

INVESTIGACIONES

Alienismo, manicomio y psiquiatría en Medellín (1920-1946)

Alienism, asylum and psychiatry in Medellín (1920-1946)

Dina María Herrera*

Resumen

La intención de este artículo es presentar algunas reflexiones en torno al alienismo, al manicomio y a la psiquiatría en Medellín, de tal suerte que se hace un breve recorrido por la historia de Europa y su influencia en Colombia. A renglón seguido, se identifica el tratamiento que se le hiciera a la locura en la Edad Media, arribando con gran fuerza y desconocimiento a una modernidad ávida de progreso y de orden, no sin antes atravesar por el Renacimiento. Este artículo hace parte del texto final *Biografía de un alienista: Lázaro Uribe Cálad 1920-1946*, trabajo de investigación para optar al título de Magister en Historia.

Palabras clave

Alienismo; Manicomio; Salud; Institución; Locura.

Abstract

The intention of this paper is to present some reflections on alienism, asylum and psychiatry in Medellín, there is a brief review throughout the history of Europe and its influence on Colombia. Next, the treatment of madness in the Middle Ages is identified, reaching with great force and ignorance to modern times that are hungry for progress and order, but not before going through the Renaissance. This article is part of the final text *Biography of an alienist: Lázaro Uribe Cálad 1920-1946*, a paper to qualify for the title of Magister in History.

Keywords

Alienism; Asylum; Health; Institution; Madness

* Profesional en Desarrollo Familiar y Psicóloga, Universidad Católica Luis Amigó. Especialista en Cultura Política. Pedagogía de los Derechos Humanos, Universidad Autónoma Latinoamericana. Diplomado en Pedagogía Contemporánea, Unaula. Magíster en Historia, Universidad de Antioquia. Institución Educativa Bello Horizonte. Correo electrónico: dinama617@hotmail.com, Orcid: 0000-0002-2601-3614.

Introducción

El médico alienista Lázaro Uribe Cálad tuvo a su cargo el Manicomio Departamental de Antioquia durante veinte y seis años, hecho que generó y que continúa generando –a pesar de ser un personaje desconocido para la medicina, la psiquiatría y la psicología, pero no tanto para la historiografía– inquietud y desconcierto por parte de quienes lo rodearon para la época y de quienes han buscado en los anaqueles de los archivos históricos de Medellín y de Antioquia información sobre él. Sus prácticas dentro del centro manicomial fueron ortodoxas, descontextualizadas, abusivas e improvisadas, no obstante, no se puede dejar de reconocer en su osadía la búsqueda de respuestas que facilitaban y daban un parte de confianza y tranquilidad a los habitantes de Medellín. Una Medellín que se ahogaba en el modernismo, abrigado por el ascenso y el deseo de ser una sociedad influenciada por la Europa de finales del siglo XIX y principios del siglo XX.

Uribe Cálad tuvo la capacidad de verse rodeado por partidarios y contradictores; no se puede negar que sus ensayos, sus abusos y desconocimientos de la enfermedad mental produjeron no solo estragos en quienes fueron sus pacientes, sino que también dieron pautas para observar la locura desde el ámbito de la cura y el bienestar del enfermo mental. Al haber seguido prácticas traídas de Europa, se acogió a la locura como parte del internamiento, del encierro, de la anulación y de la enajenación. Padecer una enfermedad que sobrepasaba los límites del conocimiento médico era sinónimo de vergüenza y, por consiguiente, autorizaba al poder para que se presentara en diferentes matices, formas y ejecuciones.

Nombrado por los gobernantes de turno, Lázaro Uribe Cálad posibilita ahondar un poco más en la oscuridad de la enfermedad mental y en los efectos que trae consigo el crecimiento económico, el reconocimiento en el mapa y el desconocimiento del ser humano enfrentado a su mente, a su comportamiento y a su salud.

Orígenes del manicomio

Al tener la pretensión de conocer el manicomio, no solo desde su estructura y su funcionalidad, sino también desde su enfoque y participación en las sociedades ávidas de evolución y progreso, es perentorio pasar la mirada por la Europa de los siglos XVII-XVIII y por la presencia de los mismos a finales del siglo XIX en América Latina y en Colombia, específicamente en Medellín.

Los primeros espacios para el internamiento, es decir, los manicomios:

Forman parte de la sociedad disciplinaria, y serían las fuentes de las que han emanado buena parte del régimen discursivo que la psiquiatría ha desplegado en la sociedad de control. En este ámbito la generalización e internalización de las que se consideran prácticas y conductas «anormales» guían los procesos de subjetivación «normales», y, por tanto, las vidas de las personas (García y Jiménez, 2010, p. 127).

En este sentido, el manicomio no solo formó parte del entorno social, sino que su participación central estuvo signada como aquel lugar que intervenía e interfería en la vida privada del sujeto que padeciera algún trastorno mental, de comportamiento, religioso, entre otros, y que por el mismo fuera conducido a sus instalaciones. Desde Foucault (1978) se comprende como “el hospital, como la civilización, es un lugar artificial en el cual la enfermedad trasplantada corre el riesgo de perder su rostro esencial” (p. 36). Para el caso de Antioquia, era el del ‘progreso’. Además, Tenón (como se citó en Foucault, 1978) observó el hospital como ese espacio que:

Permite ‘clasificar de tal modo a los enfermos que cada uno encuentra lo que conviene a su estado sin agravar por su vecindad el mal del otro, sin difundir el contagio, ya sea en el hospital, ya sea fuera de él’. La enfermedad encuentra allá su elevado lugar, y como la residencia forzada de su lugar (p. 69).

Los manicomios contaron en su funcionamiento con un sinnúmero de eventos contradictorios que, supuestamente, eran considerados como terapias: prácticas crueles, sombrías, conflictivas, arbitrarias y hasta deshumanizadoras, que también se dieron en el Manicomio de Bermejál en la ciudad de Medellín. Las mismas sirvieron para el nacimiento del alienismo como práctica de intervención, para el desarrollo de la psiquiatría, para dar paso a lo que hoy son los modernos hospitales mentales, y para el establecimiento de las diferentes técnicas que se utilizaron para intervenir al enfermo mental en compañía de su familia. Todo lo anterior nos permite inscribir al doctor Lázaro Uribe Cálad dentro del Manicomio Departamental de Antioquia y como representante del alienismo en Colombia en el periodo 1920-1946.

La herencia europea de los manicomios

La historiografía europea cuenta con un interesante y amplio registro de lo que fueron en sus inicios los lugares en que se confinaron a los locos a partir del siglo XVII. Autores como Foucault, Castel, Porter, Huertas y Campos Marín realizaron una radiografía bien documentada de la historia de los manicomios. Estas reflexiones serán acompañadas a lo largo del texto de algunos referentes de lo que ocurría en el Manicomio Departamental de Antioquia.

Foucault (1975), filósofo e historiador francés, en su reconocido ensayo “Historia de la locura en la época clásica”, revolucionario y denunciante, logra diferenciar en sus páginas tres épocas de la locura; la primera de ellas corresponde al Renacimiento, época donde predominó la práctica común de embarcar a los locos hacia otros espacios de agua (mares y ríos) y con pocas posibilidades de llegar a tierra firme; seguida del período Clásico, ubicado entre los siglos XVII y XVIII, periodo de encierro de la locura en el hospital general; y por último identificó la época Moderna, marcada por la ilusión de la liberación en cabeza de Pinel y de su medicalización (Foucault, 1961, p. 6).

El Renacimiento

Foucault (1961) plantea la hipótesis de la erradicación de la lepra. Fue una enfermedad que azotó a Europa principalmente, durante la Edad Media; cobrando vidas y un sinnúmero de destierros para quienes la padecían, la marca de exclusión social se hizo presente. Esta mirada que presenta Foucault sirve como puerta para comprender la creación de los hospicios u hospitales que atendían al enfermo en Europa finalizando la Edad Media:

En las márgenes de la comunidad, en las puertas de las ciudades, se abren terrenos, como grandes playas, en los cuales ya no acecha la enfermedad, la cual, sin embargo, los ha dejado estériles e inhabitables por mucho tiempo. Durante siglos, estas extensiones pertenecerán a lo inhumano. Del siglo XIV al XVII, van a esperar y a solicitar por medio de extraños encantamientos una nueva encarnación del mal, una mueca distinta del miedo, una magia renovada de purificación y de exclusión (Foucault, 1961, p. 6).

Se sitúa la erradicación de la enfermedad en expulsar del entorno familiar y social a quien la padeciera, estableciéndose un umbral de diferencia entre los sanos y los enfermos. Este exterminio de la enfermedad marcó a los leprosos, de acuerdo con Foucault (1961); esto condujo a la creación de los leprosarios, que hicieron parte del panorama no tan alentador de Europa, en donde se esperaba el éxito de tales lugares que, sin embargo, no fueron un paso importante hacia la cura.

El confinamiento en los leprosarios no resultó ser la manera de librar a la población de la enfermedad; estos sitios se hicieron insostenibles por sus altos costos para atender a los leprosos, los enfermos morían por las mismas condiciones de la enfermedad y por la precariedad en que se intervenía al enfermo, así como también por la proliferación de la enfermedad, lo que dio como resultado el hecho de que los leprosarios quedaran vacíos. Debido a su nefasto resultado, se decidió desterrar de la región a quien la padeciera, de esta manera la entonces presente y firme exclusión social se hace la protagonista de turno. Para llevar a cabo la acción de la exclusión, el leproso era conducido a la iglesia y se le compartía el mensaje de Dios:

Amigo mío —dice el ritual de la iglesia de Vienne—, le place a Nuestro Señor que hayas sido infectado con esta enfermedad, y te hace Nuestro Señor una gran gracia, al quererte castigar por los males que has hecho en este mundo (Foucault, 1961, p. 8).

Se convertían en los parias; perdón, castigo y curación estrechaban la mano. Al ser expulsados, se les prohibía el ingreso a los diferentes lugares de la ciudad como los mercados, iglesia, tabernas, entre otros.

Foucault (1961) reconoce que, en importancia, la enfermedad es reemplazada por las enfermedades venéreas ocupando de nuevo los espacios de las leproserías; muy al contrario de los enfermos de lepra y su no búsqueda de la cura, los enfermos de venéreas fueron rodeados por los médicos: el mercurio, la triaca y el guayabo fueron algunos de los tratamientos más recurrentes. Cabe preguntarse ¿qué relación tiene esto con el internamiento? Con Foucault se logra comprender que:

Bajo la influencia del mundo del internamiento tal como se constituyó en el siglo XVII, la enfermedad venérea se ha separado, en cierta medida, de su contexto médico, y se ha integrado al lado de la locura, en un espacio moral de exclusión (p. 7).

Lo anterior conduce a sustentar los motivos por los cuales el manicomio ha sido considerado como la prolongación de la exclusión de aquellos sujetos que, de una u otra manera, interfirieron en el normal desarrollo de las sociedades. La locura, según Foucault (1961), se controló al crear los: “*Nef des Fous*, la nave de los locos” (p. 9). En estos navíos se congregaba a los locos, quienes deambulaban por las aguas sin tener la posibilidad de tocar tierra; algunos de ellos eran abandonados por los mercaderes a los que se les confiaban, porque:

Así se comprende mejor el curioso sentido que tiene la navegación de los locos y que le da sin duda su prestigio. Por una parte, prácticamente posee una eficacia indiscutible; confiar el loco a los marineros es evitar, seguramente, que el insensato merodee indefinidamente bajo los muros de la ciudad, asegurarse de que irá lejos y volverlo prisionero de su misma partida. Pero a todo esto, el agua agrega la masa oscura de sus propios valores; ella lo lleva, pero hace algo más, lo purifica; además, la navegación libra al hombre a la incertidumbre de su suerte; cada uno queda entregado a su propio destino, pues cada viaje es, potencialmente, el último. Hacia el otro mundo es adonde parte el loco en su loca barquilla; es del otro mundo de donde viene cuando desembarca. La navegación del loco es, a la vez, distribución rigurosa y tránsito absoluto (Foucault, 1961, p. 16).

Esta purificación y búsqueda de la razón no era generalizada, existía quienes recorrían los campos alejados de la urbe, y otros más que tenían el privilegio de ser conducidos a los lugares que se construyeron para ser recibidos, entre ellos registra Foucault (1961) los “Châtelet de Melun o la famosa Torre de los Locos de Caen” (p. 10). Es decir, no todos eran sacados del territorio porque se pretendía que cada población se encargara de sus locos, evitando el tránsito de un lugar a otro, aunque sí continuaban siendo excluidos: “los locos, pues, no son siempre expulsados. Se puede suponer, entonces, que no se expulsaba sino a los extraños, y que cada ciudad aceptaba encargarse exclusivamente de aquellos que se contaban entre sus ciudadanos” (Foucault, 1961, p. 10).

El Periodo Clásico

Durante el siglo XVII se acudió con mayor frecuencia a la práctica del internamiento del loco, Foucault (1961) señala cómo la participación de las Lettres de Cachet y ciertas medidas arbitrarias de detención legitimaron el encierro:

Se sabe que los locos, durante un siglo y medio, han sufrido el régimen de estos internados, hasta el día en que se les descubrió en las salas del Hospital General, o en los calabozos de las casas de fuerza; se hallará que estaban mezclados con la población de las Workhouses o Zuchthäusern. Pero casi nunca se precisó claramente cuál era su estatuto, ni qué sentido tenía esta vecindad, que parecía asignar una misma patria a los pobres, a los desocupados, a los mozos de correccional y a los insensatos (p. 38).

Al identificarse en el siglo XVII la prevalencia y el lugar de privilegio que se le otorgó al alienismo, se podrá comprender por qué el encierro se convirtió para la enfermedad y para el enfermo en un sitio natural donde permanecer. El autor (Foucault, 1961) indica que en 1656 se generó un decreto para que se fundara en París el Hôpital Général, y se acogieran otros establecimientos que ya existían, entre ellos la Salpêtrière, Bicêtre, La Casa y el Hospital, la casa y el hospital de Escipión, la casa de la Jabonería, a los que se acercaban personas de diferente sexo, lugar de residencia y edad, independientemente del estado en el que se encontrara su salud o capacidad física. El objetivo central de estos sitios era el de acoger, hospedar y alimentar a aquellos que se presentaran por sí mismos o aquellos que fueran

enviados allí por la autoridad real o judicial; era preciso también vigilar la subsistencia, el cuidado, el orden general de los que no habían podido encontrar un lugar, aunque podrían o merecerían estar. El director del Hospital en París debía ser: “nombrado de por vida, que ejercen sus poderes no solamente en las construcciones del hospital, sino en toda la ciudad de París, sobre aquellos individuos que caen bajo su jurisdicción” (Foucault, 1961, p. 39).

Para nuestro caso, Uribe Cálad, aunque vigilado y tolerado por la Gobernación de Antioquia y por el cuerpo médico de la ciudad, poseía el poder para administrar el manicomio desde los recursos humanos, pasando por el control del ingreso de los pacientes, el manejo de los dineros entregados para su funcionamiento, los tratamientos aplicados a los enfermos, además de haber estado por un periodo de tiempo prolongado, 26 años, frente a la dirección del manicomio.

El director del Hospital General de París ostentaba un poder casi absoluto, incluso se le permitía el uso de estacas y argollas de suplicio, prisiones y mazmorras, tanto para el Hospital como para todos los sectores que dependían de este: “tienen todo poder de autoridad, de dirección, de administración, de comercio, de policía, de jurisdicción, de corrección y de sanción, sobre todos los pobres de París, tanto dentro como fuera del Hôpital Général” (Foucault, 1961, p. 39).

El camino que continúa para la locura es el del internamiento, si bien los leprosos, vagabundos y los contagiados con venéreas eran sometidos al aislamiento y a su propio albedrío, los locos del siglo XVII y XVIII se ‘privilegiaban’ por no ser excluidos en un orden distinto y, a su vez, por encontrarse bajo la protección de las leyes del Rey; así lo refleja Foucault (1961):

La locura ya no hallará hospitalidad sino entre las paredes del hospital, al lado de todos los pobres. Es allí donde la encontraremos aún a fines del siglo XVIII. Para con ella ha nacido una sensibilidad nueva: ya no religiosa, sino social. Si el loco aparece ordinariamente en el paisaje humano de la Edad Media, es como llegado de otro mundo. Ahora, va a destacarse sobre el fondo de un problema de “policía”, concerniente al orden de los individuos en la ciudad. Antes se le recibía porque venía de otra parte; ahora se le va a excluir porque viene de aquí mismo y ocupa un lugar entre los pobres, los míseros, los vagabundos. La hospitalidad que lo acoge va a convertirse —nuevo equívoco— en la medida de saneamiento que lo pone fuera de circulación. En efecto, él vaga; pero ya no por el camino de una extraña peregrinación; perturba el orden del espacio social. Despojada de los derechos de la miseria y robada de su gloria, la locura, con la pobreza y la holgazanería, aparece en adelante, secamente, en la dialéctica inmanente de los Estados (p. 48).

Estos siglos se caracterizaron por las crisis económicas que, por sus derivados efectos, incrementaron el número de personas que ejercían la mendicidad, los mismos que eran llevados al confinamiento forzoso ordenado por el Rey:

Durante mucho tiempo, la correccional o los locales del Hôpital Général, servirán para guardar a los desocupados y a los vagabundos. Cada vez que se produce una crisis y que el número de pobres aumenta rápidamente, las casas de confinamiento recuperan, por lo menos un tiempo, su primera significación económica. A mediados del siglo XVIII, otra vez en plena crisis, hay 12 mil obreros que mendigan en Ruán y otros tantos en Tours; en Lyon cierran las fábricas (Foucault, 1961, p. 51).

La misma locura y su recurso de aislamiento sirvieron de inspiración para establecer otros mecanismos de poder y control. En los hospitales, al ser lugares en los que la quietud y la pereza reinaban, y que requerían de inversión para su sostenibilidad, se pensó en hacer uso de los mismos alienados capacitándolos en el aprendizaje en un oficio, generando mano de obra barata para una sociedad que perseguía la prosperidad.

En Medellín se avizó algo similar en la primera mitad del siglo XX, al verse las calles ocupadas por mendigos y extraños, los locos venidos de otros sectores y los comportamientos ajenos en las casas. La policía ejerció la función del encierro, primero se ocupó la cárcel de la ciudad, pasando por el asilo, y después de construido el manicomio, se llevaban allí; al revisar las historias clínicas se encuentra cómo algunos eran remitidos por el Inspector de zona:

Perturbaciones mentales consistente en ataques furiosos sin motivo ninguno, durante los cuales atenta contra la vida de los familiares a mano armada (...) en su casa todos los días lesiona la moral con sus salidas de su pieza en completa desnudez y atenta contra la vida de los que lo rodean. Medellín 15 de abril de 1943. Rigoberto Solís G. Enviado por la Inspección Segunda de Medellín (Laboratorio de Fuentes Históricas, Universidad Nacional de Colombia [LFHUNC], sede Medellín Fondo Hospital Mental de Antioquia, Historia Clínica 03538, caja 21).

La Época Moderna

66

La creación del Hospital General en Europa no se dio solamente en Francia, proliferó en Alemania, España e Inglaterra, entre otros países, su finalidad última se enmarcó en el encierro de depravados, los hijos pródigos, los blasfemos, los libertinos, todos ellos con un perfil bien marcado en la sinrazón. Se continuó aislando al enfermo mental, más con la intencionalidad de congregarlos, disiparlos y ajusticiarlos, que de curarlos:

El internamiento no es un primer esfuerzo hacia una hospitalización de la locura, bajo sus diversos aspectos mórbidos. Constituye, antes bien, una homologación de alienados a todas las otras casas correccionales, como de ello testimonia esas extrañas fórmulas jurídicas que no confían los insensatos a los cuidados del hospital, sino que los condenan a permanecer allí (Foucault, 1961, p. 85).

El discurso del loco determinó la época y esta, a su vez, respondió a las demandas de los pobladores al pretender dar solución con el encierro a la problemática de la locura. El siglo XVIII o de las luces, al pretender expresar un pensamiento más libertario para el hombre, se vio sujeto a la ley de la interdicción (privación de un derecho civil impuesto), ley que limitaba la capacidad de decisión del insano.. Se apeló a sostener al ser humano en el encierro para que de esta manera sus familiares lograran manejar sus bienes, si es que existían, y dejarlos en los hospitales con el fin de sofocar y controlar la enfermedad. De ahí que Pinel, médico francés especializado en el estudio y tratamiento de las enfermedades mentales, tuvo bajo su mandato los hospitales de Bicêtre y de la Salpêtrière. Del desempeño de su cargo como Director surge el interés por las condiciones de los enfermos, llegando a proponer una psiquiatría que tratara por primera vez al loco como un ser humano:

Lo que Pinel y sus contemporáneos considerarán como un descubrimiento a la vez de la filantropía y de la ciencia no es, en el fondo, más que la reconciliación de la conciencia dividida del siglo XVIII. El internamiento del hombre social logrado en la interdicción del sujeto jurídico: ello quiere decir que por primera vez el hombre alienado es reconocido como incapaz y como loco; su extravagancia, percibida inmediatamente por la sociedad, limita su existencia jurídica, pero sin rebasarla. Por el hecho mismo, los dos usos de la medicina se reconcilian: el que trata de definir las estructuras finas de la responsabilidad y de la capacidad, y el que sólo ayuda a desencadenar el decreto social de internamiento (Foucault, 1961, p. 97).

El ascenso del loco a la condición de ser humano se realizó en un momento donde la presencia de la 'normalidad' y la razón dieron sus primeros y aún secos frutos, pasando de ser un loco encerrado por orden judicial, a un ser humano con una enfermedad mental. El médico Pinel defendió el buen trato hacia los pacientes, lejos de los grilletes, las camisas de fuerza y el aislamiento; a su vez, tuvo presente los móviles o las características que sustentaban separarlos de la sociedad y de sus familiares: enfermedad o mendicidad, entre otros. Sin duda alguna, esta mirada revolucionaria hacia la enfermedad le dio un viraje al cuidado del loco, al igual que a las formas de contención de las diversas manifestaciones de locura.

Al repasar la historia de la locura en Colombia, se llegan a comprender las denuncias presentadas frente al funcionamiento del manicomio y las acciones de Uribe Cálad dentro del mismo, cuando el abandono y el no progreso de los enfermos hacia la cura se hizo latente:

La dotación de este centro asistencial se componía de camas de cemento en forma de batea, donde se encharcaban ahí mismo orines y materias fecales del moribundo (...) Las camas también estaban dotadas de correas para manos y pies y las celdas eran verdaderos calabozos de tortura abarrotados y antihigiénicos (Quiroz, 1987, pp. 14-15).

Otro autor que se interesó en estudiar la Edad Moderna respecto a la enfermedad mental y, en especial, al funcionamiento de los hospitales y manicomios es Robert Castel (2009), sociólogo francés, fue director de la Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales, trabajó con Bourdieu y Foucault a quienes admiraba y seguía. Se interesó por el estudio de la psicología, la psiquiatría y la antipsiquiatría. Los apuntes que a continuación se registran, se basan en su texto: *El orden psiquiátrico. Edad de oro del alienismo*. El análisis que realiza Castel de las instituciones totalizantes conjuga el papel del loco, del médico y del hospital; presenta la hospitalización y la medicalización como los protagonistas, dado que la participación del médico ya había tenido su momento:

La entrada del médico en la escena de la locura no representa en modo alguno, a finales del siglo XVIII, una innovación absoluta. Ya había intervenido a títulos diversos y, hacia el final del Antiguo Régimen, sus roles se sistematizan (Castel, 2009, p. 46).

Continúa su disertación el mencionado autor al aducir que la solución de la enfermedad pasó no solo por el encierro, sino también por el tratamiento que se le aplicara al alienado, y para lograr tal éxito, se debía separar a los enfermos de los que se encontraban confinados por ser mendigos o libertinos. El espacio habitacional del Hospital no podía ser compartido entre ambas poblaciones. Bajo esta perspectiva, la Ordenanza real de 1767 de Francia prescribió la creación de:

Los depósitos de mendicidad (...) Estos establecimientos se proponían fijar las poblaciones más móviles de mendigos y vagabundos. 'Su verdadero destino es el de contener a todos aquellos que los hospitales rechazan y que las prisiones no pueden contener' (Castel, 2009, p. 48).

La separación de los enfermos de los no enfermos organizó la institución, era perentorio darle continuidad a la medida bajo la tutela del médico, así lo ratifica Castel (1980):

Es algo más que un anticipo del famoso axioma alienista formulado por Esquirol: 'Una casa de alienados es un instrumento de curación; en manos de un médico capaz, es el más poderoso agente terapéutico contra las enfermedades mentales' (p. 50).

La cura no la garantizaba el encierro ni los tratamientos suministrados, esto se dejaba a la naturaleza:

Una encuesta de 1790 realizada en Bicêtre por iniciativa de M. de Jussieu, teniente alcalde al gobierno de los hospitales, inquiriere si 'hay un método curativo empleado para el tratamiento de la locura'. Respuesta: 'No. Todos los locos enviados a Bicêtre continúan allí *in statu quo* hasta que le place a la naturaleza favorecerlos' (Castel, 2009, p. 50).

Podría preguntarse a qué tipo de naturaleza (animal, vegetal, mineral, humana o divina) hizo alusión quien respondió la pregunta. Al respecto es bueno señalar que, en los inicios del Manicomio Departamental de Antioquia, pocos pacientes salieron por encontrarse en mejores condiciones de salud; se presentó el caso de pacientes que vivieron en las instalaciones del manicomio por un extenso periodo de tiempo y murieron en él, sin encontrar mejora alguna en su salud y en el comportamiento, así se halla registrado en una de las primeras historias clínicas levantada por Uribe Cálad:

Dicha enferma hacía 45 años que estaba asilada en esta casa, por cuyo motivo no existe planilla con ningún detalle. Así en el transcurso de 7 años que hace la conocí permanecer en cama o en silla debido a que estaba inhábil, se alimentaba y dormía regular, pedía constantemente tabaco y chocolate. Su mayor entretenimiento era jugar con muñecas y cuyas completamente en el estado de la infancia. De vez en cuando se veía atacada de Gucosos Osmáticos para lo cual se le aplicaba antibioxima que la mejoraban. Así pasó todo este tiempo hasta el año 45 en que le daban con mayor frecuencia y en el mes de junio se vio atacada de una neumonía hipostática que le produjo la muerte a pesar de los muchos cuidados que le prodigaron los seis médicos. Murió el 26 de junio del 45 a los 84 años de edad y 45 de manicomio. No encontramos más justificación (LFHUNC, caja 1, historia clínica 00003).

La tabla 1 contiene la información obtenida de las historias clínicas acerca de los motivos más frecuentes por los que egresaban los pacientes del manicomio. El análisis dio como resultado que el mayor número de salidas de la Institución se concentraba en aquellos pacientes que presentaban signos de mejoría. A diferencia de esto, le siguen aquellos que su egreso se dio por diferentes aspectos que lo llevaron a la muerte: caquexia, marasmo, infecciones, afecciones y nefritis aguda. Frente a esto, vale recordar las condiciones económicas e higiénicas del manicomio, las cuales fueron simplemente lamentables; además de estar lo anterior acompañado de la inadecuada alimentación, de la situación de las aguas –aún no se contaba con agua potable para el consumo–; acuñado todo esto con las condiciones de hacinamiento de los pacientes.

El número de enfermos aumentaba, disminuyéndose a su vez el espacio habitacional, lo que producía epidemias al interior del establecimiento. Súmesele igualmente el sometimiento de los pacientes cuando eran amarrados por orden del director en sus camas, con el agravante de defecar y orinar en esta careciendo de una adecuada limpieza y conviviendo con sus heces por un buen tiempo; de igual manera, las mujeres padecían de la inadecuada higiene mientras tenían el periodo menstrual, como resultado presentaban infecciones en las vías urinarias y en los riñones.

La lectura de los expedientes muestra, entre otras, dos razones que justificaban la salida de los pacientes del manicomio: una se daba porque el enajenado se fugaba y otra por haberse curado de su locura. Llama la atención la última porque, a pesar de encontrarse un número alto en los pacientes que egresaban por estar mejor, en ninguno de ellos se realizaba la aclaración de que esto obedecía a la cura de la enfermedad, salvo en tres de los registros. Es importante tomar en cuenta que para Uribe Cálad la cura de la enfermedad se presentaba con mayor frecuencia en la población masculina, que la femenina:

En los libros de matrícula figura siempre más elevado el número de hombres que entran a los respectivos pabellones que el de damas inscritas para su asilo y tratamiento. Pero proporcionalmente es mucho mayor la cifra de varones que vuelven a cruzar el umbral de la polvosa puerta para incorporarse a la vida normal que el de las mujeres que obtienen la boleta de salida (Zapata Restrepo, 1954, p. 4).

Esto lo argumentó Uribe Cálad (como se citó en Zapata, 1954) señalando que:

Los varones se curan más fácilmente que las mujeres. Lo explica diciendo que entre los primeros figuran todos los intoxicados por excesos, como en el caso por el alcoholismo, de los cuales ya se ha dicho tienen mayores esperanzas de curación que los esquizofrénicos (p. 4).

Hay además, por su connotación, otro aspecto que se tomó en cuenta, corresponde a los asilados que no tenían en su expediente ninguna información escrita en la variable de egreso; dos argumentos pueden ser el recurso para comprender dicho vacío en los datos que se consignaban: el primero es que la persona que describía los móviles, ya fuera el doctor Lázaro Uribe o el médico auxiliar, omitía este ítem y el segundo podía corresponder a aquellas primeras historias que Uribe construyó después de la muerte del asilado.

Tabla 1. Egreso de pacientes del Manicomio Departamental (1920-1946)

Motivo del egreso	Número de pacientes
Mejoría o estar bien	864
Retiro por parte de la familia	182
Muerte por caquexia (demencial, demencial con diarrea, por inanición, desnutrición)	147
Sin manifestaciones de locura	55
Muerte por marasmo (epiléptico, demencial)	24
Muerte por infección colibacilar	29
Muerte por afección cardio-renal	7
Muerte por nefritis aguda	6
Fuga	6
Cura	3
Sin dato	30
Total	1353

Fuente: Laboratorio de Fuentes Históricas, Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín, Fondo Hospital Mental de Antioquia, Historias Clínicas, números 001-725.

Ilustrar el siglo XVIII europeo, ubicar el lugar de la locura en la institución, junto al aporte de la medicina y la participación de los médicos, así como a quiénes eran los asilados y, específicamente, qué pretensiones rodeaban esta práctica alienista, es entender que no se apuntaba a la cura, su sustrato radicaba en el poder, el cual a través de la asistencia, recuérdese la participación del Estado por medio de los decretos y el apoyo recibido por parte de la iglesia, constató la regulación y contención que se ejercía sobre el pobre, el portador de alguna enfermedad venérea y, en gran medida, el loco. Institucionalizar era subyugar; según Castel (1980):

El loco no puede reconquistar su humanidad más que con un acto de vasallaje a una potencia soberana encarnada en un hombre. Desprovisto de todo, y en primer lugar de la razón, no tiene acceso por sí mismo al orden contractual (p. 73).

De acuerdo con Castel (1980), la relación contractual nace del trato entre el médico y el enfermo, la que luego se convertiría en una relación de 'soberanía'; el loco estaba situado en el lugar del desvalido, sin la facultad de la razón; el asilo representaba la asistencia y la salvación, sin embargo, vale preguntarse si era la salvación del loco o la de la sociedad burguesa y su ambicioso progreso.

Las reflexiones expuestas por Castel (2009) dan paso a las exhibidas por Porter (1989), historiador británico que se interesó también por la locura, la voz del loco y los manicomios, además de focalizarse en el establecimiento de una relación entre la ciencia y la cultura. Destacado en el mundo de la academia por estudiar la historia de la medicina, la historia social e intelectual del siglo XVIII y la historia de la psiquiatría. Logra a través de sus obras contribuir a la representación que se hacía de los pacientes en el pasado, la dependencia entre las imágenes del cuerpo y de la sociedad, como también a profundizar en el conocimiento de la historia de la salud mental.

En el escrito de Porter (1989), *Historia social de la locura*, que se abordará a continuación, el autor estudia el pensamiento y los sentimientos de los locos a la luz de sus textos autobiográficos, de ahí que su objetivo principal es el ahondar en la enfermedad mental oculta de estos personajes o bien absolverlos de su estado de locura. Al acudir a este escrito tiene el fin de identificar al insano desde su sólida o débil comunicación y de conocer el análisis que Porter realizara de la institución manicomial y de la psiquiatría. Su texto se ocupa de los siglos XVIII al XX.

Comunicación del insano

Porter (1989) resalta que entre los objetivos que se propuso desarrollar durante su trabajo investigativo e histórico fue el de explicitar:

El modo en que los locos intentaron explicar su propio comportamiento, a ellos mismos y a otras personas, empleando el lenguaje del que disponían. Los escritos de los locos pueden leerse, no sólo como síntomas de enfermedades o síndromes, sino como comunicaciones coherentes por derecho propio (p. 12).

Esta cita del autor perfila a un ser humano con capacidad de lenguaje, de cultura y de sociabilidad, escapando del silencio al que era abocado el loco, aunque es de reconocer que el comportamiento imprime la marca de comunicación entre los seres humanos, la misma que se puede leer e interpretar. Porter (1989) concibe de esta manera la trasmisión de los pensamientos de los locos por medio de sus escritos.

Para el caso de este estudio, Uribe Cálad así lo enuncia en sus historias clínicas al documentar los comportamientos de los pacientes, los cuales contribuyeron en su momento para ser clasificados en alguna enfermedad específica y, en otros casos, desconocida: “perversión del sentido moral con manías de exhibicionismo, lenguaje vulgar, habla y gritos constantes, diagnóstico al que se llegó “Psicosis degenerativa. Excitación maniaca”, pronóstico registrado “reservado”” (LFHUNC, historia clínica 0000356).

Claro que la cita de Porter (1989, p. 12) no manifiesta todo, para tal efecto da soltura a su pensamiento al considerar que el alienado en su condición de paria de la sociedad, lograba representar en su voz valores, ideas, pretensiones, miedos, entre otras emociones. Porter establece una conexión entre el loco y sus sentimientos, al no querer justificar la palabra del insano como si fuera solo la voz del reparo:

Contra la conciencia dominante de la élite; que canta, de hecho, la canción de los reprimidos. Puede que a veces lo haga (...). Pero ocurre con bastante frecuencia que los locos no tienen nada contra su sociedad como tal, aunque, una vez se han vuelto locos, suelen expresar las protestas más feroces contra el trato que reciben (p. 13).

Porter (1989) contrapone la razón y la locura, la comprensión y la incomprensión. La primera dupla constata la enajenación del enfermo, no sin antes reconocer en él y en sus elucubraciones la lucidez, la facilidad en el uso de la palabra y la coherencia en sus razonamientos, como también la incoherencia teñida de una verdad inconsciente. La segunda dupla va orientada a la escucha del discurso del loco, sobre todo desde la agudeza del mismo y no desde el lugar de la normalidad.

Una aseveración encontrada en el libro de Porter (1989) llama la atención por su denuncia y reflexión: “Me llamaron loco, y yo les llamé locos, y maldita sea, me ganaron por mayoría de votos” (p. 14). Ecuación perfecta: prevaleció el número de hombres y mujeres que fueran considerados normales sobre aquellos que con sus comportamientos y lenguajes denotaban el lugar de la anormalidad.

Esta observación se puede hacer igualmente para los asilados en Antioquia a principios del siglo XX, un ejemplo de ello es el que da cuenta de una mujer de 19 años procedente del municipio de Marinilla:

Sus familiares narran que cuando su primera menstruación después de un baile, se sumergió en un agua detenida, y a esto atribuyen su primera manifestación morbosa atenta contra la vida de los demás, tienen que esconderle los trinchetes porque ha prometido matar a una tía (LFHUNC, historia clínica 0000189).

La naturaleza de su propio cuerpo y, posiblemente, la respuesta ante algo, hacen de ella una mujer proclive para el encierro y la clasificación; la comunicación llega, pero a la esfera familiar y manicomial.

Institución manicomial

Respecto a sus elucubraciones sobre el encierro, Porter (1989) retoma a Foucault al considerar que:

A partir del siglo XVII, se activaron movimientos que durante los tres siglos siguientes hicieron que a los locos se les segregara cada vez más de la sociedad cuerda, tanto categórica como físicamente. En particular, la costumbre de internar a los insanos en alguna institución fue cobrando ímpetu de modo inexorable (p. 29).

Porter (1989) observa el mecanismo del aislamiento como un hábito recurrente que imperó en la época y que dejó trazos sustanciales para que esto continuara en el tiempo. Europa fue centro para la reproducción de prisiones, escuelas, hospicios, casas de corrección, asilos, talleres y manicomios, todos ellos con el fin principal de enfrentar la locura y a los locos:

En los primeros manicomios públicos era común que los locos fuesen tratados con gran dureza, aunque siempre existió un reducido número de manicomios particulares, 'de buen tono', donde se ofrecían condiciones de lujo a los parientes que pagasen unas tarifas muy elevadas. Los críticos se quejaban de que a los internos de los manicomios solían tratarlos como a animales salvajes. Sin embargo, la opinión influyente consideraba que ello era defendible. Después de todo, ¿acaso los que perdían el juicio no se veían reducidos a la condición de animal que sólo era capaz de responder a la fuerza y al miedo? A decir verdad, podía considerarse que el trato brutal de que eran objeto se lo tenían merecido, pues existía la creencia general de que los locos eran víctimas de su propia vanidad, orgullo, pereza y pecados (Porter, 1989, p. 32).

Esta conclusión a la que llega Porter, permite reconocer el juicio de valor y de crimen al que eran sometidos los locos, no siendo eximidas de sus cargos, por el contrario, la condición de loco ratificaba el aislamiento y avalaba los tratos a los que eran sometidos. Las relaciones abusivas y las condiciones precarias en el Manicomio de Antioquia se denunciaron, los gobernantes de turno abandonaron esta Institución al no prestar la ayuda que se requería: el hambre, la falta de servicios sanitarios, las camas en mal estado, las condiciones en la edificación, entre otras necesidades, no se cubrían en su totalidad, y Uribe Cálad sorteó todas estas carencias que hacían del manicomio un lugar objeto de la crítica y de la incertidumbre, a las que respondió Uribe en forma sarcástica y evasiva:

El señor médico del Manicomio me hizo llegar esta razón "cuando quiera usted saber cómo se almuerza bien preséntese por aquí algún día por allí a las diez y media de la mañana. Yo no le creo a usted porque su nombre es Pacho Cañas y porque, además quien le informó que aquí se aguanta hambre es un loco rematado que no puede decir verdad, ni puede tener razón (...). / No sé a cuál de todos atenerme, sin embargo, tengo que creer al señor médico. Pero tal vez él se refiere al almuerzo de los empleados del Manicomio y no al de los locos. Porque el informe lo rindió un loquito aliviado que a fuerza de buen régimen estaba a punto de perder la razón" (El Correo Liberal, como se citó en López, García, Rueda y Suárez, 2006, p. 103).

Porter sostuvo que el encierro del loco obedecía más a una necesidad de segregarlos que de aislarlos, porque esto representó un alivio para la sociedad y para el loco, lo que indicaba el bienestar, la seguridad de la sociedad y del mismo loco. El dispositivo del encierro se enalteció por la búsqueda perenne de la cura, así se justificó el siglo XVIII.

Huertas (2010) ha sido otro investigador interesado por establecer la ruta en torno a la enfermedad mental y al manicomio. Uno de sus artículos que sirven como fundamentación teórica sobre el manicomio es el que lleva por título: *Locura y subjetividad en el nacimiento del alienismo. Releyendo a*

Gladys Swain (Huertas, 2010), sus planteamientos rondan la crítica frente al alienismo como praxis y su concepción del tratamiento moral del loco como parte de su subjetividad; una concepción de ser humano que cambió, dadas las circunstancias presentadas por la condición de ser un loco:

En la medicina anterior a la década de 1760 resultaba imposible referirse a la 'enfermedad mental' en un sentido estricto. La noción de 'mente enferma' no era contemplada ni por médicos ni por filósofos, pues la «locura», en cualquiera de sus formas, era siempre asimilada a una enfermedad corporal, en la que el alma permanecía intacta e inmortal. El problema de la mente enferma solo empezará a aparecer en el lenguaje médico cuando pueda involucrarse con el dualismo cartesiano y la relación mente-cuerpo. Es solo en este momento, en el último tercio del siglo XVIII y durante el XIX, cuando asistimos a la transformación del concepto de locura y a su medicalización (Huertas, 2010, p. 14).

Indica Huertas (2010) que la mente produce la locura –la psicologiza– y que ayuda en el desarrollo del lenguaje de la misma locura, al ser vista desde un asunto de 'lo moral' –de allí el obrar alienista–, por lo tanto, la atención al loco apuntaba al tratamiento moral, a la mente del enfermo, y no sobre su cuerpo. Al referirse al concepto de 'lo moral', Huertas afirma que es pensarlo en términos de lo psicológico y que al hacerlo desde 'la moral' confluye lo ético y lo religioso, de ahí la distinción del concepto teniendo en cuenta que esto influyó en la intervención alienista al buscar contrarrestar la locura con tratamientos morales (estos tratamientos consolidaban al alienista y su praxis ante el control de las pasiones humanas); para conseguir esa cura debía de existir una infraestructura física que lo posibilitara, esta es sustancialmente la participación del sistema asilar.

Para Huertas (2010), la psiquiatra francesa Gladys Swain no considera que estas instituciones fueran represoras, sino que suele verlas como terapéuticas para el loco. Esta línea de argumentación conduce a Huertas a considerar que, "como es lógico, no está exenta de contradicciones o de malas prácticas, pero 'conceptualmente', y al menos sobre el papel, no estaría diseñado originariamente como una institución de control y defensa social" (p. 18). Esta legitimación se la otorgó con el fin de dar soporte a la existencia de la institución y al tratamiento; se necesitaba de ambos para poder alcanzar la cura, la reconciliación de este encuentro hacía necesario la participación del alienista, para que, de esta manera, entrara a intervenir en la subjetividad del alienado, sus pasiones, sus facultades intelectuales y sus sentimientos:

Actuar sobre las ideas y las pasiones, sobre la perturbación psíquica, a través del susodicho tratamiento moral, implicaban, como ya he adelantado, un profundo cambio en la manera de 'pensar la locura'. Una ruptura con la idea de 'locura completa' y un reconocimiento de que en el loco siempre queda un resto de razón, de que el loco 'no está del todo loco' (Huertas, 2010, p. 20).

La historiadora María Cristina Sacristán (2009) señala que el tratamiento moral fue entendido como aquella práctica en la que:

Basada en una estrecha relación médico-paciente, la cual partía de la posibilidad de entablar un diálogo con el resto de razón subsistente en todo enajenado, reconducir su voluntad a partir de ciertas rutinas diarias que se creía harían innecesario el uso de la fuerza, y, desde luego, establecer un severo régimen de aislamiento al que se consideraba capaz de curar por sí mismo. El tratamiento moral sirvió para legitimar a esta nascente psiquiatría como el conocimiento experto en los trastornos mentales, y descalificar las prácticas médicas y no médicas que habían estado dirigidas a la locura durante siglos (p. 169).

El médico Lázaro Uribe Cálad pasó a ser esa parte importante del alienismo en Antioquia. Su participación dentro del manicomio se revistió de la enfermedad; la misma que abogaba por tratamientos, por el reconocimiento del sujeto y por dar una orientación diferente para sus pacientes, no obstante:

Uno se va familiarizando con el dolor humano... él se paseaba como un pavo, como un rey por todos esos pabellones y le importaba un pito, pues así aparentemente, pues, lo que uno puede colegir, puede entender, le importaba un pito el paciente, desde el punto de vista de su bienestar. (...) le digo Lazarito entre cariño y desprecio (...) el cariño va hacia que me gustaba la psiquiatría (...) de desprecio por sus actuaciones, por su egoísmo, por la manera de manejar eso allá (Betancur, comunicación personal, 2014).

Dentro de las historias clínicas que se revisaron no se logró identificar, en un número considerable, el tratamiento aplicado a los pacientes, lo que sí se pudo evidenciar fueron los síntomas que se pensaron en el marco de la enfermedad moral: “ideas de condenación, sitio fóbico, desnutrición, se pone de rodillas y pide perdón de sus culpas, dice que es pecado comer” (LFHUNC, historia clínica 0000781).

Habría que decir también que, en algunos informes encontrados en el Archivo Histórico de Antioquia, Fondo Gobierno Ramos. Folio 176 se puede constatar la manera en que Uribe Cálad daba cuenta de sus pacientes y la intención de regresarlos a sus hogares de origen. Esto puede entenderse también como la necesidad de devolverlos a los lugares de donde provenían por las condiciones en que se encontraba el establecimiento, lo que llegaba a afectar a los alienados en su bienestar. Un ejemplo de lo anterior es el informe enviado por Uribe Cálad al Secretario de Gobierno en abril de 1928 donde le comunica que:

A Aparicio Vásquez y Obdulia Arroyave, de Cisneros, se les ha hecho saber que su hija María de los Ángeles puede ser retirada por encontrarse bien, este informe se les está dando hace por lo menos tres meses; a pesar de esto no han hecho la diligencia de retirarla (Archivo Histórico de Antioquia, Fondo Gobierno- Ramos, Folio 176).

El historiador Ricardo José Campos Marín, científico titular del Instituto de Historia del Centro de Ciencias Humanas y Sociales del Consejo Superior de Investigaciones Científicas-CSIC de Madrid, es un investigador que se ha interesado por el tema del manicomio. Él, en compañía de Rafael Huertas García, publicaron el artículo que lleva por título: *Los lugares de la locura: reflexiones historiográficas en torno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatría* (Campos y Huertas, 2008); los autores desarrollan en sus páginas la estrecha relación que se dio, en su momento, entre el manicomio por ser el espacio para tener a los enfermos y la psiquiatría por encontrar un lugar propicio para el desarrollo del saber científico.

Según Campos y Huertas (2008), esta unión terminó por separarse, de ahí que observaran en la práctica alienista de los siglos XVII y XVIII, el designio de ser una ciencia que se ocupara de las enfermedades de la psiquis de los individuos. Esta valiosa intención perdió su fuerza y se convirtió en la enfermedad de la represión y del control social, alejándose del saber médico, del desarrollo de técnicas de intervención, de la comprensión de la enfermedad y del peso de la cura:

El aislamiento del loco en el manicomio, defendido por los alienistas contra viento y marea fue, sin duda, el fundamento de esta singularidad que conllevó la disociación entre la teoría médica y la práctica en el interior del asilo. Esta última estuvo más cercana al ejercicio del poder sobre el enfermo, a su reconducción como individuo para transformarle y aproximarle al ciudadano sensato, en definitiva, a su normalización, que a la verdadera investigación científica y a la curación (Campos y Huertas, 2008, pp. 471-472).

Se infiere de la cita de Campos y Huertas (2008) que el manicomio se perpetuó en el rango del poder del encierro, como ya lo estudiara Foucault (1978), así como en el establecimiento de los muros del manicomio a razón de conformar un laboratorio donde se ajustaban técnicas que viabilizaban el adoctrinamiento y el dominio de las clases menos favorecidas. Campos y Huertas dicen que:

En definitiva, el alienismo, entendido como parte fundamental de la higiene social, como punta de lanza de la misma, ejercería, según este enfoque, un papel decisivo en dicha estrategia burguesa de dominación al convertir el manicomio en un gran laboratorio social en el que se producirían y ensayarían técnicas que se utilizarían para disciplinar a las clases populares. La psiquiatría no aparece entonces como una 'respuesta a la enfermedad mental sino como una respuesta a un problema estrictamente legalista planteado por la revolución burguesa' (p. 476).

Para precisar sus argumentos acerca de la historiografía psiquiátrica y del manicomio, resaltan los autores (Campos y Huertas, 2008) la lectura sesgada que se le ha venido haciendo a la psiquiatría y a los móviles rectores que posibilitaron y eternizaron el encierro como la práctica más viable para retornar al sujeto a la sociedad. Sesgada porque a pesar de encontrar en ella bondades, se acentúa la palabra en el error, el abuso y la ambivalencia, dejando de un lado las posibilidades de encuentro con el saber, con las nuevas prácticas de intervención y con la misma enfermedad:

Resulta particularmente llamativa la indiferencia hacia el proceso de institucionalización de la psiquiatría y la constitución de un grupo profesional con intereses científicos y políticos, que convierten el dispositivo manicomial y la terapéutica en él practicada en una plataforma de poder dirigida, no tanto a la producción de verdad y a la normalización de pacientes, como a la creación y expansión de una nueva disciplina médica, que precisa insertarse en un entramado de relaciones de poder y de saber conformada por actores sociales concretos, que responden a una realidad histórica asimismo concreta y que precisan crear, en el caso de los psiquiatras, un cuerpo de conocimientos científicos que los legitime socialmente ante las instancias políticas, la opinión pública y el resto de la profesión médica (Campos y Huertas, 2008, p. 475).

Para entender mejor a los autores, basta con leer el objetivo que plantean al inicio del texto; este hace referencia a delinear el horizonte de los avatares de la institución manicomial desde cuatro puntos principales: eje vertebrador de la práctica psiquiátrica, centro productor de saber, conflictos y contradicciones que la acompañaron en sus primeros ciento cincuenta años de existencia. Lo que les interesa a Campos y Huertas (2008) no es ratificar solamente la crítica hacia el papel jugado en el siglo XVII y XVIII por el sistema manicomial y su legado (el cual no demeritan, como ya se esbozó, por encontrar en este fracasos, faltas, ambivalencias y otros aspectos que se han ido trasladado en el imaginario colectivo), sino centrarse más en una nueva mirada hacia el manicomio desde la producción de un saber, la psiquiatría:

De un lado, la incurabilidad de la enfermedad mental asociada a la teoría de la degeneración, incidió en el carácter de depósito del manicomio, abandonando a una gran cantidad de enfermos a la mera asistencia y al custodialismo. Pero, por otro lado, el pesimismo terapéutico fue compensado por el interés por las causas de la enfermedad mental, que abrió la posibilidad de actuar en el medio social, ejerciendo la profilaxis de las enfermedades mentales. En este sentido, la teoría de la degeneración fue la base de un programa de salud pública, de profilaxis preventiva cuyo objetivo era combatir de raíz las causas de las enfermedades y prevenir sus efectos. Años después, los movimientos de higiene mental recogerían el testigo de estas propuestas y relegarían, todavía más, al manicomio a un mero depósito de incurables, centrando su atención en la profilaxis y abriéndose, ahora sí, al espacio social (p. 479).

El Manicomio Departamental de Antioquia, en cabeza de Lázaro Uribe Cálad, propendía por darle unas mejores condiciones de vida a todos los sujetos que eran llevados allí en busca del tratamiento, de la seguridad y de la promesa de la cura. Pero, tras estas intenciones, se dibujaba una realidad que evocaba los inicios del alienismo en la Europa del siglo XVII; la aún dormida psiquiatría no alcanzaba a dar la satisfacción solicitada por parte de los pacientes, de sus familias y de la misma sociedad, pero sí se abrían las puertas de sujeción, de simulación y de calma para una mayoría de personas sanas que enaltecían la modernidad de la ciudad.

La última autora que se ha elegido para nutrir el estudio del manicomio en Europa, y de quien en apartados anteriores se han tomado sus contribuciones al estudio de la locura y el manicomio, es María Cristina Sacristán, Licenciada en Etnohistoria, de la Escuela Nacional de Antropología e Historia, en México en el año de 1987, Magister en Historia de México, Centro de Estudios Históricos, El Colegio de Michoacán, A. C., graduándose en 1991 y Doctora en Antropología Social y Cultural, de la Universitat Rovira i Virgili, España, titulada en 1999.

Sus investigaciones se han orientado esencialmente a la historia de la psiquiatría en México para los siglos XIX y XX. Publicó un artículo que lleva por título: *La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar* (Sacristán, 2009). Su interés se centra básicamente en revelar las otras miradas que se erigieron sobre la disposición asilar, su análisis lo condensa desde dos estadios diferentes. El primero se refiere a cuando se le cedió al manicomio el indulto de devolverle 'la humanidad a la locura'; el segundo hace parte de la aprobación que lo confiere como: "un espacio médico y judicial que condena, punto de ruptura entre la locura y la cordura" (Sacristán, 2009, p. 167). Este esbozo de la autora conlleva a la relectura de trabajos que miden los linderos del poder psiquiátrico y de otros más que reinterpretan las vivencias de los médicos, las familias y los locos que se encontraban bajo el dispositivo del encierro. Si la locura se topó con el manicomio es porque se requería de dichas instancias que posibilitaran el confinamiento de esos sujetos que representaban la amenaza, el discontinuo y la extrañeza que entraban en contravía de sociedades armónicas, progresistas y de vanguardia. Sacristán (2009) define el manicomio como:

Ese territorio destinado a cuidar, tanto en el sentido de atender como en el de vigilar, a peligrosos y diferentes. A propósito, el psiquiatra inglés Roy Porter nos recuerda que todas las sociedades identifican a los seres diferentes, casi siempre los creen peligrosos, de ahí se sigue apartarlos para después buscar las causas que expliquen esa desviación de la normalidad [Porter, 2003:67-68]. Es por ello que este lugar de la locura ha sido percibido como un espacio para silenciar a todos aquellos cuya manera de pensar, sentir o comportarse resulta intolerable o amenazante para la sociedad (p. 166).

Cabe entonces preguntarse si solo se cuidaba al loco o si efectivamente entraba en el orden del amparo la sociedad en general. Si este interrogante se traslada a Medellín en la primera mitad del siglo XX, se puede adelantar la respuesta, posiblemente atrevida: precisamente a quien se cuidaba era en primera instancia a la población de mente sana y por añadidura a los locos. Este rastro se infiere de algunas de las historias clínicas que se conservan de este periodo y que fueran firmadas por el médico-alienista Lázaro Uribe Cálad, dado que se justificaba el asilarlo por ser peligroso para sí mismo, para sus familias y las personas que lo circundaban. La siguiente historia clínica muestra dos rasgos del paciente degenerado, el primero corresponde a un sifilítico (luético), el segundo es un criminal que atenta contra la vida de sus familiares:

Perturbaciones mentales consistentes en ataques furiosos sin motivo ninguno, durante los cuales atenta contra la vida de sus familiares a mano armada. Pasando la mayor parte del tiempo en cualquier lugar en un mutismo completo, absoluto y con frecuencia saliendo completamente desnudo por la casa, que empezaron a manifestarse desde principios del año pasado a consecuencia de tiene antecedentes luéticos, en su casa todos los días lesiona la moral con sus salidas de su pieza en completa desnudez y atenta contra la vida de los que lo rodean. Medellín 15 de abril de 1943. Rigoberto Solís. G. (LFHUNC, historia clínica 03530).

Siguiendo a la investigadora Sacristán (2009), el manicomio era proclive para que la práctica del aislamiento fuera dirigida por médicos, y estos –encierro y médico- en conjunto, lograran curar a los asilados, lejos de los riesgos que representaban para ellos: “las personas, los hechos o las pasiones que podrían haber originado su locura” (p. 169).

En este apartado se da cuenta del nacimiento y del desarrollo del sistema manicomial en Europa, igualmente da paso a la llegada del mismo a Latinoamérica. Vale entonces retomar el lugar de poder que se le adjudicó en su momento al sistema asilar. Su control sobre la sociedad se vio resaltado por el auge de la modernidad y sus efectos no esperaron.

La misma historiografía así lo señala, la subyugación, el deterioro humano, el secuestro, la dominación centrada, las prácticas fuera de lo humano y lo ético, la inadecuada interpretación de la cura, el desvío de la cientificidad de la psiquiatría, el hito desesperanzador, cobijó a los siglos XVII y XVIII, impugnando la voz, la inteligencia y la razón de quienes fueran considerados extraños, locos, insanos, ajenos a las sociedades progresistas. La afrenta se hizo hacia sujetos que despertaban las pasiones humanas, hacia esos hombres, mujeres, niños y ancianos que daban cuenta del vacío de la modernidad en Europa. Más no se trata tan solo de criticar el manicomio y su funcionalidad, recuérdese que el alienismo y el alienado contribuyeron al desarrollo de técnicas de atención al enfermo, al saber científico y a la consolidación del discurso psiquiátrico.

La experiencia en Medellín

La atención al loco en la ciudad de Medellín tuvo importantes transformaciones, tanto en la medicación como en los establecimientos. Rosselli (1968) señala que: “Antes de la fundación del manicomio, los locos andaban sueltos por las calles de Medellín y algunos de ellos se hicieron famosos como el Ñato Narciso, Indalecio Calle, La loca Dolores y Joaquín Costillares” (p. 165). Con el fin de colocarle término a esta realidad de la ciudad y darles cabida a los locos, la Junta Suprema del Hospital del Estado de Antioquia decide en 1875 fundar una “Casa de Alienados”, proyecto que no se efectuó, de tal suerte que en 1878 la Corporación Municipal de Medellín retoma el tema y propone la creación de un “Hospital para Locos” (Rosselli, 1968, p. 166). Esta propuesta se ejecutó en abril del mismo año; a este trasladarían los locos que estaban reclusos en la cárcel del Distrito y su construcción contaría con un departamento para hombres y otro para mujeres (López et al., 2004, p. 29). Con el propósito de darle orden y estatus a esta decisión, se aprobaron unos acuerdos municipales que posibilitaran el correcto funcionamiento del Hospital –a propósito, Roselli (1968) indica que por primera vez se utiliza en Colombia el vocablo de Hospital para designar un establecimiento para los alienados–, aun así, este no progresó.

Para el año de 1878 (como se citó en López et al., 2004), se presentan los Proyectos de Acuerdo de la Corporación Municipal, Medellín, en los que se dictaminan seis artículos que regirían la construcción y la administración del ya nombrado Hospital:

Artículo 1. Establecer un hospital para locos en el distrito de Medellín.

Artículo 2. Autorizar al Jefe Municipal y Celador de Policía del Distrito para que se proceda a tomar en arrendamiento una casa, que sirva al objeto expresado en el artículo anterior.

Artículo 3. Al hospital que se cree por este acuerdo serán trasladados los locos que actualmente existen en la cárcel del distrito, y se continuarán admitiendo en el establecimiento a los pacientes de la misma afección en los términos que disponga el reglamento que debe expedirse.

Artículo 4. El hospital costará de dos departamentos, uno para hombres y otro para mujeres, los cuales estarán provisionalmente a cargo de un director y una directora, que nombrará el Jefe Municipal, de quien dependerán.

Artículo 5. Abrasé al Jefe Municipal un crédito por la suma necesaria para cubrir el gasto que demande el establecimiento de que trata el acuerdo.

Artículo 6. Nómbrase una comisión que presentará un proyecto de reglamento para el Hospital de Locos, que comprenderá todas las disposiciones que deban regir en la materia sustituyendo el presente acuerdo (p. 29).

La creación de este hospital presentó dificultades en cuanto a la atención de los pacientes; sus condiciones económicas, el personal de atención, el acceso a medicamentos y los recursos de sostenibilidad eran precarios. La segunda mitad del siglo XIX fue importante por el movimiento que se dio en el orden de la ciudad, una de las situaciones más apremiantes fue la creación del Manicomio Departamental, dando cabida al loco y marcando con trazo fino y seguro el ingreso a la modernidad.

Medellín se vio bajo el hechizo del inminente progreso y el desarrollo. Claudia Montagut (1997) expresó que: “el loco precede a la institución y al saber científico que lo clasifica ya era objeto del discurso legal y del orden público” (p. 37). La modernización de Medellín no dependía principalmente del loco y de lo que se pudiera hacer con él, dependía de la capacidad de asumir una enfermedad que ya tenía historia y demandaba la atención de los gobernantes de turno y de los ciudadanos en general, de tal suerte que el valor agregado lo representó la construcción de un espacio para confinar al demente.

En 1888 se dio a conocer la Ordenanza N°. 24 de la Asamblea de Antioquia (como se citó en Roselli, 1968), la misma que orientaría los pasos a seguir con el fin de crear y poner en funcionamiento el Manicomio Departamental de Antioquia:

Los planos y edificación fueron erigidos por el ingeniero señor Luis G. Johnson en el sitio llamado Bermejál que había sido recomendado por la comisión nombrada por la Academia de Medicina integrada por los doctores Manuel Uribe Ángel, Ramón Arango y Francisco A. Uribe M. (Roselli, 1968, p. 168).

Después de todos los avatares, dificultades y aplazamientos para la construcción del manicomio, se llegó a ejecutar el proyecto, y para el año de 1892, se trasladan los locos al edificio del sector de Bermejál en el nororiente de la ciudad de Medellín. El manicomio pasó a la administración departamental, tomando el nombre de Manicomio Departamental de Antioquia. A pesar de las nobles intenciones por entregarlo terminado y en condiciones dignas, este cometido no se logró, así narró este traslado el médico Uribe Cálad (1958) en la *Revista Antioquia Médica*:

El acondicionamiento de este establecimiento fue progresivo y lento ajustándose a las circunstancias del momento ya que la escasez de recursos ha sido predominante. Aprovechando el espacio que la capilla dejó disponible se trazaron los dos cuerpos de alojamiento más o menos así: dos cuerpos de edificio uno al oriente destinado a las mujeres y con la subdivisión de un sector para asilados pobres hacia el sur y otro hacia asilados pensionistas hacia el norte. En el cuerpo de hombres, al occidente; el sector para pensionistas fue hacia el sur y al norte para los asilados pobres, esto último con mayores dificultades por el desnivel del terreno y por los fangales que se formaban con las aguas lluvias (p. 364).

Más adelante, en el año de 1896 por medio de una Ordenanza con fecha del 22 de julio (como se citó en Rosselli, 1968), en la ciudad de Medellín “se creó el cargo de médico oficial entre cuyas obligaciones figuraba la de visitar el manicomio tres veces a la semana. Hasta 1897 desempeñó este cargo el citado doctor Tomás Quevedo” (p. 170). En los subsiguientes años se dictaron diferentes ordenanzas en pro de mejorar el funcionamiento del manicomio. Una de ellas es la Ordenanza 8 de 1904, en donde se indicó la reforma del plano, la revisión y salida de los enfermos, la recepción de enfermos por locura comprobada y la admisión de pacientes con escasos recursos. El Manicomio contó por un buen tiempo con dos clasificaciones de enfermos, no respecto a la locura, sino a la situación social y económica de la persona, unos eran los locos pobres que vivían de la caridad de los colaboradores del Manicomio y otros eran los pensionados que pagaban por su estadía dentro del recinto.

Finalizando 1913, se creó la Junta Central de Higiene por medio de la Ordenanza No. 10 del 31 de marzo. En efecto, la Junta de Higiene se encargó de velar por el bienestar y correcto discurrir de la vida en el Manicomio. Los primeros informes daban cuenta de la necesidad de generar cambios sustanciales en los tratamientos que se le suministraban a los pacientes, entre los que se hallaban: la construcción de talleres con el fin de que los pacientes ‘calmados’ encontraran otro tipo de alivio para su enfermedad, la compra de un gramófono que le fuera útil y de distracción para los pacientes, y una clasificación particular de los enfermos.

La Junta propuso el traslado del manicomio a las inmediaciones de Bello y Copacabana por haber considerado que en este sector los pacientes podían tener mejores condiciones habitacionales, de atención y de ocupación con la creación de una colonia agrícola que fuera trabajada por los internos (López et al., 2004), sin embargo, esta propuesta no se llevó a cabo en su momento. Más adelante, en el año de 1918, La Junta de Higiene cambia de nombre y de estas circunstancias a la Dirección Nacional de Higiene de Agricultura. Su misión principal fue la de ejercer control sobre la anemia tropical. A pesar de tan noble intención, las colonias agrícolas se establecieron para llevar allí a los delincuentes.

Posteriormente, la Asamblea Departamental sancionó la Ordenanza No 25 del 13 de abril de 1914 en la que se definieron dos de las disposiciones más relevantes, estas fueron la creación de la Junta de Control y Vigilancia del Manicomio y la supresión de la Junta Directiva del Manicomio. Lo importante a observar en la ordenanza anterior son las funciones del Médico-Director como un administrador del Manicomio, que relacionaban solo en un artículo la intervención médica en pro de la cura del paciente; esto lleva a pensar en que se trataba sobre todo de pasar informes y velar porque el presupuesto asignado se estuviera ejecutando como tal. Los informes presentados por Uribe Cálad constaban de reportar daños en las instalaciones, las necesidades más apremiantes, los enfermos que había, entre otros aspectos relativos al funcionamiento del manicomio.

Hay otro aspecto importante para reseñar con el que se busca situar a Uribe Cálad dentro del Manicomio, este tiene que ver con su reglamento. Las disposiciones que se dictaron fueron claras y sirven de orientación a quien las consulte, una cosa muy distinta es que la práctica médica y psiquiátrica haya quedado corta ante las pretensiones establecidas en el momento de la elaboración de las Leyes o bien que fueran ambiciosas para el momento real por el que atravesaba la ciudad de Medellín.

Las funciones del Médico-Auxiliar estaban más relacionadas con el contacto permanente que debía tener con el Médico-Director, con la atención al paciente y la relación laboral que debía establecer entre él y el resto del personal que trabajaba en el manicomio, principalmente se resalta el cuidado que le correspondía ejercer sobre los asilados.

La intervención del Médico-Director se perfilaba más hacia la comunicación que el Manicomio establecía con el exterior (Junta de Inspección y Vigilancia y Gobernador), estar atento a las necesidades generadas dentro del Manicomio, a la relación profesional con los demás integrantes del cuerpo prestador del servicio, con la vigilancia y atención de los pacientes, y con las reformas frente a la innovación en los tratamientos.

En este contexto, se puede subrayar que, a pesar de la organización exigida en la Ordenanzas, no se logró, al igual que en el siglo XIX, consolidar como una institución hospitalaria en la quinta década del siglo XX en todo el sentido de la palabra, porque los pacientes continuaban sin alcanzar unas condiciones favorables encaminadas hacia la cura, así lo describió el doctor Betancur (comunicación personal 2014): “uno no sabía si estaba en una cárcel o en un manicomio... una cárcel de locos”. De cualquier modo, el manicomio continuó consolidándose como un lugar prevalente para la reclusión de los locos y, en esa medida, se prestaba un servicio precario, deficiente y carente de sentido sanador. Desde esta perspectiva, Cadavid (2011) plantea en su trabajo de grado que:

Desde los años treinta se fueron introduciendo lentamente cambios necesarios, para convertirse en una institución psiquiátrica, tanto en el medio físico como en los procedimientos clínicos y hospitalarios. Se construyeron celdas apropiadas para los enfermos excitados, las cuales contaban con camas específicas, amobladas y con servicio sanitario. Se destinó una habitación para la enfermería y un recinto con servicio sanitario como sala de consulta donde funcionaba, además, un rústico laboratorio clínico para realizar pequeñas observaciones microscópicas que fueran de urgencia y se dispuso un lugar al aire libre para el entretenimiento de los enajenados (pp. 125-126).

Poco a poco se fueron supliendo otras y variadas necesidades en las instalaciones del manicomio: pabellones para los tuberculosos, la construcción de baños calientes, un departamento para menores, un consultorio para inspeccionar las condiciones físicas de los asilados; se llevó a cabo la construcción de un pabellón que sirviera para el aislamiento de los enfermos crónicos, dementes e incurables (Cadavid, 2011, p. 127), entre otros aspectos que fueron consolidando al manicomio como una institución en desarrollo.

No obstante, el funcionamiento esperado tardó en llegar, solo hasta el año de 1958 cuando se trasladó el Manicomio a los predios del municipio de Bello, sector de La Quebrada La Loca, se hizo más visible el objetivo de que la Ciudad y el Departamento tuvieran una institución que afrontara con decoro y cientificidad la enfermedad mental. Este Hospital Mental de Antioquia todavía continúa prestando sus servicios para los enfermos mentales. Es conocido coloquialmente como *el hospital mental*.

Conclusiones

La creación del manicomio fue el instrumento, en sus inicios, que procuró el control y el descanso de quienes observaban con temor al diferente, ya fuera por sus llagas o por sus comportamientos.

En la actualidad, se puede analizar lo apropiado o no de los recursos utilizados para afrontar los trastornos mentales durante el tiempo de permanencia del doctor Lázaro Uribe Cálad en el manicomio, dado que la ciencia médica, la psiquiatría y la psicología han avanzado significativamente en cuanto a los diagnósticos, los pronósticos, las técnicas, la atención al paciente, la infraestructura de los hospitales y la profesionalización del personal encargado de atender al paciente, pero al describir a Uribe Cálad dentro del sistema manicomial y con todo lo que esto conllevaba, se le hace justicia si se le ubica dentro del contexto social, cultural, económico y político de Medellín para la primera mitad del siglo XX, periodo de grandes cambios en la ciudad.

El médico alienista Lázaro Uribe Cálad participó desde su noción sobre la enfermedad mental, en el tardío desarrollo de la psiquiatría en Antioquia, en la intervención de los trastornos mentales, en la reorganización del sistema institucional, en la clasificación de la enfermedad, en la ruptura inminente con el alienismo y en la conservación de los datos de tantos pacientes que pasaron parte de su vida, y en otros casos toda su vida, dentro del manicomio.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener conflictos de interés relacionados con este artículo.

Referencias

Archivo Gobernación de Antioquia. Fondo Gobierno- Ramos. Folio 176.

Cadavid, A. (2011). *‘¡Todos estamos locos!’ Estigma de la locura en Antioquia, 1930-1970* (Tesis de pregrado). Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Campos, R. y Huertas, R. (2008). Los lugares de la locura: reflexiones historiográficas en torno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatría. *Arbor. Ciencia, pensamiento y cultura*, 184(731), 471-485.

- Castel, R. (2009). *El orden psiquiátrico. Edad de oro del alienismo*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Foucault, M. (1978). *El nacimiento de la clínica*. Madrid, España: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (1975). *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- García, C. y Jiménez, I. (2010). Género, regulación social y subjetividades. Asimilaciones, complicidades y resistencias en torno a la loca (el manicomio provincial de Málaga, 1920-1950). *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, 10(1), 123-144.
- Huertas, R. (2010). Locura y subjetividad en el nacimiento del alienismo. Releyendo a Gladys Swain. *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, 10(1), 11-27.
- Laboratorio de Fuentes Históricas, Universidad Nacional de Colombia [LFHUNC]. (1920-1946). [Historias Clínicas, 1920-1946, Fondo Hospital Mental de Antioquia]. Medellín.
- López, L., García, R., Rueda, D. y Suárez, J. (2006). *Informe de investigación Historia institucional y terapéutica del Hospital Mental de Antioquia en sus 125 años*. Medellín, Grupo de Historia Social Universidad de Antioquia.
- López, L. et al. "Historia institucional y terapéutica del Hospital Mental de Antioquia en sus 125 años". Inédito, Medellín, Universidad de Antioquia, 2004.
- Montagut, C. (1997). *Formación del discurso psiquiátrico en Antioquia, 1870-1930: una cartografía de la exclusión* (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Medellín, Colombia.
- Ordenanza No. 8 de 1904.
- Ordenanza No. 10 del 31 de marzo.
- Ordenanza No 25 del 13 de abril de 1914
- Porter, R. (1989). *Historia social de la locura*. Barcelona, España: Crítica.
- Quiroz, B. (1987). *Historia de mi barrio Los Álamos Bermejál hoy. Los Álamos Aranjuez*. Premio Primer Concurso "Escriba la historia de su barrio". Medellín, Colombia: Alcaldía de Medellín/Secretaría de Desarrollo Comunitario.
- Rosselli, H. (1968). *Historia de la psiquiatría en Colombia*. Bogotá, Colombia: Editorial Horizontes.
- Sacristán, M. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, 16(45), 162-189.
- Uribe, L. (1958). Casas para alienados mentales. *Antioquia Médica*, 8.9 (10), 364.
- Zapata Restrepo, M. (12 de septiembre de 1954). Se cura más fácilmente un loco rico que uno pobre. *El Colombiano*, Medellín