún se inscribe dentro del universo conyugal, la paciente 3973 representa una forma de transgresión absoluta, visible, pública y escandalosa, que desafía simultáneamente las normas sexuales, morales y religiosas.

- Historia Clínica 3973
- Datos Generales: Mujer mestiza, 30 años, soltera, "mujer pública", Medellín.
- Motivos de Ingreso: Comportamiento considerado socialmente desviado.
- Duración del Internamiento: Desde diciembre de 1937 hasta su fallecimiento en 1951.
- Fecha de Salida y Causa: Fallecimiento por cirrosis hepática.
- Diagnóstico y Observaciones Médicas:

---

<sup>163</sup> Ibid.

"[...] Desde su llegada a uno de los barrios de prostitución se dedica solo a beber y trasnochar, se alimenta muy insuficientemente y esta insomne. Hace tres días fue sorprendida por la policía con claras muestras de perturbación mental, quiere obligar a sus compañeras de barrio para que le ayuden a la celebración de un Congreso Eucarístico, con excitación psicomotriz, desnuda y logorreica. En este estado fue recluida en la cárcel municipal. Es una enferma de moda la acepción del vocablo. Desnutrida, de mala constitución física, tiene un temblo generalizado y adopta actitudes un tanto catatónicas durante el examen. Incoherencia en su conversación, está desorientada en ambos planos. No da muestras de sufrir accesos furiosos aunque si rompe y daña lo que está a su alcance. Vive desnuda y es obscena en sus hechos y en su expresión".<sup>164</sup>

La paciente es descrita como "enferma de moda", sugiriendo una crítica a la medicalización de la conducta femenina. Su comportamiento desafía los límites del control institucional mediante:

**Resistencia Simbólica:** Su intento de organizar un "Congreso Eucarístico" con sus compañeras constituye un acto de resistencia simbólica profundamente subversivo, posicionando a las prostitutas como organizadoras de un evento religioso y subvirtiendo las normas sociales y religiosas.

**Desafío a la Normalización:** Su desnudez persistente y comportamiento "obsceno" representan un desafío directo a los códigos de decencia burguesa, convirtiendo el cuerpo femenino en territorio de resistencia.

**Intersecciones de Clase y Género:** su condición de "mujer pública" y su comportamiento desafiante la situaron en extrema vulnerabilidad, conduciéndola a internamiento prolongado y muerte por cirrosis hepática. Este desenlace ilustra de forma dramática cómo la

---

<sup>164</sup> LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 3973.

institucionalización podía funcionar en un mecanismo de exclusión definitiva para mujeres cuya transgresión resultaba irreductible a los mecanismos habituales de normalización. Si bien no todos los casos culminaron en muerte o aniquilación física, el sistema operaba como dispositivo de marginación y control social que podía llegar, en sus formas extremas, a producir la eliminación biológica de las pacientes más estigmatizadas.

Este último caso lleva al extremo la lógica anterior, mostrando el manicomio como tecnología de eliminación cuando la transgresión se considera irreductible.

- Historia Clínica 4454
- Datos Generales: Mujer mestiza, 23 años, soltera, "mujer pública", Medellín.
- Motivos de Ingreso: Comportamiento considerado socialmente desviado.
- Duración del Internamiento: Desde 1938 hasta su muerte el mismo año.
- Fecha de Salida y Causa: Fallecimiento por anexitis con piohemia.
- Diagnóstico y Observaciones Médicas:

"Entra a la enfermería; flaca, muy desnutrida; reacción febril, diarrea casi constante y de vez en cuando, vómito. Julio: mal estado general; silenciosa, se alimenta mal, reacción febril constante. Agosto: presenta edema en ambas piernas, enfriamiento de las extremidades inferiores; al final del mes su estado es precario: diarrea constante e intensa y mana pus. Septiembre: continua en muy mal estado. Octubre: continúa en muy mal estado, hasta el desenlace fatal".<sup>165</sup>

---

<sup>165</sup> LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 4454.

La paciente muere por anexitis con piohemia, representando la forma más extrema del manicomio como tecnología de eliminación silenciosa. Su caso revela la dimensión más letal del control social:

Silencio como Resistencia Pasiva: Su descripción como "silenciosa" y que "se alimenta mal" podría sugerir una forma de resistencia pasiva mediante el abandono gradual del propio cuerpo, aunque no es posible afirmar de manera concluyente que se tratara de una decisión consciente orientada a la resistencia. Esta interpretación debe considerarse con cautela, dado que también podría deberse a complicaciones propias de su cuadro médico, constituyendo así una posible forma de agencia en un entorno de opciones limitadas.

Abandono Institucional: La falta de intervención terapéutica efectiva y el carácter técnico y conciso del registro clínico podrían sugerir una forma de abandono institucional. Este desenlace coincide con otros casos registrados en diferentes historias clínicas, donde también se observa una trayectoria de deterioro y escasa atención médica. Sin embargo, establecer si este patrón corresponde a una lógica institucional más amplia requiere un análisis comparativo más exhaustivo, especialmente en historias clínicas ajenas al grupo de mujeres clasificadas como prostitutas, para evitar generalizaciones precipitadas.

Intersecciones de Clase, Raza y Género: como mujer mestiza y "mujer pública", encarna la figura límite de la transgresión femenina. Su condición social y desviación de los ideales de feminidad la coloca completamente fuera del perímetro de la humanidad reconocible, convirtiendo su cuerpo enfermo en territorio de abandono donde la muerte funciona como forma final de exclusión social.

## **Peligrosidad Social y Vulnerabilidad Adolescente**

Las siguientes historias clínicas complementan el análisis anterior, revelando dos dimensiones específicas del control psiquiátrico: la construcción del discurso de peligrosidad social como justificación para el encierro indefinido, y la patologización extrema de la sexualidad femenina adolescente en condiciones de vulnerabilidad social.

Este caso ilustra la consolidación del discurso de peligrosidad social como justificación para el encierro indefinido.

- Historia Clínica 1482
- Datos Generales: Mujer mestiza, 28 años, soltera, "mujer pública", Medellín.
- Motivos de Ingreso: Comportamiento considerado socialmente desviado.
- Duración del Internamiento: Desde 1927 hasta su muerte en 1942.
- Fecha de Salida y Causa: Fallecimiento por caquexia demencial.
- Diagnóstico y Observaciones Médicas:

"Ha sido atacada de una manía aguda con manifestaciones que la hacen peligrosa para consigo misma y para con la sociedad".<sup>166</sup>

La paciente es descrita como "peligrosa para sí misma y para la sociedad" sin evidencia clínica que respalde esta afirmación. Este caso refleja cómo las percepciones morales se traducen en diagnósticos médicos, legitimando el encierro prolongado de mujeres estigmatizadas como amenazas sociales. La construcción del discurso de peligrosidad permite el internamiento indefinido, transformando el prejuicio moral en prescripción terapéutica. Su muerte por caquexia

---

<sup>166</sup> LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 1482.

demencial tras quince años de internamiento evidencia cómo el manicomio opera como máquina de deterioro progresivo para quienes son catalogadas como irrecuperables.

- Historia Clínica 1601

Si en el caso anterior la categoría de peligrosidad permite justificar el encierro permanente, en el siguiente expediente se observa cómo la misma lógica de control se despliega tempranamente sobre cuerpos juveniles, extendiendo el dispositivo psiquiátrico hacia la vigilancia de la infancia y adolescencia femeninas.

- Datos Generales: Mujer mestiza, 15 años, soltera, "mujer pública", Quibdó.
- Motivos de Ingreso: Comportamiento considerado socialmente desviado.
- Duración del Internamiento: Desde 1927 hasta 1930.
- Fecha de Salida y Causa: Alta por mejora, con condiciones de vigilancia.
- Diagnóstico y Observaciones Médicas:

"El examen genital revela signos de desfloración antigua, apariencias de que se ejecuta con relativa frecuencia. Sufre de ataques epilépticos diarios".<sup>167</sup>

"Desde el punto de vista psíquico es una degenerada inferior quizás imbécil, de sentido moral nulo y de un impudor completo. A esto se agrega que anda vagando por calles y arrabales en completo abandono, entregada a la prostitución y dando escándalo como es natural".<sup>168</sup>

"Nada o casi nada se puede esperar de su acción saludable sobre las reacciones morbosas mentales y sobre su perversión sexual".<sup>169</sup>

---

<sup>167</sup> LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 1601.

<sup>168</sup> Ibid.

<sup>169</sup> Ibid.

La joven paciente de 15 años es calificada como "degenerada inferior, quizás imbecil", revelando la patologización de la sexualidad femenina adolescente. Su caso muestra cómo las mentalidades colectivas de la época conciben la sexualidad femenina fuera del matrimonio como amenaza al orden social. El examen genital detallado y la catalogación de su "perversión sexual" evidencian la instrumentalización del saber médico para el control de los cuerpos juveniles femeninos. La declaración de que "nada se puede esperar" de su tratamiento revela el determinismo moral que condena a las mujeres jóvenes en situación de vulnerabilidad. Su condición de menor de edad, mestiza y en situación de prostitución la sitúa en la intersección más vulnerable del sistema de control social, donde la edad se convierte en un factor adicional de desprotección antes que de protección especial.

Estos dos casos revelan cómo el sistema psiquiátrico podía extender sus redes de vigilancia más allá del castigo inmediato: al incorporar nociones como peligrosidad y degeneración moral, el encierro dejaba de ser únicamente una respuesta a una enfermedad clínica para configurarse como un régimen de previsión, clasificación y abandono. Tanto la adultez considerada desviada como la juventud "perdida" parecían tratadas no desde el cuidado, sino desde la imposibilidad de redención, situándolas en los márgenes de lo tratable. No obstante, para afirmar que su atención médica fue de menor calidad en comparación con la dispensada a otros grupos sociales, étnicos o de género, se requeriría un estudio comparativo más amplio y detallado que permita evaluar estos expedientes junto a los de otros pacientes.

### **Estrategias de Supervivencia y Adaptación**

Estas historias clínicas revelan una dimensión diferente del internamiento psiquiátrico: la capacidad de algunas mujeres para desarrollar estrategias de supervivencia y adaptación que les permiten negociar su situación dentro del sistema institucional. A diferencia de los casos anteriores

marcados por la resistencia directa o el abandono, estos expedientes muestran formas sutiles de agencia que operan dentro de los márgenes del control institucional. Estas estrategias, apenas visibles en las notas clínicas, se revelan mediante una lectura indiciaria que permite reconstruir la agencia femenina desde los márgenes del archivo, allí donde el discurso médico no alcanza a capturarla del todo.

- Historia Clínica 1456
- Datos Generales: Mujer mulata, 26 años, soltera, "mujer pública", Quibdó.
- Motivos de Ingreso: Comportamiento considerado socialmente desviado.
- Duración del Internamiento: Primera estancia en 1926, reingreso en 1936.
- Fecha de Salida y Causa: Alta en 1936 por mejora.
- Diagnóstico y Observaciones Médicas:

"Hoy hace más de un año que se encuentra completamente buena pero no ha habido sido posible que la Intendencia del Chocó dictara las providencias conducentes para volver está enferma al lugar de su procedencia; mientras tanto desempeño en el asilo toda clase de menesteres, ya como enfermera, ya como sirvienta, etc. Al fin la Intendencia recomendó a alguna persona para llevarla a Quibdó. Deja esta muchacha una magnífica impresión por la suavidad de su trato, su correcto manejo y las señales manifiestas de reconocimiento por el trato que ha recibido. Físicamente nada deja que desear".<sup>170</sup>

---

<sup>170</sup> LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 1456.

"[...] llama mucho la atención su comportamiento general y la corrección con que trata a las personas de la casa. El día 27 a la visita una amiga y se insiste ante ella para que provea a su salida, que se consigue en esa fecha".<sup>171</sup>

La paciente transforma su posición dentro del hospital al asumir labores de enfermera y sirvienta, demostrando cómo el comportamiento "suave" y "correcto" funciona como estrategia de supervivencia dentro del sistema. Su capacidad para generar una "magnífica impresión" y obtener reconocimiento por su "correcto manejo" revela una forma sofisticada de negociación institucional. La transformación de su estatus de paciente a trabajadora del asilo evidencia cómo algunas mujeres logran reposicionarse dentro de la jerarquía institucional, convirtiendo su encierro en una oportunidad de demostrar competencias que contradicen los diagnósticos iniciales de degeneración.

La siguiente historia ilustra cómo la modulación consciente del comportamiento puede funcionar como táctica de supervivencia, revelando la capacidad de las mujeres para manipular las expectativas institucionales.

- Historia Clínica 1927
- Datos Generales: Mujer mestiza, 28 años, soltera, Medellín.
- Motivos de Ingreso: Comportamiento considerado socialmente desviado.
- Duración del Internamiento: Desde 1929 hasta 1933.
- Fecha de Salida y Causa: Alta por mejora.
- Diagnóstico y Observaciones Médicas:

---

<sup>171</sup> *Ibíd.*

"[...] caracterizada por una locuacidad sin freno, incoherente, a ratos vulgar, que se pronuncia cuando siente que la rodea".<sup>172</sup>

"[...] callada, respetuosa, y hasta si se quiere culta".<sup>173</sup>

La paciente experimenta una transformación radical de su presentación pública, pasando de ser "vulgar e incoherente" a "callada, respetuosa y culta". Esta modulación comportamental sugiere una comprensión sofisticada de las expectativas institucionales y la capacidad para asumir la feminidad normativa cuando resulta estratégicamente conveniente. El contraste entre ambas descripciones revela no una curación médica, sino una adaptación táctica que le permite manipular su imagen ante la autoridad psiquiátrica. Su capacidad para ser percibida como "culto" contradice los estereotipos de clase que inicialmente justificaron su internamiento.

Este caso extremo de una menor de 13 años revela cómo incluso la infancia femenina puede desarrollar formas de resistencia activa que desafían simultáneamente el control familiar, educativo y médico.

- Historia Clínica 3540
- Datos Generales: Mujer mestiza, 13 años, soltera, estudiante, Medellín.
- Motivos de Ingreso: Comportamiento considerado socialmente desviado.
- Duración del Internamiento: Desde septiembre hasta noviembre de 1935.
- Fecha de Salida y Causa: Alta por mejora.
- Diagnóstico y Observaciones Médicas:

---

<sup>172</sup> LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 1927.

<sup>173</sup> *Ibím.*

"Perturbaciones mentales consistentes en inestabilidad motora, fuga de ideas alternativas de excitación y depresión, impulsiones sexuales sin control, lo cual la ha llevado a fugarse con un hombre. Debilidad mental, que empezaron a manifestarse desde sus primeros años y que se acentuaron con el advenimiento de la pubertad, es peligrosa porque atenta contra la moral pública, debido a sus impulsos, porque vocifera en forma violenta a cualquiera reconvención y porque tiene tendencia al suicidio. Medellín, septiembre 17/35-Eduardo Vasco."<sup>174</sup>

"[...] desde el punto de vista psicopático puede calificarse como negativa. Deja traslucir una constitución sexual con tendencias a la prostitución que pueden deducirse como consecuencia natural ontogénica y del ambiente familiar en que ha vivido. Es un caso correccional o de prevención más bien que manicomial, ya que la educación y la pedagogía psicológica no fueron debida y oportunamente empleadas".<sup>175</sup>

La adolescente de 13 años representa un caso límite donde la resistencia infantil es patologizada como "impulsiones sexuales sin control" y "tendencias a la prostitución". A diferencia de los casos anteriores, donde la agencia se manifiesta en la adecuación a las normas del encierro, aquí la resistencia se expresa como ruptura frontal, ejercida desde la marginalidad de la infancia y la rebeldía sexual precoz. Su fuga con un hombre y su respuesta violenta a las reconvenciones revelan una forma de agencia que desafía simultáneamente el control parental, escolar y médico. La caracterización de sus "impulsos" como peligrosos para la "moral pública" evidencia cómo la sexualidad femenina temprana es construida como amenaza social. Sin embargo, su capacidad para "fugarse" y "vociferar en forma violenta" demuestra una resistencia activa que rechaza la pasividad esperada en la infancia femenina. El reconocimiento médico de que es "un caso correccional más

---

<sup>174</sup> LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 3540.

<sup>175</sup> *Ibím.*

que manicomial" revela la tensión entre el deseo de patologizar y la evidencia de que su comportamiento responde a condiciones sociales específicas.

Estos tres casos revelan un espectro de estrategias femeninas que van desde la adaptación institucional exitosa hasta la resistencia infantil activa. A diferencia de los expedientes anteriores, estas mujeres logran negociar parcialmente su situación dentro del sistema, ya sea mediante la performance de la feminidad normativa, la demostración de competencias laborales, o el desafío directo a las expectativas de pasividad infantil. Sus trayectorias evidencian que incluso dentro de los márgenes más restrictivos del control psiquiátrico, existían espacios para el ejercicio de formas limitadas pero significativas de agencia femenina.

### **Imaginarios de Feminidad y Transgresión**

Los imaginarios de feminidad construidos por el discurso psiquiátrico revelan las tensiones entre los modelos normativos de género y las experiencias vividas por las mujeres internadas. A diferencia de otras pacientes que adaptaron su comportamiento al régimen psiquiátrico, estas mujeres articulan verbalmente su deseo, afecto o identidad sexual, convirtiendo su expediente clínico en un espacio de confrontación simbólica entre norma e identidad. Estos casos muestran cómo la transgresión de los roles esperados de esposa y madre se convierte en motivo de patologización, evidenciando los mecanismos mediante los cuales el poder médico refuerza las estructuras patriarcales de control social.

- Historia Clínica 4433

Este caso, previamente analizado desde la perspectiva de las estrategias de supervivencia, adquiere aquí una nueva dimensión al mostrar cómo la transgresión del ideal de "reina del hogar" se codifica clínicamente como síntoma de desajuste afectivo. Desde los planteamientos de Joan

Scott y Blanca Dueñas, puede leerse esta historia como una expresión clara de la tensión entre la subjetividad femenina y los marcos normativos del género en el contexto patriarcal. El tratamiento prescrito, condensado en la exigencia explícita de restablecer los deberes conyugales, evidencia que la intervención psiquiátrica no perseguía una recuperación médica, sino la restauración de un modelo de feminidad dócil y maternal, entendido como fundamento del orden social.

La paciente desafía frontalmente ese ideal al manifestar sin ambigüedad su desapego por el esposo y su atracción hacia otro hombre, a quien declara querer "entrañablemente" y con quien planea casarse. La respuesta institucional a esta manifestación afectiva no fue otra que la patologización de su deseo, rotulado como "perversión de la afectividad", categoría que disfraza la normatividad con un ropaje clínico. Su "despreocupación por los deberes del hogar" y su disposición a expresar públicamente sus sentimientos "sin pudor y sin temor" constituyen una disidencia emocional que el saber médico interpreta como señal de desequilibrio mental.

A diferencia de otras mujeres internadas que modulaban su conducta para adaptarse a las expectativas del encierro, esta paciente sostiene una postura crítica, negándose a subordinar su deseo a los roles asignados. Así, el manicomio no actúa como espacio terapéutico, sino como aparato disciplinario que, al diagnosticar la autonomía afectiva como desviación, busca reinsertar a la mujer en la lógica conyugal tradicional. Esta operación correctiva revela el modo en que el poder médico, en complicidad con el sistema patriarcal, castiga la expresión de subjetividades femeninas que se sustraen de la obediencia marital. El contraste con otras pacientes, como veremos a continuación, permite visibilizar formas aún más radicales de disidencia, donde no solo se resiste la normalización emocional, sino que se reivindica abiertamente la autonomía sexual como elección consciente.

Este caso representa una forma radical de resistencia donde la paciente reivindica explícitamente su sexualidad autónoma, desafiando tanto el estigma de la "mujer pública" como los intentos institucionales de reforma moral.

- Historia Clínica 3982
- Datos Generales: Mujer blanca, 22 años, soltera, "mujer pública", Medellín.
- Motivos de Ingreso: Comportamiento considerado socialmente desviado.
- Duración del Internamiento: Desde octubre de 1937 hasta enero de 1938.
- Fecha de Salida y Causa: Alta por ausencia de fundamentos clínicos.
- Observaciones Médicas Relevantes:

"Esta muchacha que físicamente es muy hermosa, moralmente un miseria humana: amoral, inmoral, impúdica, revela una carencia de ética desconcertante; con lucidez perfecta y manifestando un dominio completo de la situación, expresa sus deseos de volver a su vida de prostitución, diciendo que lo hace con pleno conocimiento del estado en que se encuentra porque eso la satisface completamente y porque esas son sus tendencias naturales, al mismo tiempo que arguye que es necio e inútil querer mejorarle su personalidad moral por medios coercitivos como el aislamiento".<sup>176</sup>

La joven prostituta representa la forma más radical de transgresión al rechazar activamente cualquier intento de reforma moral y reivindicar su sexualidad como elección consciente. Su "lucidez perfecta" y su "dominio completo de la situación" contradicen los intentos médicos de patologizar su comportamiento, revelando una subjetividad que se resiste a ser colonizada por los discursos normativos de la feminidad respetable. Su argumento de que la prostitución "la satisface

---

<sup>176</sup> LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 3982.

completamente" y responde a sus "tendencias naturales" constituye una inversión radical del discurso médico sobre la sexualidad femenina desviada. Al declarar "necio e inútil" el proyecto de reforma moral institucional, no solo rechaza la autoridad psiquiátrica, sino que cuestiona los fundamentos mismos del sistema de control sexual femenino. Su capacidad para articular una defensa coherente de su autonomía sexual, manteniendo que sus elecciones responden a una satisfacción genuina más que a una patología, revela una forma de conciencia feminista que desafía las categorías binarias de virtud/vicio que estructuran el imaginario de feminidad de la época.

Estos casos revelan cómo las mujeres que transgredían los límites de la feminidad normativa desarrollaron formas sofisticadas de resistencia discursiva, desde la expresión pública de deseos prohibidos hasta la reivindicación explícita de la autonomía sexual. Sus trayectorias evidencian que, lejos de ser víctimas pasivas de la patologización, algunas mujeres lograron articular contra-discursos que desestabilizaban los fundamentos morales, clínicos y jurídicos del dispositivo psiquiátrico como tecnología de control sexual.

### **Intersecciones de Raza, Clase y Género**

- Historia Clínica 4418
- Datos Generales: Mujer mulata, 40 años, soltera, "meretriz", Medellín.
- Motivos de Ingreso: Comportamiento considerado socialmente desviado.
- Duración del Internamiento: Desde enero de 1938 hasta su salida por traslado a la cárcel.
- Fecha de Salida y Causa: Traslado a la cárcel por delitos de heridas.

"Perturbaciones mentales consistentes en ilusiones, alucinaciones. Se cree poseedora de joyas, rica y casas etc. De las que ha sido desposeída por sus familiares. Tiene buena memoria.

(acaso por sentirse desposeída de sus imaginarios bienes pudiera tener reacciones agresivas).  
Medellín, enero 27 de 1938-Joaq. Arist. M".<sup>177</sup>

"Oficio # 119. República de Colombia. Departamento de Antioquia. Juzgado Municipal en lo criminal. Medellín, Julio 13 de 1938. Señor Médico director del Manicomio Departamental. E. S. D. Me comisiona el Juzgado 2-. Municipio de Barrancabermeja para que a [...] de la siguiente filiación: Hija de [...] natural de Medellín o Itagüí, de 42 años de edad, fue vecina y meretriz en Barrancabermeja hasta el mes de enero de este año le notifique dos (2) autos de enjuiciamiento por heridas. Mas como según informes del mismo comitente, la [...] se encuentra recluida en ese establecimiento, como loca o alienada, me dirijo a usted. Para que se digne darme los informes pertinentes, para agregarlos a los mentados (2) exhortos y premunirme de cometer monstruosas anomalías jurídicas, como sería la de notificarle a la [...] estando enajenada, o nombrarle curador para hacerlo, como lo manifiesta el comitente. Aguardando su contestación lo más pronto que le sea posible, aprovecho la oportunidad para suscribirme su obsecuente y atento servidor. RAFAEL ARANGO M. Juez en lo criminal de Medellín. Es fiel copia. Medellín, Julio 30 de 1938. El secretario, Carlos Piedrahita".<sup>178</sup>

La paciente mulata y "meretriz" es diagnosticada con "delirio sistematizado de posesión de riquezas". A diferencia de las pacientes adolescentes o tratadas por "mejora", este caso ilustra cómo el sistema transita directamente del diagnóstico al castigo penal, evidenciando que para ciertos cuerpos racializados y empobrecidos no existe la posibilidad de rehabilitación psiquiátrica. El diagnóstico de "ilusiones de riqueza" traduce la precariedad económica en síntoma psiquiátrico, pero su condición de mujer mulata adulta y "meretriz" la sitúa fuera de cualquier proyecto

---

<sup>177</sup> LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 4418.

<sup>178</sup> *Ibím.*

correccional. La transferencia a la cárcel por "delitos de heridas" revela la continuidad entre el dispositivo psiquiátrico y el penal, donde el manicomio funciona como antesala del sistema carcelario para aquellos sujetos considerados irrecuperables por su intersección particular de raza, clase, género y edad.

Si bien existen otras historias clínicas en los que el proceso penal fue pausado o mediado por la institucionalización psiquiátrica, especialmente en pacientes que no forman parte del grupo de mujeres prostitutas, este caso permite observar con particular nitidez cómo ciertas intersecciones pueden bloquear el acceso a cualquier alternativa terapéutica, funcionan el encierro como vía directa hacia la sanción judicial.

- Historia Clínica 3540

Esta historia clínica ya se ha tomado antes, pero esta vez se examina desde un ángulo distinto: expresión del sistema psiquiátrico como aparato de poder, a la luz de los marcos teóricos de la patologización, el género y la interseccionalidad.

La adolescente de 13 años es diagnosticada con "discolia juvenil", evidenciando la psiquiatrización de la sexualidad femenina adolescente. Su juventud no le garantiza protección institucional, sino que opera como un agravante de su supuesta peligrosidad moral, convirtiendo la adolescencia en un factor de riesgo que justifica la intervención temprana del poder psiquiátrico. Como indican las observaciones clínicas, su "impulsión sexual sin control" y su "constitución sexual con tendencias a la prostitución" no son descritas como respuestas a condiciones sociales, sino como consecuencias "ontogénicas", reforzando un diagnóstico que patologiza tanto su sexualidad como su pertenencia racial y de clase. La respuesta del poder ante esta paciente revela la operación específica de la interseccionalidad: ser mujer, adolescente, mestiza y de clase

trabajadora la convierte en un cuerpo particularmente vulnerable a la intervención psiquiátrica preventiva, donde la edad funciona como marcador de urgencia correctiva antes que como factor de protección.

Ambos casos muestran cómo la intersección de raza, género, clase y edad no solo condiciona el diagnóstico, sino que define las posibilidades (o la imposibilidad) de tratamiento, redención o cuidado dentro del sistema psiquiátrico. Mientras que una adolescente es capturada como "riesgo moral" en construcción, una mujer adulta es descartada como irrecuperable: en ambos extremos, el poder médico reproduce jerarquías coloniales de valor humano.

## CONCLUSIONES

La práctica de grado realizada en el Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín, articuló dos dimensiones fundamentales en la formación del historiador: el trabajo técnico archivístico y la investigación histórica crítica. Esta experiencia integradora brindó herramientas valiosas para el manejo ético de documentos históricos sensibles y para la comprensión profunda de las dinámicas de exclusión social en el Hospital Mental de Antioquia.

La censura de las historias clínicas psiquiátricas del Fondo HOMO implicó un proceso riguroso de anonimización de datos personales, respetando la legislación vigente sobre protección de la información. Esta experiencia reveló la importancia de desarrollar un criterio ético en el tratamiento de archivos que contienen información sensible, incluso décadas después de su creación. La fragilidad física de los documentos y las limitaciones del software utilizado evidenciaron que el trabajo archivístico trasciende lo mecánico y exige sensibilidad y responsabilidad.

El procesamiento permitió consolidar una base de datos estructurada que garantiza el acceso controlado al fondo documental, facilitando futuras investigaciones académicas mientras protege la confidencialidad de los pacientes. La práctica demostró que, en el campo de la historia, la archivística constituye una dimensión esencial para el acceso, conservación e interpretación de las fuentes. La historia clínica, como fuente involuntaria, se transformó en un campo de disputa interpretativa donde fue posible rastrear no solo la mirada médica, sino también sus desbordamientos: gestos, palabras y actitudes de las pacientes que el discurso psiquiátrico no logra codificar completamente. El archivo se reveló como una tecnología de poder que, simultáneamente, deja entrever los límites del disciplinamiento.

La investigación *Mujeres locas y públicas de la ciudad de Medellín: 1926-1938* arrojó hallazgos fundamentales que transforman la comprensión de la psiquiatría como herramienta de control social. El Hospital Mental de Antioquia, según la muestra analizada, evidencia una actuación como dispositivo de control social en relación con mujeres que transgredían roles de género dominantes, sugiriendo la articulación de la institucionalización psiquiátrica con mecanismo de disciplina y exclusión para este grupo específico. El análisis de once historias clínicas evidenció que la medicalización de la desviación femenina respondía a un entramado de juicios morales, sociales y de clase, más que a razones clínicas. La interseccionalidad de género, clase, raza y edad determinó decisivamente el internamiento y diagnóstico, evidenciando que las mujeres empobrecidas, racializadas o jóvenes enfrentaron mayor vulnerabilidad ante la institucionalización psiquiátrica.

La adopción de un enfoque microhistórico permitió reconstruir detalladamente las trayectorias individuales de estas mujeres, revelando cómo la estigmatización de la prostitución, la sexualidad no normativa o el desacato al ideal de "mujer respetable" justificó reclusiones indefinidas. La lectura de los expedientes exigió una aproximación indiciaria, capaz de interpretar no solo lo explícitamente diagnosticado, sino también los silencios, omisiones y ambigüedades del discurso clínico. Esta perspectiva reconstruyó dimensiones ocultas de la experiencia femenina institucionalizada, revelando las tensiones internas del poder psiquiátrico y su dificultad para controlar completamente la subjetividad.

Estos hallazgos adquieren particular relevancia en el contexto del Medellín de la primera mitad del siglo XX, período de modernización urbana y consolidación de nuevos imaginarios sobre feminidad y respetabilidad. La ciudad experimentaba transformaciones económicas y sociales que generaron tensiones entre tradición y modernidad. En este escenario, el hospital psiquiátrico funcionó como un mecanismo de regulación social que buscaba preservar el orden moral

tradicional ante los desafíos de la modernización. El saber médico, lejos de ser neutral, reforzó las jerarquías sociales existentes, patologizando conductas que desafiaban el orden moral vigente.

No obstante, las historias clínicas revelan trazas significativas de agencia femenina y resistencia que desafían la narrativa de victimización total. Algunas mujeres desarrollaron estrategias de adaptación, disimulo o resistencia simbólica, mientras que otras articularon contra-discursos que reivindicaban su deseo y autonomía sexual, desafiando frontalmente los mandatos institucionales. Estas formas de resistencia demuestran que, incluso en contextos altamente opresivos, las mujeres fueron capaces de negociar, disputar o subvertir los imaginarios patriarcales que buscaban reprimirlas.

Los hallazgos de esta investigación mantienen relevancia para comprender dinámicas actuales de control social y resistencia. La medicalización de comportamientos que desafían normas sociales dominantes. La interseccionalidad de género, clase y raza continúa determinando el acceso diferencial a servicios de salud mental y la criminalización o patologización de ciertas conductas. Las estrategias de resistencia identificadas en las historias clínicas del siglo XX encuentran ecos en movimientos contemporáneos que reivindican la autonomía corporal, sexual y de género, subrayando la importancia de mantener una perspectiva crítica sobre las instituciones de salud mental y su potencial como mecanismos de control social.

Esta investigación representa una contribución al campo de la historia y las ciencias sociales al demostrar cómo el trabajo archivístico riguroso y la metodología microhistórica pueden revelar dimensiones ocultas de las dinámicas de poder en contextos institucionales. El estudio aporta al entendimiento de las formas complejas en que operan los mecanismos de control social, evidenciando que estos no constituyen sistemas monolíticos e incontestables, sino espacios de disputa donde coexisten dominación y resistencia. La experiencia subraya la importancia de

desarrollar aproximaciones metodológicas sensibles a las voces subalternas y capaces de leer entre líneas los documentos oficiales, transformando archivos institucionales en fuentes para la historia de los sectores marginalizados. En última instancia, este trabajo demuestra que la investigación histórica no solo reconstruye el pasado, sino que ofrece herramientas críticas para comprender y cuestionar las estructuras de poder que continúan operando en el presente.

## BIBLIOGRAFÍA

### Fuentes Primarias

- LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 1.
- LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 705.
- LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 1456.
- LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 1482.
- LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 1601.
- LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 1927.
- LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 3514.
- LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 3540.
- LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 3973.
- LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 3982.
- LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 4133.
- LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 4415.
- LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 4418.
- LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 4433.
- LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 4454.
- LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 4596.

LFHUN, HOMO, HC, Historia clínica 4874.

### **Fuentes Secundarias**

Álvarez, Víctor. Poblamiento y población en el valle de Aburrá y Medellín, 1541-1951. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1988.

Alzate, Carolina. Manicomio Nacional de Mujeres y Locura Femenina en Colombia, 1920-1950. Bogotá: Editorial Universidad Nacional, 2012.

Appelbaum, Nancy. Mapping the Nation: History and Memory in Colombia. London: Verso, 2003.

Appelbaum, Nancy. Muddied Waters: Race, Region and Local History in Colombia, 1846–1948. Durham: Duke University Press, 2003.

Arango, Luz Gabriela. Mujeres, trabajo y tecnología en los países en desarrollo. Bogotá: Tercer Mundo Editores, 1991.

Archila, Mauricio. Cultura e identidad obrera en Colombia 1910–1945. Bogotá: Cinep, 1991.

Archivo Comunidades de Paz – ACP. CO.AUN.ACP.007. 1991-2006. 1 metro lineal en soporte papel equivalente a 5824 folios y 935 fotografías.

Archivo General de Indias (AGI). Documentación sobre la Colonia.

Archivo General de la Nación (AGN). Fondos Históricos.

Archivo Histórico Vamos Mujer Movimiento Social de Mujeres – AHVM.MSM. CO.LFH.RA.005. 1979-2009. 4.8 metros lineales del archivo inactivo, 5.6 metros lineales del centro de documentación, acervo audiovisual de 288 casetes de vídeo, 390 casetes de audio, 95 disquetes, 15.000 fotografías, 1.000 filminas y 3.000 tiras de negativo fotográfico.

Benjamin, Walter. *Sobre el concepto de historia*. Madrid: Abada, 2008.

Bermúdez, Susy. *Hijas, esposas y amantes: género, clase, etnia y edad en la historia de América Latina*. Bogotá: Ediciones Uniandes, 1992.

Bidegain, Ana María. *Historia del cristianismo en Colombia: corrientes y diversidad*. Bogotá: Taurus, 2004.

Botero Herrera, Fernando. *Medellín 1890-1950: Historia urbana y juego de intereses*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1996.

Brew, Roger. *El desarrollo económico de Antioquia desde la independencia hasta 1920*. Bogotá: Banco de la República, 1977.

Céspedes-Báez, Lina María. "Cuerpos que importan: medicina, derecho y discursos sobre la raza en Colombia a principios del siglo XX." *Revista Historia y Sociedad*, no. 28 (2015): 149–172.

Código de Policía. 1886. Artículo 107.

Código de Policía. 1914. Artículos 107, 108, 111.

Colmenares, Germán. *Historia económica y social de Colombia: La formación del régimen económico colonial*. Bogotá: Editorial Tercer Mundo, 1987.

Davies, Catherine. *Spanish Women's Writing 1849–1996*. London: Bloomsbury Academic, 1987.

Departamento Administrativo de la Función Pública. Decreto 1965 de 2013. Octubre 7, 2013.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=68760>.

Dirección de Laboratorios. "Facultad de Ciencias Humanas y Económicas." Universidad Nacional de Colombia (UNAL) – Sede Medellín. Consultado 12 de mayo de 2025.

<https://direcciondelaboratorios.medellin.unal.edu.co/index.php/nuestros-laboratorios/facultad-de-ciencias-humanas-y-economicas/92#sobre-el-laboratorio>.

Domínguez Aguirre, Laura Camila. "De artesanas a obreras: trabajo fabril femenino en Medellín entre 1902 y 1930." Tesis de pregrado, Universidad de Antioquia, 2015.

Dueñas Vargas, Guiomar. Los hijos del pecado: ilegitimidad y vida familiar en la Santafé de Bogotá colonial. Bogotá: Editorial Universidad Nacional, 1997.

"El Catolicismo." Revista Católica de Medellín, no. 45 (1895): 234.

ESE Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO. "Historia." HOMO. Consultado el 12 de mayo de 2025. <https://homo.gov.co/historia/>.

Facultad de Ciencias Humanas y Económicas. "Historia del Laboratorio de Fuentes Históricas." Universidad Nacional de Colombia (UNAL) – Sede Medellín. Consultado el 12 de mayo de 2025. <https://cienciashumanasyeconomicas.medellin.unal.edu.co/laboratorios/fuentes-historicas/laboratorio/historia.html>.

Farnsworth-Alvear, Ann. *Dulcinea in the Factory: Myths, Morals, Men and Women in Colombia's Industrial Experiment, 1905–1960*. Durham: Duke University Press, 2000.

Foucault, Michel. *Historia de la locura en la época clásica*. Traducido por Juan José Utrilla. México: Fondo de Cultura Económica, 1967.

Foucault, Michel. *Historia de la sexualidad*. Vol. 1: La voluntad de saber. Madrid: Siglo XXI, 1977.

Foucault, Michel. *Los anormales: Curso en el Collège de France (1974-1975)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2001.

Foucault, Michel. *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta, 1979.

Foucault, Michel. Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión. Madrid: Siglo XXI, 1976.

García Estrada, Rodrigo de J. Los extranjeros en Colombia: su aporte a la construcción de la nación. Bogotá: Planeta, 2006.

García, Martha Cecilia. Mentes peligrosas: psiquiatría y criminalidad en Bogotá. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia, 2015.

Gestión Documental. "Memoria Institucional 2000." Universidad Nacional de Colombia (UNAL) – Sede Medellín. Consultado el 12 de mayo de 2025. <https://gestiondocumental.medellin.unal.edu.co/la-seccion/proyectos/2-institucional/46-memoria-institucional-2000.html>.

Gil Restrepo, Alonso. Enriqueta Vásquez de Ospina: una mujer empresaria del siglo XIX. Medellín: Editorial Bedout, 1985.

Ginzburg, Carlo. El hilo y las huellas: Lo verdadero, lo falso, lo ficticio. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2010.

Ginzburg, Carlo. El queso y los gusanos: El cosmos de un molinero del siglo XVI. Barcelona: Península, 2001.

Ginzburg, Carlo. Mitos, emblemas, indicios: Morfología e historia. Barcelona: Gedisa, 1989.

González, Fernán. Poderes enfrentados: Iglesia y Estado en Colombia. Bogotá: CINEP, 1997.

González, Luis Fernando, y Catalina Reyes. Las mujeres en la sociedad antioqueña del siglo XIX. Medellín: Instituto para el Desarrollo de Antioquia, 1998.

Helg, Aline. La educación en Colombia, 1918-1957: una historia social, económica y política. Bogotá: CEREC, 1987.

Herrera Ángel, Marta. Ordenar para controlar: Ordenamiento espacial y control político en las llanuras del Caribe colombiano, siglo XVIII. Bogotá: Banco de la República, 1996.

Herrera, Martha. Modernización y Escuela Nueva en Colombia, 1914-1951. Bogotá: Plaza & Janés, 1999.

Hospital Mental de Antioquia. Historias Clínicas. Archivo Histórico de Antioquia (AHA). Fondo Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia (HOMO).

Informe de Infraestructura del Laboratorio de Fuentes Históricas (LFHUN).

Jaramillo, Roberto Luis. La colonización antioqueña. Medellín: Universidad de Antioquia, 1988.

"La mujer moderna." Letras y Encajes, año 1, no. 8 (diciembre 1926): 23.

Le Goff, Jacques. Historia y memoria. Barcelona: Paidós, 1991.

Le Goff, Jacques. La civilización del Occidente medieval. Barcelona: Juventud, 1969.

Le Goff, Jacques. Lo maravilloso y lo cotidiano en el Occidente medieval. Barcelona: Gedisa, 1985.

Le Goff, Jacques. Pensar la historia: Modernidad, presente, progreso. Barcelona: Paidós, 1991.

Le Goff, Jacques, y Pierre Nora. Hacer la historia. 3 vols. Barcelona: Laia, 1974.

Ley 23 de 1981 – Ética médica. Artículo 34.

Londoño Vega, Patricia. La mujer santandereana en la historia. Bucaramanga: Gobernación de Santander, 1988.

Londoño Vega, Patricia. Religión, cultura y sociedad en Colombia: Medellín y Antioquia, 1850-1930. Bogotá: Fondo de Cultura Económica, 2004.

López Toro, Álvaro. Migración y cambio social en Antioquia durante el siglo XIX. Bogotá: CEDE, Universidad de los Andes, 1968.

Márquez Valderrama, Jorge. Estado, higiene y salud en Colombia. Medellín: Universidad de Antioquia, 2004.

Martínez Carreño, Aida. Mujeres y familia en Colombia: entre la supervivencia y la modernidad. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2006.

Mayor Mora, Alberto. Ética, trabajo y productividad en Antioquia. Bogotá: Tercer Mundo, 1984.

Melo, Jorge Orlando. Ensayos de historia social y política de Antioquia. Editado por Jorge Orlando Melo. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1996.

Ministerio de Gobierno. Memoria presentada al Congreso de Colombia en 1928. Bogotá: Imprenta Nacional, 1929.

Ministerio de Higiene. Memoria anual sobre el estado de la salud pública en Colombia. Bogotá, 1930.

Ministerio de Higiene. Memoria sobre la situación sanitaria de los departamentos de Colombia. 1933.

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

Moreno, Cristina. Locura, mujer y encierro: El Hospital Mental de Antioquia en el siglo XX. Medellín: Universidad de Antioquia, 2010.

Muñoz, Hernando. Historia de la psiquiatría en Colombia. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1992.

Obregón, Diana. Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia. Medellín: Universidad EAFIT, 2002.

Obregón, Diana. Historias de la medicina en Colombia: entre saberes y prácticas. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia, 2005.

Obregón, Diana. "Médicos, prostitución y enfermedades venéreas: de la reglamentación al abolicionismo 1886-1951." *Historia y Sociedad* 4 (1997): 123.

Ortiz, Rafael. Costumbres antioqueñas. Medellín: Imprenta Departamental, 1920.

Palacios, Marco. El café en Colombia 1850-1970. Bogotá: El Áncora Editores, 1983.

Parsons, James. La colonización antioqueña en el occidente de Colombia. Medellín: Imprenta Departamental, 1961.

Pohl-Valero, Stefan. "La raza entra por la boca: eugenesia, alimentación y salud pública en Colombia, 1900-1940." *Revista de Estudios Sociales* 36 (2010): 46-61.

Programa para Bibliotecas y Archivos Latinoamericanos (PLALA) de la Harvard College Library.

Quevedo Álvarez, Tomás. "Del alcoholismo." Tesis de grado, Universidad de Antioquia, 1899.

<https://bibliotecadigital.udea.edu.co/entities/publication/c7da2712-4d2f-47b3-a319-3c8c1fbd654b>.

Quevedo, Emilio. Historia de la medicina en Colombia. Bogotá: Norma, 2007.

Ramírez Patiño, Sandra Patricia. Del pueblo a la ciudad: Migración y cambio social en Medellín y el Valle de Aburrá, 1920-1970. Medellín: Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín, Facultad de Ciencias Humanas y Económicas, 2008.

República de Colombia. Censo Nacional de Población 1918 y 1938. Departamento Nacional de Estadística. Bogotá.

Reyes Cárdenas, Ana Catalina. "La condición femenina y la prostitución en Medellín durante la primera mitad del siglo XX." En Aspectos de la vida social y cotidiana de Medellín, 1890-1930, 45. Medellín: Universidad de Antioquia, 1996.

Reyes Cárdenas, Catalina. La vida doméstica en las ciudades republicanas. Medellín: Editorial Universidad Pontificia Bolivariana, 2001.

Ríos Molina, Andrés. Cómo prevenir la locura: psiquiatría e higiene mental en México y Colombia. México: Fondo de Cultura Económica, 2009.

Rodríguez Jiménez, Pablo. Historia de la familia en Colombia: nueva historia de Colombia. Bogotá: Editorial Planeta, 1999.

Rodríguez, Pablo. La familia en Colombia. Bogotá: Universidad Externado, 2004.

Rodríguez, Pablo. Seducción, amancebamiento y abandono: modalidades de transgresión del orden matrimonial. Bogotá: Fundación Simón y Lola Guberek, 1991.

Rueda Vargas, Tomás. Informe del Ministerio de Higiene: condiciones sanitarias de las principales ciudades de Colombia. Bogotá: Imprenta Nacional, 1934.

Saffon, María Emma. La educación de la mujer en Colombia. Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional, 1999.

Salamanca Guzmán, Marisol. "La prostitución en Colombia: finales del siglo XIX e inicios del siglo XX." Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura 38, no. 2 (2011): 15-43.

Sánchez, Gonzalo, y María Emma Wills. Los archivos de la represión: la mirada del poder sobre la locura y la disidencia en Colombia. Bogotá: Taurus, 2000.

Sánchez Moncada, Marlene. La prostitución en Bogotá 1880-1920. Bogotá: Instituto Distrital de Cultura y Turismo, 2008.

Schnitter, Patricia. José María Villa y el urbanismo en Medellín. Medellín: Editorial Universidad Nacional, 2003.

Suárez, Eulalia. La prostitución en Colombia: visión histórica y social. Bogotá: Universidad de los Andes, 1996.

Tovar, Hermes. Familia y trabajo en Colombia. Bogotá: El Áncora Editores, 1988.

Twinam, Ann. Public Lives, Private Secrets: Gender, Honor, Sexuality, and Illegitimacy in Colonial Spanish America. Stanford: Stanford University Press, 1999.

UNAL. "Investigaciones sobre psiquiatría y salud mental de Antioquia." Consultado el 12 de mayo de 2025. [www.unal.edu.co](http://www.unal.edu.co).

Uribe de Hincapié, María Teresa. Nación, ciudadano y soberano. Medellín: Corporación Región, 2001.

Urrego, Miguel Ángel. La prostitución en Bogotá. Bogotá: Ariel Historia, 2002.

Vásquez, María Fernanda. "Degeneración y mejoramiento de la raza: ¿higiene social o eugenesia? Colombia, 1920–1930." *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 25 (2018): 145–158.

Velásquez Toro, Magdala. Las mujeres en la historia de Colombia. Bogotá: Editorial Norma, 1995.

Velásquez Toro, Magdala. Las mujeres en la historia de Colombia: mujeres, historia y política. Bogotá: Editorial Presencia, 1998.

Villegas, Luis Javier. Aspectos de la evolución urbana de Medellín. Medellín: Universidad Nacional, 1993.

Villegas Ceballos, Santiago. El Ferrocarril de Antioquia y la integración regional. Medellín: Universidad EAFIT, 2003.

Villamizar Herrera, Darío. Historia de la aviación en Colombia. Bogotá: Aerocivil, 1971.

Wade, Peter. Gente negra, nación mestiza. Bogotá: Ediciones Uniandes, 1997.

Wade, Peter. Raza y etnicidad en América Latina. Bogotá: Universidad de los Andes, 1997.

Wade, Peter. Raza y etnicidad en América Latina. Madrid: Akal, 2010.

West, Robert. La minería de aluvión en Colombia durante el período colonial. Bogotá: Imprenta Nacional, 1972.

Wills, María Emma. Inclusiones sin emancipación: las trayectorias de reforma política de las mujeres en Colombia. Bogotá: Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales, 2007.

Zapata Marín, Leonardo. "El rechazo de la vagancia en el siglo XIX. Un acercamiento del fenómeno de Antioquia." *Historia y Sociedad* 8 (2002): 67.