

Pobreza y locura como enfermedades sociales en la mentalidad civilizadora de la modernidad colombiana. Antioquia y Cundinamarca 1900-1960*

Poverty and madness as social diseases in the civilizing mentality colombian modernity. Antioquia and Cundinamarca 1900 - 1960

Jairo Gutiérrez A¹; Jorge H. Márquez V².

¹ Doctorando en Ciencias Humanas y Sociales Unal-Med, Magíster en Educación UdeM, Filósofo UdeA. Docente adscrito a la Vicerrectoría de Investigaciones de la Fundación Universitaria Luis Amigó. Correo electrónico: jairo.gutierrezav@amigo.edu.co

² Doctor en Enseñanza y Difusión de las Ciencias y las Técnicas de la Universidad de París XI-Orsay. Profesor Asociado al Departamento de Estudios Filosóficos y Culturales, Coordinador del grupo de investigación Producción, Apropriación y Circulación de Saberes (Procircas), Universidad Nacional de Colombia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: jmarquez@unal.edu.co

Recibido: 04 de julio de 2014. Aprobado: 20 de noviembre de 2014. Publicado: 15 de marzo de 2015

Gutiérrez J, Márquez J. Pobreza y locura como enfermedades sociales en la mentalidad civilizadora de la modernidad colombiana, Antioquia y Cundinamarca 1900 – 1960. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 2015; 32(supl 1):S55-S66.

Resumen

El objetivo de esta investigación es comprender las representaciones y determinantes de la asociación de la pobreza y la locura como “enfermedades sociales” según la teoría de la degeneración y la ideología eugenésica, extendidas a un ámbito de medicalización social y administración de la vida, en la primera mitad del siglo XX en Colombia. Es una investigación sociohistórica y se inscribe en las corrientes de la historia social y cultural. Constituye un estudio descriptivo

retrospectivo de bases de datos compuestas por los libros de entradas y salidas, historias clínicas e informes de los síndicos y médicos de los asilos psiquiátricos en Cundinamarca y Antioquia, de los que se muestra la prevalencia de los principales diagnósticos, tratamientos y variables sociales que influyeron en los mismos.

-----*Palabras clave:* pobreza, locura, historia de la psiquiatría, modernidad, eugenesia, degeneración

Abstract

The objective of this research is to understand the representations and determinants of the association of poverty and madness as “social disease” according to the theory of degeneration and eugenic ideology, extended to an area of social medicalization and administration of life, the first half of the twentieth century in Colombia. It is a socio-historical research and enroll in the currents of social and cultural

history. It is a retrospective study of databases composed by books of inputs and outputs, medical records and reports of the trustees and medical psychiatric asylums in Cundinamarca and Antioquia, of which the prevalence of major diagnoses, treatments are shown and social variables that influenced them.

-----*Keywords:* poverty, madness, psychiatric history, modernity, eugenics degeneration

* Artículo derivado del proyecto "Políticas, representaciones y prácticas de asistencia social y medicalización de la pobreza en Colombia", financiado por el Programa nacional de proyectos para el fortalecimiento de la investigación, la creación y la innovación en posgrados de la Universidad Nacional de Colombia 2013-2015, código Hermes 18927

Introducción

Anormalidad, degeneración y eugenesia en los inicios de la psiquiatría moderna

Pensar la historia de la psicopatología en las instituciones psiquiátricas a finales del siglo XIX y principios del XX, permite conocer el surgimiento de una nueva sensibilidad frente a la situación social de una población emergente que debía regenerarse según la mentalidad civilizadora moderna, influida por el cruce de tres ideologías decimonónicas: la teoría de lo normal y lo patológico —definida como “Principio de Broussais” [1] en los inicios de la fisiología de Claude Bernard, así como en la sociología positiva de August Comte y reevaluada como regla sociológica por parte de Émile Durkheim [2]—, la cual establecía un criterio estadístico o promedio ideal de la tipología física, médica, psíquica y moral del nuevo sujeto moderno.

Toda alteración de ese estándar biométrico se consideró un desvío del orden natural y social. Esta medida fue retomada por la doctrina de la degeneración del psiquiatra austro-francés Benedict Morel, que tenía como tesis central que “los seres degenerados forman grupos o familias con elementos distintivos relacionados invariablemente a las causas que los transformaron en lo que son: un desvío mórbido del tipo normal de la humanidad” [3]. El predominio de la propensión hereditaria como determinante de la decadencia de la raza, por sobre los factores ambientales, fue la base empírica de la eugenesia de Francis Galton que estableció el perfeccionamiento biotipológico de la especie humana, extendido a tres dispositivos: la higiene física, mental y moral, la puericultura o cuidado materno-infantil, así como a la homicultura para “labrar el cuerpo y cosechar al hombre” [4]. Estos preceptos convergieron en el surgimiento de la institucionalidad normalizadora moderna, que instauró dispositivos disciplinarios y de control para la administración de la vida de los individuos y de las poblaciones: la familia, los talleres, la escuela, el hospital, el cuartel y el manicomio [5].

La recepción de la teoría de la degeneración del psiquiatra austro-francés Bénédic Morel, publicada en 1857, fue difundida en Colombia por el médico Miguel Jiménez López, en su cátedra inaugural de psiquiatría en Bogotá, impartida en agosto de 1916, cuyo tema fue “La locura en Colombia y sus causas”, según la cual se debía a una “viciosa” educación de la juventud, al alcoholismo y la sífilis. De esta manera, consideraba como causas ocasionales “la miseria nacional, violencia en la lucha por la vida, desproporción entre necesidades y medios de satisfacerlas, inconformidad de las clases sociales inferiores, importación de costumbres en decadencia, literatura foránea sensual y decadente y la labor escandalosa de la prensa” [6]. Esta clasificación

de la locura como enfermedad social coincide con la que se impartía en la cátedra del Manicomio Departamental de Antioquia por parte de Lázaro Uribe Cálad [7], en su exposición de los “Principales factores etiológicos de la locura en los departamentos de Antioquia y Caldas (1923)”, en la que también hacía énfasis en la propensión hereditaria, la asociación con el contagio sifilítico, la psicosis alcohólica, la miseria, la degeneración y consideraba la educación como medio de higiene mental.

En Colombia, esta clasificación fue objeto de estudio de la *medicina social*, que establecía relaciones directas entre problemas sociales con medidas de higiene y salubridad públicas, como la definió el médico Luis Cuervo Márquez en 1917. Según Congote y Casas, este estudio constituye una fuente para la historia del influjo de la teoría de la degeneración de Morel en la psiquiatría en Antioquia [8].

En efecto, en la misma época, un recuento histórico de cien años de psiquiatría divulgado en 1917 por Emil Kraepelin, afirmaba que dicha clasificación de patología social constituía “por lo menos un tercio de todos los trastornos mentales tratados en nuestros hospitales... la naturaleza de la mayoría de enfermedades es todavía oscura... pero nadie negará que las futuras investigaciones descubrirán nuevos hechos en una ciencia tan joven como la nuestra... solamente la investigación científica puede lograr la realización de tales avances...” [9].

Según la sociología norteamericana, la locura era tratada como un mal físico, pero se consideraba que sus causas se producían por circunstancias sociales; “el control de la conducta era, por supuesto, un medio principal para producir las supuestas curas. Muchos de los primeros psiquiatras vinculaban los orígenes etiológicos de la enfermedad mental a factores sociales, entre los que se incluía la misma civilización” [10].

Carlos E. Putnam, precursor de la psiquiatría como medicina legal en el país, en la exposición de motivos de un proyecto de ley en 1913, que reformó los artículos de los códigos civil, penal y judicial de la República, el cual trataba sobre la clasificación de la demencia y organización del servicio médico-legal en los departamentos del país, atribuía a la civilización, la educación, la herencia racial, la miseria, el alcoholismo, los cuales eran determinantes con los que se clasificaban las enfermedades sociales:

“Se observa que la civilización no se difunde de una manera regular y ordenada; la instrucción de las clases pobres es tan rudimentaria en las poblaciones alejadas de los centros en que hay alguna cultura, que esos moradores continúan viviendo con los mismos hábitos de la prehistórica familia indígena, con sus atavismos ancestrales, sus supersticiones, los amuletos, la adivinación y la brujería con sus agüeros y la creación fantástica de un espíritu maligno que persigue a las criaturas humanas... Fácilmente se comprende que aquel medio social no puede dar productos sanos en una

raza abatida por el fanatismo y la miseria y envenenada por las enfermedades y el alcoholismo, causas todas nocivas para el normal funcionamiento del sistema nervioso” [11].

En Colombia, los primeros trabajos médicos sobre psiquiatría clínica se presentaron hacia 1875 y la primera tesis psiquiátrica fue de 1893, a saber, la de Nicolás Buendía, *Monomanías impulsivas. Estudio clínico y médico-legal* (1893); el trabajo de José María Rodríguez, *Degeneraciones de evolución. Idiotez* (1896); el de Francisco Alvarado, *Delirio de persecución* (1904); asimismo, el de Pedro Pablo Azola, *De la locura moral* (1904); el de Hipólito Casto, *Consideraciones generales sobre la demencia y las leyes* (1907); y el de Demetrio García Vásquez, *Psicología patológica de la emotividad y de la voluntad* (1912). Estos fueron presentados en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional como practicantes internos en el Hospital San Juan de Dios; por otra parte, el de Lisandro Reyes, *Contribution à l'étude de l'état mental chez les enfants dégénérés*, 1889-1890, publicado en París. Estas tesis coincidieron en utilizar referentes bibliográficos afines—incluso, algunas se citaron entre sí—y tuvieron en común el alienismo, la psiquiatría basada en la antropología criminal y la medicina legal [12].

Finalmente, una psiquiatría científica más clínica y experimental, basada en Kraepelin, se empezó a difundir por parte del médico Luis López de Mesa, quien se especializó en psiquiatría en Harvard. Sus planteamientos sobre la mente humana fueron derivando hacia la sociología, la política y la educación [13]. Estos últimos, junto con las críticas de los médicos Alfonso Castro y Jorge Bajarano, protagonizaron entre 1918 y 1920 un publicitado debate sobre la decadencia física, moral e intelectual de la raza en Colombia, eventos públicos que atrajeron una numerosa concurrencia interesada en los postulados de defensa o controversia de la ideología eugenista en Colombia que pretendía emplear dichas estrategias biomédicas, higiénicas y pedagógicas, en la psiquiatría y la criminología.

Esta clasificación fue recurrente en los diagnósticos de los manicomios de la época y se extendió a la higiene mental tanto de las casas de corrección como de las escuelas normales. El influjo de la psiquiatría estableció la base para el “tratamiento moral” que, según Huertas [14], fue el “arma de los reformadores”, promovido por Phillipe Pinel y Jean E. Esquirol, que consistía en la asistencia social y la readaptación al medio, a partir de la autodeterminación propia de los asilados y mejorar sus hábitos de vida.

De lo anterior dan cuenta los informes del director y del médico de la Casa de Corrección de Menores en Antioquia [15], en los cuales era frecuente la alusión a la anormalidad y la criminalidad como una patología social, debida a factores como la herencia, la miseria,

el alcoholismo y chichismo, la locura, la sífilis, la mala educación, entre otros. Así lo expresó el director en la prensa de la época: “de herencias malditas de padres desconocidos, hijos del infortunio y del hambre, expuestos a dolores y crueldades ajenas. Muchos son enfermos congénitos, otros adquieren sus males al contacto con sus compañeros de infortunio” [16].

La incidencia de estas disposiciones médico-políticas de carácter positivista (matematización de la naturaleza y naturalización de lo social) coincidieron en la historia de la psiquiatría en Latinoamérica durante las tres primeras décadas del siglo XX, como ocurrió en Brasil, primer país del sur donde surgió un movimiento eugenista, según Venancio [17] y Galdini [18]; asimismo fue extendida en México de acuerdo con Sacristán [19] y Ríos [20], entre otros, sobre el *degeneracionismo* y las patologías sociales en el Manicomio General de la Castañeda durante la Revolución mexicana; en el caso de Argentina, Ferraro y Rousseaux [21], estudiaron el impacto de este campo científico en torno a la publicación de los *Anales de biotipología, eugenesia y medicina social*, que influyeron en la psiquiatría moderna de Buenos Aires. De otro lado, en Sánchez [22] se encuentra que de forma similar esta ideología permeó la medicina y las etiologías psicopatológicas mediante una amalgama entre ciencia y dogmatismo fascista-religioso en la modernidad chilena.

Metodología

La presente es una investigación sociohistórica, inscrita en las corrientes de la historia social y cultural de la psiquiatría. Constituye, a su vez, un estudio descriptivo retrospectivo de bases de datos creadas en Excel de 800 casos registrados en los libros de entradas y salidas del Asilo de Indigentes y Locos de San Diego, del periodo 1907-1922; y 400 ingresos del Asilo de Locas de Bogotá, del periodo 1918-1922, los cuales reposan en el Archivo Central de la Beneficencia de Cundinamarca, Bogotá. Asimismo, se establecieron series en el mismo programa con 982 certificados médicos del Archivo Judicial de Antioquia, de personas remitidas al Manicomio Departamental de 1921 a 1960, consultadas en el Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional de Colombia - Sede Medellín. Se tuvieron en cuenta las siguientes categorías: *diagnóstico, tratamientos, permanencia en el asilo, motivos de salida, ocupación u oficio*. No se incluyeron los datos de ingresos por año, género, procedencia, edad, raza y estado civil, que harían parte de un estudio más amplio para establecer correlaciones y determinantes sociales de la salud mental del período histórico comprendido.

Resultados

Como se observa en la tabla 1, de un total de 800 ingresos para el periodo 1907-1912, en el Asilo de San Diego en Bogotá, los diagnósticos más frecuentes se agruparon en la noción de “locura maniaco-depresiva” (329 casos, 41,1%), introducida por Kraepelin en la sexta edición de su *Tratado de psiquiatría* en 1899, entre las que se destacan la manía aguda (110 casos), la locura circular (47 casos) y otras manías como la crónica (31 casos), con menos frecuencia la histérica y la impulsiva. El alcoholismo se diagnosticó en 197 casos, (24,6%) asociado con la locura y la manía alcohólicas. Se presentaron 90 casos de histeria (11,2%), a su vez relacionada con manía, locura y alcoholismo. También se registraron 54 casos de epilepsia (6,8%) y 46 diagnósticos de degeneración, asociados con debilidad mental, locura moral, locura hereditaria, idiocia y cretinismo.

Tabla 1. Diagnósticos del Asilo de San Diego, Bogotá 1907-1912

Diagnósticos	n	%
Locura maniaco-depresiva: circular – crónica – aguda – histérica – impulsiva – alcohólica – piromanía – consecutiva a fiebre tifoidea – mística religiosa – puerperal – transitoria – melancolía – monomanía – dromomanía – cleptomanía – vesania – hipocondría.	329	41,1
Alcoholismo: demencia precoz – histeria – delirio de persecución – locura epiléptica – chichismo – locura alcohólica – delirium tremens.	197	24,6
Histeria: manía – locura – alcohólica – transitoria.	90	11,2
Epilepsia: locura epiléptica.	54	6,8
Degeneración: mental – locura de las degeneradas – locura moral – locura hereditaria – idiocia – cretinismo.	46	5,7
Demencia: precoz – senil – abúlica	25	3,1
Delirio: de grandeza – de persecución – erótico – delirium tremens	24	3
Enfermedades físicas – miseria fisiológica.	21	2,6
Indeterminado.	7	0,9
Corea – mal [baile] de San Vito.	2	0,2
Locura exógena: consecutiva a erisipela – reumatisal.	2	0,2
Sin datos	19	2,4
Total	800	100

Fuente: Libros de entradas y salidas. Archivo Central de la Beneficencia de Cundinamarca

Esta recurrencia coincide con las cifras del Tabla 2 correspondiente al Asilo de Locas de Bogotá, de 400 ingresos para el periodo 1918-1919, en el que se encuentran 140 casos de locura maniaco-depresiva (35%), de los cuales se destacan 46 de manía aguda y 34 de melancolía. A la anterior le sigue el alcoholismo con 82 casos (20,5%) Se registraron 50 ingresos por degeneración (12,5%) asociados con epilepsia, locura moral, cretinismo

y debilidad mental; asimismo, la epilepsia como tal se presentó en 34 casos (8,5%). Por otra parte, conviene relacionar estos datos con la estadística de las clínicas generales del Hospital San Juan de Dios de 1918, que registró tres tipos de enfermedades mentales atendidas por fuera de los asilos psiquiátricos, como es el caso de 30 pacientes internos por chichismo: 4 curados, 18 repuestos y 8 muertos; así como dos por neurastenia, y se destaca la atención de 14 atacadas de histeria [23].

Tabla 2. Diagnósticos Asilo de Locas de Bogotá 1918-1919

Diagnósticos	n	%
Locura maniaco-depresiva: aguda – crónica – circular – transitoria – melancolía – manía religiosa – puerperal – neurastenia.	140	35
Alcoholismo: locura alcohólica – delirium tremens.	82	20,5
Degeneración: epilepsia – locura de las degeneradas – locura moral – cretinismo – debilidad mental.	50	12,5
Epilepsia: vértigo epiléptico – locura epiléptica – cretinismo.	34	8,5
Delirio: de persecución – delirium tremens – confusión mental.	19	4,7
Histeria: locura histérica.	15	3,7
Locura exógena: consecutiva a la gripa – consecutiva a fiebre tifoidea.	15	3,7
Indeterminado.	10	2,5
Demencia: precoz – primitiva – senil	9	2,2
Enfermedades físicas.	8	2
Otras: uncinariasis – corea mal [baile] de San Vito.	2	0,5
No reporta	16	4
Total	400	100

Fuente: Libros de entradas y salidas. Archivo Central de la Beneficencia de Cundinamarca

En el Asilo de Locas, de 36 tipos de diagnósticos, la quinta parte corresponde al alcoholismo, y esta “enfermedad” se presenta casi el doble de veces que cualquier otra. La importancia de este dato radica en que, para la época, el abuso de alcohol era considerado una causal común para internamiento en un asilo psiquiátrico, por tratarse de una enfermedad social asociada a la degeneración. En efecto, según lo informó Antonio Gómez Calvo, Médico Síndico del Asilo de Locas, en 1921, llamaba la atención la cantidad de defunciones por disentería y por diarreas crónicas que, según el psiquiatra, se debía a que la mayor parte de asiladas eran alcohólicas, sobre todo por el consumo de chicha, ingesta que las hacía propensas a ese tipo de enfermedades [24].

Según la tabla 3, en el Manicomio Departamental de Antioquia, de una muestra de 982 certificados médicos entre 1922 y 1960, se tuvieron en cuenta solo los que registraron los diagnósticos, puesto que un gran número de ellos (394) aparece sin ellos. Por lo tanto, las frecuencias

y porcentajes se estimaron de 588 diagnosticados. De estos, como en los asilos de Cundinamarca, también sobresale la locura maniaco-depresiva con 93 casos (15,8%), que inician desde la década del veinte, de los que se destacan 23 casos de depresión como tal, seguida de las manías intermitente (16 casos) y aguda (11 casos). Se presentaron, en la misma década, 78 casos de delirio (13,3%), en particular de persecución, místico-religioso y erótico. La esquizofrenia se encontró en 18 casos desde los años treinta. En cuanto a la psicosis, se presentaron 17 diagnósticos, también desde la década del veinte. En la muestra de certificados, a diferencia de Cundinamarca, se registraron 21 casos de alcoholismo (2,1%), desde la década del cincuenta. Sin embargo, de acuerdo con el estudio de Duque y Quiceno [25] sobre la psicosis alcohólica en el Manicomio Departamental de Antioquia, entre 1914 y 1915, de 407 asilados, 52 de ellos (12,8%) presentaban alguna psicosis o causa alcohólica. En 1915, de 228 alienados, 51 de ellos (22,4%) presentó este diagnóstico. En 1916, de 204 internos, 29 de ellos (19,1%), y en 1917, de 160 casos, 33 de ellos (20,6%), estuvieron relacionados con alcoholismo. Si se compara con Cundinamarca, en este departamento era mayor el consumo etílico que en Antioquia y, como se verá en el siguiente apartado, la lucha antialcohólica tuvo que extremarse en dicha región mediante los asilos psiquiátricos.

Tabla 3. Diagnósticos Manicomio Departamental de Antioquia, 1921-1960

Diagnósticos	n	%
Locura maniaco-depresiva: aguda – intermitente – ambulatoria – depresión – excitación maniaca – hipomanía – furiosa – melancolía – mitomanía – monomanía – neurastenia – piromanía – dromomanía – hipocondría – psicofrenia – hipobulía – fobia – histeria – celotipia	93	15,8
Delirio: místico – de persecución – polimorfo erótico	78	13,3
Alcoholismo	21	2,1
Esquizofrenia: hebefrénica – paranoide – catatónica	18	3,6
Psicosis: maniaco depresiva – periódica – peligrosa – postinfecciosa – puerperal – toxinecciosa – hipertrofia de la personalidad – psicopatía	17	2,9
Enajenación mental: perturbación	15	2,5
Deficiencia mental: debilidad mental – atrofia cerebral – oligofrenia – obtusión mental – imbecilidad – confusión mental asténica	13	2,2
Epilepsia	12	2
Sífilis	7	1,2
Degeneración: discolía juvenil – perversión constitucional	5	0,8
Casos sin datos	394	27
Total	982	100

Fuente: Laboratorio de Fuentes Históricas, Universidad Nacional de Colombia Sede Medellín.

Como se observa en la tabla 4, en el Manicomio Departamental de Antioquia entre 1921 y 1960, de 218 certificados que declararon el tratamiento, sobresalen los electrochoques (36 casos) desde 1945, la laborterapia (28 casos) a partir de 1958, se practicaron 22 lobotomías realizadas entre 1957 y 1958, y 10 convulsoterapias desde 1950. Asimismo, pocas intervenciones de psicoterapia (6) y de psicoanálisis (2) desde 1949 y con mayor tratamiento desde la década del sesenta; en estos últimos, se refiere al Dr. [José] Gutiérrez en Bogotá, que seguramente se refiere al psiquiatra colombiano discípulo de Erich Fromm en México, que para 1952 ejerció en el Asilo de Locas de Bogotá, entre otras instituciones privadas. Si bien la tabla muestra un centenar de tratamientos con fármacos, de estos se destaca que solo a partir de 1954 se empezó a suministrar Clorpromazina (Largactil), en 13 casos, la cual fue desarrollada en Estados Unidos en 1951 y constituyó el inicio de la farmacología psiquiátrica para el tratamiento de la psicosis y la esquizofrenia.

Tabla 4. Tratamientos Manicomio Departamental de Antioquia 1921 -1960

Tratamientos	n	%
Fármacos	114	52,3
Electrochoques	36	16,5
Ergo/laborterapia	28	12,8
Lobotomía	22	10,1
Convulsoterapia	10	4,6
Psicoterapia	6	2,7
Psicoanálisis	2	0,9
Total	218	100

Fuente: Laboratorio de Fuentes Históricas, Universidad Nacional de Colombia Sede Medellín

Con respecto al *tiempo de permanencia*, tanto en el Asilo de San Diego como en el Asilo de Locas, según las tablas 5 y 6, el dato que más se repite es que los pacientes salieron el mismo año de ingreso, en el primer establecimiento el 54% y, en el segundo, el 62 % de los casos. El dato que le sigue es el de los pacientes que salieron el año siguiente al ingreso: el 25% y el 20% respectivamente. Al sumar ambos datos se puede anotar que casi el 80% de los pacientes estuvieron menos de 2 años en el asilo. Este dato, combinado con el *de motivos de salida*, como se muestra en las tablas 7 y 8, permite ver que los pacientes salían rápido y lo hacían, según se lee en los reportes, porque estaban curados o por mejoría.

En el Manicomio Departamental de Antioquia (Tabla 7), de 982 casos solo 87 de ellos tenían la información

Tabla 5. Tiempo de permanencia en el Asilo de San Diego, Bogotá 1907-1912

Permanencia	1907	1908	1909	1910	1911	1912	Subtotal	%
Sale el mismo año	8	83	77	52	81	126	427	54
Sale al año siguiente	25	46	27	38	49	18	203	25
Sale en 6 o más años	3	6	8	10	4	5	36	5
Sale en 2 años	1	4	1	7	2	2	17	2
Sale en 3 años	0	2	2	7	4	2	17	2
Sale en 5 años	0	1	0	5	0	3	9	1
Sale en 4 años	0	1	2	0	0	1	4	0
Sin datos	1	11	13	17	25	17	84	11
Total							800	

Fuente: Libros de entradas y salidas. Archivo Central de la Beneficencia de Cundinamarca.
Cálculo: el autor

Tabla 6. Tiempo de permanencia en el Asilo de Locas de Bogotá 1918-1919

Permanencia	1918	1919	Subtotal	%
Sale el mismo año	144	104	248	62
Sale al año siguiente	52	27	79	20
Sale en 2 años	9	8	17	4
Sale en 3 años	9	8	17	4
Sale en 4 años	9	1	10	2
Sale en 5 años	2		2	1
Sin datos	12	15	27	7
Total			400	

Fuente: Libros de entradas y salidas. Archivo Central de la Beneficencia de Cundinamarca.
Cálculo: el autor

Tabla 7. Tiempo de permanencia en el Manicomio Departamental de Antioquia 1921-1960

Permanencia	n
Menor de 1 mes	8
1 a 5 meses	59
6 meses a 11 meses	10
1 a 2 años	7
Más de 2 años	1
Total	87

Fuente: Laboratorio de Fuentes Históricas, Universidad Nacional de Colombia Sede Medellín.
Cálculo: el autor

completa de fecha de entrada y salida En esta muestra se observa que más de la mitad estuvieron hospitalizados menos de un año, muy pocos durante uno o más años; asimismo, unos cuantos duraban menos de una semana y unos pocos salían el mismo día.

La cantidad de salidas y su motivo, en los asilos de Cundinamarca y de Antioquia, de acuerdo con las tablas 8 y 9, constituye información reveladora sobre la función que cumplían estas instituciones en la sociedad en que operaban. En la perspectiva predominante de la historia de la locura, según Foucault, los manicomios surgieron en el momento en que se asoció la locura con la peligrosidad; por lo tanto, se crearon establecimientos para excluir de la sociedad una amenaza que estaba dentro de ella, fenómeno que se conoció como el “gran encierro” [26]. En esa medida, si estrictamente eran centros de aislamiento, se esperaría que hubiera pocas salidas; pero, si su función mutaba hacia otra más terapéutica, podría esperarse que su objetivo se focalizara en la salida de los declarados curados o en mejoría. Es preciso destacar que más de la mitad de los pacientes de la base de datos salen por estar curados o mejorados, así que el funcionamiento del asilo en el período estudiado tenía que ver con un concepto y un marco terapéuticos.

Tabla 8. Motivos de salida Asilo de San Diego, Bogotá 1907-1912

Motivos de salida	n	%
Asilo de San Diego de Bogotá 1907-1912		
Curación	357	44,6
Muerte	155	19,4
No reporta	81	10,1
Mejoría	78	9,7
Reposición	66	8,2
Retiro por la familia	40	5
Fuga	5	0,6
Remisión al Hospital de Caridad	5	0,6
Orden de la sindicatura	4	0,5
Sin enfermedad	3	0,4
Remisión al hospital	2	0,2
Remisión al Asilo Cualla	2	0,2
Remisión Hospital San Juan de Dios	1	0,1
No podía quedarse	1	0,1
<i>Total</i>	800	100
Asilo de Locas de Bogotá 1918-1919		
Curación	135	33,7
Muerte	81	20,2
Mejoría	67	16,7
Salida por la familia	52	13

Motivos de salida	n	%
No reporta	27	6,7
No presenta enfermedad	16	4
Fuga	7	1,7
Traslado al hospital	6	1,5
Traslado a San José	5	1,2
Orden de la sindicatura	3	0,7
<i>Total</i>	400	100
Manicomio de Antioquia 1921-1960		
Mejoría	72	7,3
Petición familiar	11	1,1
Petición propia	8	0,8
Fuga	4	0,4
Sin datos	887	90,3
<i>Total</i>	982	100,0

Fuente: Libros de entradas y salidas. Archivo Central de la Beneficencia de Cundinamarca.

Tabla 9. Oficios de los pacientes del Manicomio Departamental de Antioquia, 1921-1960

Oficios	n	%
Oficios domésticos	376	38,3%
Agricultor	174	17,7%
Sin oficio conocido	94	9,6%
Obrero	69	7%
Ex agente de policía	60	6,1%
Comisionista	34	3,5%
Abogado	28	2,8%
Negociante	27	2,7%
Latonero	21	2,1%
Costurera	18	1,8%
Pintor	15	1,5%
Policia	15	1,5%
Maestro	12	1,2%
Minero	11	1,1%
Carretero	10	1%
Empleado	8	0,8%
Estudiante	4	0,4%
Loterero	4	0,4%
Zapatero	2	0,2%
Total	982	100

Fuente: Laboratorio de Fuentes Históricas, Universidad Nacional de Colombia Sede Medellín

La estructura de interpretación que surge del análisis cualitativo de una base de datos de los certificados médicos del Archivo Judicial de Medellín, remitidos al Manicomio de Bermejil de Medellín, entre 1921 y 1960, está constituida en primer lugar por las *causas de internamiento*, dentro de las que se consideraba la propensión por antecedentes familiares o por reingresos al asilo; asimismo, se presentaban otros factores como: sucesos traumáticos, intoxicación, alcoholismo y masturbación.

Estas causas estaban relacionadas con una segunda categoría: los *actores* que decidían sobre la intervención de los individuos. En su mayoría eran enviados por sus propias familias. En segundo lugar, estaban las remisiones hechas por las alcaldías y las inspecciones de permanencia. En menor medida estaba el autointernamiento. Entre los actores es preciso contar también con el personal que escribía las historias clínicas, acompañadas de juicios de valor sobre los pacientes. Estos actores establecen relaciones clave para entender la percepción social del internamiento, en particular la posición de la familia y los conflictos generados por el rol en ella del enfermo mental, situación que también era causal de asilamiento. El papel de la familia en la determinación de asilar a un enfermo mental coincide con el caso de México, en el que “si bien hubo internos enfermos fueron remitidos por las jefaturas de policía, juzgados, el gobierno de la ciudad, la beneficencia pública, hospitales y cárceles, los expedientes nos muestran que la mayoría de internos fueron llevados a las puertas de La Castañeda por decisión de sus propias familias” [20].

Se destaca una tercera categoría: *características de los pacientes*. Esta, a su vez, está asociada con la referida a *causas de internamiento* por peligrosidad y problemas físicos, así como con la perspectiva de los pacientes como *actores* de enunciación y con respecto a su caracterización socioeconómica.

Una cuarta categoría es la de *características de las instituciones* en cuanto a los tratamientos, administración, tiempo de estancia y motivos de salida, en su mayoría se retiraban por hallarse recuperados, seguido por solicitud de la familia, luego por muerte, fuga y, en menor medida, por petición propia y por traslado a otro centro asistencial.

Discusión

La doble “desposesión” tanto de sustento como de subjetividad

La medicalización de la pobreza y su asociación con la enfermedad mental, hacia 1920 en Colombia, se evidencia en que la administración y asistencia médica de los asilos de indigentes, así como de locos funcionaban conjuntamente. Cada asilo fue requiriendo

de un establecimiento médico para la atención de los internos, al punto que se habían convertido en “colonias-hospitales”; incluso, los habitantes vecinos acudían a la caridad para pedir consultas médicas, como en el caso del Asilo de Mujeres Indigentes y la Colonia de Mendigos. Allí también enviaban a los enfermos incurables, epilépticos y “degenerados” de varios municipios del país. No en vano, en esta doble condición, los pobres y mendigos también eran clasificados en: sanos, enfermos, curables e incurables.

La pobreza, a la par con la locura, se constituyeron como objetos de saber y de poder a partir de la modernidad, en tanto “desposesión de la subjetividad”, en términos de Foucault [26], y de una “secuestro de la experiencia” según Giddens [27], puesto que de forma paralela al funcionamiento de las instituciones de exclusión, la locura se separó de la pobreza y así se deshizo esta asociación característica de la época clásica. La miseria entró en el dominio de la economía, al margen de la internación pública y, de esta manera, dejó de ser considerada una enfermedad social [26]. En este mismo momento surge la idea de la “corrección”, por cuanto “el secuestro del loco y del criminal se aceleró cuando estas categorías se disociaron de la pobreza en general y cuando se llegó a creer que todo individuo era intrínsecamente capaz de cambiar” [27]. Al respecto, conviene destacar la investigación de Silva (2012) sobre la incidencia del espacio positivado, la objetivación del cuerpo y la desposesión de subjetividad en el caso del Manicomio Departamental de Antioquia [28].

Con respecto a la “miseria” como uno de los factores etiológicos de la locura en Antioquia y Caldas, Lázaro Uribe Cálad afirmaba que:

“A estas conclusiones hemos llegado al seguir la observación de esos enfermos que se presentan emaciados, famélicos, esqueléticos, que no tienen otras causas que justifiquen suficientemente la aparición de la psicosis... hay regiones señaladamente prolíficas en estos alienados, lo que nos parece un dato que puede corroborar la tesis que estamos exponiendo; por otra parte, parece que en esas regiones las épocas de escasez y de falta de trabajo retribuido son las más propicias al brote de las locuras por miseria” [29].

En Bogotá, en el caso del Asilo de Locas, el médico Julio Manrique señalaba en 1928 que “la mayor parte de las enfermas que llegan a nuestro Asilo pertenecen a la clase más pobre de nuestra sociedad. Casi todas son labradoras o sirvientas, lo que quiere decir que han vivido en las peores condiciones higiénicas, mal alojadas, mal comidas y pobre alimentadas” [30].

Un caso que coincide con lo anterior es el estudiado en New Haven (Connecticut, 1958) en el que, a partir de estadísticas etiológicas, se concluyó que la posición social ocupada en una estructura de clases determinaba

el número de enfermos mentales así como el tipo de trastorno mental, neurosis o psicosis, en tanto “el género de vida de la clase baja aparece como un estimulante del desarrollo de los desórdenes psicopáticos. Inferimos (de nuestros datos) que el gran número de psicosis en las áreas desheredadas es el efecto de las condiciones de vida de los estratos socioeconómicos inferiores de la sociedad” [31]. Estos resultados son afines a los de la sociología del enfermo mental de Levinson y Gallagher, en tanto la clase social constituye una fuente ampliada y extrahospitalaria de experiencia e influencia vitales en las que el paciente está expuesto a informaciones, valores, actitudes y sentimientos acerca de la enfermedad mental [32].

Sobre las actitudes de la clase social frente a la enfermedad mental, en dicha investigación de New-Haven, se infiere que “pese a su horror por los hospitales psiquiátricos, no es raro que el paciente de clase baja valore el refugio que le dan, pues la vida de su clase exige la lucha diaria por la existencia, vida de pobreza tanto material como psicológica, y que solo le permite los tipos de satisfacción más transitorios y directos” [31].

La locura por miseria obraba unas veces debido a las grandes penas morales que ocasionaba la pobreza, y otras, por la desnutrición avanzada. Según el trabajo de Gutiérrez y Marín [33] partir de una muestra de 77 historias clínicas del antiguo Manicomio de Bermejil en Medellín, entre 1920 y 1959, se presentan tres diagnósticos que aluden a la pobreza como causa de perturbación mental: un agricultor de 50 años en 1927 “lanza gritos e insultos a consecuencia de la pobreza en que se encuentra. Se ha impresionado debido a la escasez de pan para sus hijos”; mujer de 50 años ocupada en oficios domésticos en 1930 “...está afectada por enajenación mental, enfermedad que está caracterizada por gritos, insomnio, amenazas e insultos; ha comenzado hace ya quince días a consecuencia de la suma pobreza en que hoy se encuentra con su esposo e hijos...”; mujer de 18 años ocupada en oficios domésticos en 1936, “opina el médico que debe trasladarse al manicomio departamental por su alienación y ser extremadamente pobre” [34]. En Cundinamarca, por su parte, el Síndico del Asilo de Locas en 1919, manifestó que “la circunstancia muy alarmante de que el número de alienadas, tal vez por la pobreza y el hambre que hoy aflige a la clase menesterosa, aumenta diariamente” [35]. De hecho, según lo informó el médico del establecimiento se registraron muertes ocasionadas por “miseria fisiológica” [36].

Asimismo, por las ocupaciones que tenían —en su mayoría hombres agricultores y mujeres en oficios domésticos— es probable que muchos de los asilados tuvieran dificultades económicas, situación que reducía los medios y la capacidad de las familias para facilitar la recuperación y retiro de sus parientes, puesto que

algunos eran abandonados en el establecimiento o, como se refirió, por su procedencia de lugares remotos pasaron largas esperas para retornar a sus hogares.

Pobreza y locura como enfermedades sociales

La estrecha vecindad entre la pobreza y la locura dentro de los asilos, consideradas como patologías sociales, era frecuente desde el siglo XVIII y a lo largo del XIX, como lo señalan los sociólogos Rothman y Bastide, en tanto la utilización del término “pobre” abarcaba diversas condiciones sociales: “los debates y legislación sobre los pobres incluían a viudas, huérfanos, enfermos, ancianos, inválidos y locos sin que se observara entre ellos una clara diferenciación. La característica identificatoria era la necesidad, moralmente definida, más que las especiales circunstancias que la producían” [37]. Por ejemplo, en el caso de Antioquia, según Jurado, en el censo de 1851 fueron clasificados como “desocupados, indigentes e inhábiles” los siguientes individuos:

...limosneros, mendigos, valetudinarios, enfermos ancianos y pordioseros, entre otras categorías como ciego, demente, idiota, loco, retirado y tullido, sin que sea clara la diferenciación entre muchas de ellas y los criterios que se tuvieron en cuenta para hacer tal clasificación. Estas cifras son apenas un indicio del fenómeno, pues no incluye a los pobres con trabajo, que fueron la mayor parte de la población durante todo el siglo XIX [38].

Dentro de las consideraciones sobre la determinación del establecimiento de un orden social asociado a la psicopatología, en 1849, fue muy extendida la tesis de las “epidemias psíquicas”, planteada por R. Wirthow, según la cual “si la enfermedad es una expresión de la vida individual en condiciones desfavorables, las epidemias deben ser síntomas de trastornos graves de la vida social” [39]. En esa medida, en Colombia se propagaron actitudes de prevención del contagio por exposición nociva a grupos de miserables y locos, que “ofende la moral pública y sus penalidades y humillaciones mortifican a la sociedad”, en cuanto a mostrar un mal ejemplo, por carecer de dignidad y decoro y presentar un “lastimoso cuadro de miseria y degradación moral”, por ofender el pudor con sus harapos y desnudez” [40]. En 1919, las políticas de beneficencia en Cundinamarca se referían en términos del “cuidado de la parte más desvalida de la sociedad, como son los infelices desheredados, verdaderos rezagos humanos” [41]. Similar a este lenguaje lastimero y pudoroso, esta población era considerada con la expresión dantesca de “la perdutta gente”, así como “sombrios, taciturnos y pesarosos” [40].

Al respecto, según Moscoso, la simpatía producida por la *espectacularización* del padecimiento en público se debe a que “los sentimientos de compasión, de impotencia, de indignación, de vergüenza o de lubricidad que acompañan al dolor de otros provienen siempre de emociones presentidas. En la base de la mirada

humanitaria y de la conciencia filantrópica, la simpatía hacia el sufrimiento ajeno configura nuestra experiencia del daño” [42]. De hecho, en un informe del Síndico del Asilo de Indigentes Mujeres, en 1921, se manifiesta que debía crearse una policía de beneficencia para acabar con “el repugnante espectáculo de personas haraposas, medio desnudas y desaseadas, que mortifican a los transeúntes, en las calles y plazas; siendo en muchos casos agentes transmisores de enfermedades contagiosas y, en otros, verdaderos rateros que para facilitar sus fines se cubren con el manto de la mendicidad” [43].

Desde la fundación del Asilo de Indigentes y Locos de San Diego en 1883, según la historiadora Restrepo, pobres, achacosos, indigentes y enfermos mentales tuvieron que padecer las consecuencias del hacinamiento por la ineficiencia del Estado para cumplir con los deberes económicos pactados para la asistencia social y por la falta de terapéutica en los asilos. Por esta razón, no tenía la capacidad suficiente para internar el creciente número de mendigos deambulando por la ciudad y, de esta manera, se consideró que el centro no podía ocuparse también de la función de “limpieza social” de la capital [40].

De acuerdo con Noguera, a finales del siglo XIX y primera mitad del XX, se referían con el término de enfermedades sociales: la sífilis, la lepra, la tuberculosis, así como la prostitución, el chichismo, la criminalidad, la mendicidad, la epilepsia, la locura, entre otros como el idiotismo, cretinismo, etc. [44]. Así refiere un artículo del médico bumangués Martín Carvajal, publicado en la *Revista Médica* de Bogotá, una de las publicaciones científicas más prestigiosas de la época, en el que manifestaba su preocupación por el alcoholismo, “tósigo maldito” causante de degeneración física, mental y moral:

“...a grandes rasgos, la descripción del terreno en donde germinará la simiente fecunda de las grandes enfermedades: locura, con su tornasolada gama de formas; la degeneración hereditaria, con su cortejo de epilépticos, imbéciles, idiotas; la tuberculosis, la criminalidad, el suicidio, la mendicidad, la prostitución, la despoblación, la ruina moral y material de las personas, las familias, las sociedades, las naciones y las razas, todo por este tósigo maldito que en mala hora apareció en las retortas de los alquimistas de la Edad Media” [45].

En la historia de la locura era recurrente el reduccionismo al complejo de colonización que asumía el fenómeno de la locura asociado con el mito del salvaje, al igual que la degeneración de la raza, como lo plantearon los discursos médicos y políticos de la primera mitad del siglo XX. De hecho, Lázaro Uribe Cálad, en 1923, con respecto a la “mala educación” y la herencia como factores etiológicos de las enfermedades mentales en Antioquia y Caldas, consideraba que:

Los conquistadores de estas comarcas trajeron en sus venas la sangre de Doña Juana la Loca y de aquel gran monarca que sufrió la obsesión de la cronometría [Alfonso X, El Sabio]; aventureros nacidos en las tierras de la brujerías y de los sortilegios; tierra madre del más genial de los sistematizados reivindicadores que registran las crónicas psiquiátricas; soldados tan megalómanos como fanáticos, capaces de las más estupendas hazañas como de actos del más refinado sadismo; conquistadores que mezclaron su sangre ardiente con la del aborigen apático y melancólico, preparado ya para las degeneraciones físicas por sus bárbaros procedimientos para deformar el cráneo [7].

Sobre la incidencia del proceso civilizatorio, promovido por el ideal de la nación para formar un sujeto moderno, en 1922, Maximiliano Rueda Galvis, uno de los precursores de la psiquiatría en el país, hizo un llamado para atender de manera urgente los estragos sociales que ocasionaban los crecientes brotes de sífilis en la capital y también acusó al alcoholismo y al chichismo de ser “enemigos de la raza, de la patria y de la sociedad” [46]; asimismo, dos años más tarde, fuera del chichismo, incluyó dentro de las “fuentes etiológicas de las enfermedades de la mente”, a la civilización y la sífilis [47]. Como también lo señala Julio Manrique, el mismo año, con respecto al determinismo que pesaba sobre Cundinamarca y Boyacá denominadas “zona de la chicha” o “zona de la miseria” donde se producían el mayor número de enfermedades mentales [48]. Estos factores coinciden con las mismas etiologías reportadas por Lázaro Uribe Cálad, Médico Alienista del Manicomio Departamental de Antioquia [7].

Aunque, según Rosen, dicha asociación entre civilización y enfermedad mental constituían un prejuicio en la época, “ha sido la investigación de este problema la que en gran medida ha conducido a los actuales estudios sobre epidemiología de la enfermedad mental, y a la preocupación por la tensión social en la etiología de dicha enfermedad” [39]. Sin embargo, de acuerdo con Charles Tilly, es preciso advertir que lo anterior tiende a reducirse a lo que él definió como postulados perniciosos del pensamiento social del siglo XX, cuando se asume que: “una amplia variedad de comportamientos reprobables -incluyendo la locura, el asesinato, la bebida, el crimen, el suicidio y la rebelión- resulta de la tensión producida por un cambio social excesivamente rápido” [49]. Esta tensión entre las fuerzas del desorden y del orden, tiende al reduccionismo de una tipificación bipolar que produjo desde el siglo XIX dogmatismos de clasificación y posturas totalitarias sobre el cambio y el control social, en este caso sobre las causas y consecuencias de la pobreza y la locura como fenómenos intervenidos por dispositivos de exclusión y diferenciación social.

Agradecimientos

Al médico psiquiatra, Norberto Aldo Conti, investigador del Capítulo de Historia de la Psiquiatría, Asociación de psiquiatras argentinos, APSA, por su asesoría en Medellín, mediante el Grupo de Historia de la Salud de la Universidad de Antioquia, coordinado por Álvaro Casas Orrego. A la Red Iberoamericana de Historia de la Psiquiatría. A Henry Gómez Flórez, por su apoyo en el análisis estadístico.

Referencias

- 1 Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. Argentina: Siglo XXI; 1983
- 2 Durkheim É. Reglas relativas a la distinción entre lo normal y lo patológico. En: Las reglas del método sociológico. México: FCE; 2001. p. 99.
- 3 Morel B. Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades, 1857. En: Caponi S. Loucos e degenerados. Uma genealogia da psiquitria ampliada. Manguinhos: Fiocruz; 2012. p. 22.
- 4 Pedraza Z. En cuerpo y alma, visiones del progreso y de la felicidad, educación, cuerpo y orden social en Colombia (1830-1990). Bogotá: Ediciones Uniandes; 2011. p. 211.
- 5 Foucault M. Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión. Buenos Aires: Siglo XXI; 2003. p. 4.
- 6 Jiménez M. La locura en Colombia y sus causas. Revista Cultura, 1916; 3(16): 216-233.
- 7 Uribe L. Manicomio Departamental, Informe del Director. En: Archivo Histórico de Antioquia, Secretaría de Higiene y Asuntos Sociales, Capítulo VIII, 1940, pp. 104-112.
- 8 Congote JC, Casas ÁL. Alcoholismo: enfermedad social en Medellín (1900-1930). En: Salud y salud pública. Aproximaciones históricas y epistemológicas. Medellín: Universidad de Antioquia-Hombre Nuevo Editores, 2013, pp. 127-148.
- 9 Kraepelin É. Cien años de psiquiatría. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1999, pp. 150-152.
- 10 Guiddens A. Modernidad e identidad del yo. Barcelona: Península, 2000, p. 203.
- 11 Putnam CE. Informe presentado a la Academia Nacional de Medicina por el Doctor Carlos E. Putnam. En: Revista Médica de Bogotá, Año XXXI, septiembre de 1913, pp. 248-259.
- 12 Biblioteca Luis Ángel Arango. Sala de libros raros y manuscritos. Banco de la República, Colombia, 2012.
- 13 Roselli H. Historia de la Psiquiatría en Colombia. Bogotá: Editorial Horizontes, 1968, T. 1, pp. 176-179.
- 14 Huertas R. Clasificar y Educar. Historia natural y social de la deficiencia mental. Madrid: CSIC, 1998, p. 96.
- 15 Cadavid T, Velásquez D. Informe de la Casa de Menores y Escuela de Trabajo. Medellín: Imprenta Oficial, 1921, p. 11. Sala Antioquia U.de.A.
- 16 Cadavid T. Casa de Menores. El Correo Liberal, abril 19 de 1920, pp. 155-156.
- 17 Venancio AT. Historia e historiografía de la psiquiatría en Brasil: contribuciones y perspectivas. Casa Oswaldo Cruz, Fiocruz, Brasil, 2013.
- 18 Galdini AM. Alienação mental, raça e progresso no Brasil. Brasil: Universidade Estadual de Campinas; 2014.
- 19 Sacristán C. La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. Cuicuilco. Revista de la Escuela Nacional de Antropología e Historia, Instituto Nacional de Antropología e Historia. 2009; 16(45):163-188.
- 20 Ríos A. La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General de La Castañeda, 1910-1920. México: El Colegio de México; 2013. pp. 55-72.
- 21 Ferraro N, Rousseaux A. Reflexiones sobre el impacto de la eugenesia en el campo científico argentino. La biotipología como exponente particular en la psiquiatría argentina. Temas de historia de la psiquiatría argentina. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2014. pp. 13-20
- 22 Sánchez M. Eugenesia: ciencia y religión. Una aproximación al caso chileno. Revista de Historia Social y de las mentalidades. 2014; 18(1): 59-83.
- 23 Archivo Central de la Beneficencia de Cundinamarca. Informe del Inspector Técnico del Hospital San Juan de Dios [Juan David Herrera] presentado a la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca. Bogotá: Casa Editorial de La Cruzada, 1919, p. 21.
- 24 ACB. Informe del Médico del Asilo de Locas [Antonio Gómez Calvo] presentado ante la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca. Bogotá: Casa Editorial de La Cruzada, 1921, p. 47.
- 25 Duque D, Quiceno G. Psicosis alcohólica en el Hospital Mental de Antioquia, Colombia 1900-1930. Iatreia. 2011; 24(1); 97-104.
- 26 Foucault M. Historia de la locura en la época clásica, T.1. México: F.C.E.: 2009.
- 27 Giddens, Anthony. Modernidad e identidad del yo. Barcelona: Península, 2000.
- 28 Silva JA. Espacio, Cuerpo y Subjetividad en el Manicomio Departamental de Antioquia: 1875-1930 [Tesis de Maestría en Historia]. Medellín: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
- 29 Uribe L. Principales factores etiológicos de la locura en los departamentos de Antioquia y Caldas. Revista clínica: órgano de la Sociedad clínica del Hospital de Medellín. 1923;3(25-28): 196.
- 30 Manrique J. Informe del Médico Síndico del Asilo de Locas. Bogotá: Archivo de la Beneficencia de Cundinamarca; 1924, p. 128.
- 31 Hollingshead A, Redlich F. Social class and mental illness, a community study. En: Bastide R, editor. Sociología de las enfermedades mentales. México: Siglo XXI; 1983. p. 189.
- 32 Levinson D, Gallagher E. Sociología del enfermo mental. Buenos Aires: Amorrortu; 1971. p. 194.
- 33 Gutiérrez J, Marín Y. Poder psiquiátrico, formas clínicas y clasificación de la locura como enfermedad social, en el caso del Manicomio Departamental de Antioquia, 1920-1959. Katharsis. 2012; 14: 197-224.
- 34 Manicomio Departamental de Antioquia. Historias clínicas. Laboratorio de Fuentes Documentales. Medellín: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
- 35 ACB. Informe del Síndico del Asilo de Locas [Daniel Merizalde] presentado ante la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca. Bogotá: Casa Editorial de La Cruzada, 1919, p. 62.
- 36 ACB. Informe del Médico del Asilo de Locas [Antonio Gómez Calvo] presentado ante la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca. Bogotá: Casa Editorial de La Cruzada, 1919, p. 65.
- 37 Rothman, David J. The Discovery of the asylum, Boston, Little Brown, 1971, p. 4. En: Bastide, Roger. Sociología de las enfermedades mentales. México: Siglo XXI, 1983, p. 201.

- 38 Archivo Histórico de Antioquia. Tomos 2.698-2.702. En: Jurado, Juan C. Pobreza y nación en Colombia, siglo XIX. En: Revista de Historia Iberoamericana. 2010; 3(2): 47-71
- 39 Rosen G. Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental. Madrid: Alianza; 1974. p. 211.
- 40 Restrepo E. El Hospital San Juan de Dios 1635-1895. Una historia de enfermedad, pobreza y muerte en Bogotá. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011. p. 531.
- 41 ACB. Informe del Presidente de la Junta General de Beneficencia [Clemente Matiz Fernández] presentado ante la Honorable Asamblea de Cundinamarca. Bogotá: Casa Editorial de La Cruzada-; 1919. p. 3
- 42 Moscoso J. Historia cultural del dolor. México: Taurus; 2011. p. 84.
- 43 ACB. Informe del Síndico del Asilo de Mujeres Indigentes presentado ante la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca. Bogotá: Casa Editorial de La Cruzada, 1921, p. 97.
- 44 Noguera CE. Medicina y política. Discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia. Medellín: Fondo editorial Eafit; 2003. p. 183.
- 45 Carvajal M. Contribución a la lucha antialcohólica: alcohol, alcoholismo y locura. Rev. Med. 1919; 37: 176.
- 46 ACB. Informe del Médico-Director [Maximiliano Rueda Galvis] del Asilo de Locos presentado ante la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca. Bogotá: Casa Editorial de La Cruzada, 1922, p. 84.
- 47 ACB. Informe del Médico-Director [Maximiliano Rueda Galvis] del Asilo de Locos presentado ante la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca. Bogotá: Casa Editorial de La Cruzada, 1924, p. 116.
- 48 Manrique J. Informe del Médico Síndico del Asilo de Locas. Bogotá: Archivo de la Beneficencia de Cundinamarca, 1924, p. 128.
- 49 Tilly C. Grandes estructuras, procesos amplios, comparaciones enormes. Madrid: Alianza; 1991. p. 27.