



**Descripción y valoración histórica del Fondo Historias Clínicas del Hospital
Mental de Antioquia (HOMO), 1903-2005**

Perlina Mena Romaña

Trabajo de grado para optar por el título de Historiadora

Modalidad: Descripción y valoración de fuentes documentales

Asesor

Alejandro Salazar Bermúdez, Doctor (PhD) en Historia

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Historia
Medellín, Antioquia, Colombia
2023

| | |
|---|--|
| Cita numérica | 1 |
| Cita nota al pie | ¹ Perlina Mena Romaña, “Descripción y valoración histórica Fondo Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia 1903-2005” (Trabajo de grado profesional, Universidad de Antioquia, 2023). |
| Fuentes primarias / Bibliografía | Mena Romaña, Perlina. “Descripción y valoración histórica Fondo Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia 1903- 2005”. Trabajo de grado profesional, Universidad de Antioquia, 2023. |

Estilo: Chicago 17 (2017) y adaptación de Trashumante. Revista Americana de Historia Social UdeA.



CRAI María Teresa Uribe (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Agradecimientos

A mi familia, madre, hija y amigos.

Gracias infinitas a Alejandro Salazar (asesor),
a Alba David Bravo (Maestra) y al Laboratorio
de Fuentes Históricas por acompañar este proceso

Tabla de contenido

| | |
|--|----|
| Resumen | 9 |
| Abstract | 10 |
| Introducción | 11 |
| Capítulo primero: Aspectos legales y conceptuales de la política archivística en Colombia | 13 |
| 1.1 Marco normativo y archivístico de las historias clínicas en Colombia..... | 16 |
| 1.2 Archivo Histórico y Fondo documental HOMO..... | 18 |
| 1.3 Donación Historias clínicas psiquiátricas a la Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín | 19 |
| Capítulo segundo. Descripción por medio de inventario y valoración histórica | 21 |
| 2.1 Historia institucional entidad productora | 21 |
| 2.1.1 Casa de locos de Medellín 1878-1892 | 22 |
| 2.1.2 Institución de custodia. Manicomio Departamental de Antioquia 1892-1958 | 23 |
| 2.1.3 Años 50 del siglo XX. De institución custodial a Hospital Mental de Antioquia | 25 |
| 2.2 Metodología de descripción | 26 |
| 2.3 Diagnóstico serie documental Hospital Mental de Antioquia (HOMO)..... | 28 |
| 2.4 Los formatos..... | 30 |
| 2.4.1 Historias clínicas del Manicomio Departamental de Antioquia (1920-1958) | 30 |
| 2.4.2 Historias clínicas del Hospital Mental de Antioquia (1960-1992) | 30 |
| 2.5 Valoración histórica: Contenido de las historias clínicas y perfil sociodemográfico de los pacientes | 31 |
| 2.5.1 Administración y funcionamiento institucional..... | 32 |
| 2.5.2 Sexo..... | 32 |
| 2.5.3 Edad | 33 |
| 2.5.4 Raza..... | 34 |
| 2.5.5 Estado civil..... | 35 |

| | |
|---|----|
| 2.5.6 Ocupación o profesión | 35 |
| 2.5.7 Lugar de origen | 36 |
| 2.5.8 Tiempo de internamiento | 37 |
| 2.5.9 Grupos diagnósticos..... | 37 |
| Capítulo tercero. Realidades clínicas de personas diagnosticadas con esquizofrenia en el Manicomio Departamental y Hospital Mental de Antioquia | 39 |
| 3.1 Historia natural de la Esquizofrenia. Entre Morel, Kraepelin, Bleuler y Schneider | 39 |
| 3.2 Transformación del modelo psiquiátrico y la nosología. El paso de Manicomio a Hospital Mental..... | 42 |
| 3.3 Tipos de esquizofrenia. Modalidades clínicas..... | 46 |
| 3.4 Terapia convulsiva y medicación con antipsicóticos | 52 |
| 3.5 Psicofármacos..... | 53 |
| Conclusiones | 56 |
| Fuentes primarias | 57 |
| Bibliografía..... | 58 |

Lista de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Base de datos inventario historias clínicas Laboratorio de Fuentes Históricas..... | 27 |
| Tabla 2. Clasificación seguida en el Asilo de Alienados del Departamento de Antioquia por el profesor Lázaro Uribe Cálad: 1920-1935..... | 42 |
| Tabla 3. Población diagnosticada con esquizofrenia en algunos de sus ingresos al Manicomio Departamental y Hospital Mental de Antioquia entre 1940-1988. | 45 |
| Tabla 4. Entidades diagnósticas DSM-I, aplicadas en el Hospital Mental de Antioquia..... | 49 |

Lista de figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1. Muestra variables de historias clínicas para valoración histórica..... | 28 |
| Figura 2. Almacenamiento historias clínicas LFH..... | 29 |
| Figura 3. Variable edad pacientes HOMO..... | 33 |
| Figura 4. Variable raza pacientes HOMO..... | 34 |
| Figura 5. Variable estado civil pacientes HOMO | 35 |
| Figura 6. Variable lugar de origen pacientes HOMO | 36 |

Siglas, acrónimos y abreviaturas

AGN: Archivo General de la Nación

DSM-I: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales I (1952)

ECT: Electrochoques

HOMO: Hospital Mental de Antioquia

ISAD (G): Norma Internacional de Descripción Archivística

LFH: Laboratorio de Fuentes Históricas

PMD: Psicosis maniaco depresiva

Resumen

Este trabajo presenta los resultados del proceso de descripción y valoración histórica de 800 historias clínicas psiquiátricas del Fondo documental HOMO, custodiado por el Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín. Inicialmente se elaboró un rastreo de la normatividad legal y conceptual de las historias clínicas en Colombia y de la reglamentación rectora en la descripción archivística del AGN y de la norma ISAD(G), apoyados en el instrumento de inventario se ingresó la información correspondiente a las principales características de pacientes del Manicomio Departamental entre 1905-2003, particularidades que permitieron la valoración histórica y con ello la identificación de las diversas líneas de investigación.

La descripción y valoración de esta muestra evidenció un predominio en los ingresos con diagnóstico de Esquizofrenia a la institución a partir de 1940, por ello se desarrolló un escrito que analiza los alcances y limitaciones de la fuente y los aspectos más relevantes del diagnóstico en mención.

Palabras clave: Manicomio Departamental de Antioquia; descripción y valoración documental; historia clínica psiquiátrica; esquizofrenia.

Abstract

This paper presents the results of the historical description and assessment process of 800 psychiatric medical records from the HOMO documentary fund, under the custody of the Laboratory of Historical Sources of the National University of Colombia, Medellín. Initially, the legal and conceptual normativity of clinical records in Colombia and the governing regulations in the archival description of the AGN and the ISAD(G) standard were traced, helped by the inventory instrument, the information corresponding to the main characteristics of patients of the Departmental Asylum between 1905-2003 was entered, particularities that allowed the historical assessment, and thus, the identification of the various lines of research.

The description and assessment of this sample showed a predominance of patients with a diagnosis of schizophrenia admitted to the institution from 1940 onwards. For this reason, this paper intends to analyze the scope and limitations of the source and the most relevant aspects of the diagnosis in question.

Keywords: Departmental Asylum of Antioquia; documentary description and assessment; schizophrenia; psychiatry.

Introducción

Las enfermedades mentales son inherentes a la condición humana, basta con hacer un recorrido histórico por las diferentes épocas y culturas para corroborarlo, por ello trátase de Europa occidental, Latinoamérica o Colombia, cada sociedad ha construido sus propias percepciones médicas entre lo sano y lo patológico, si bien se encuentran puntos de convergencia no existe una generalidad única y total al respecto. Las instituciones asilares destinadas al cuidado de las personas con afecciones mentales fueron creadas en Colombia a finales del siglo XIX, un acercamiento a la producción historiográfica de aquellas instituciones permite comprender su funcionamiento, tratamientos e impacto en el individuo como en la sociedad, su contribución en la consolidación y modernización a nivel nacional y local de la medicina psiquiatría y terapéutica, especialmente en el Manicomio Departamental y Hospital Mental de Antioquia (HOMO), lo cual es posible gracias a la elaboración y conservación de las historias clínicas psiquiátricas.

El objetivo principal de este trabajo es realizar la descripción documental y la valoración histórica de 800 historias clínicas psiquiátricas por medio de un instrumento de control (inventario) que permitió potenciar su valor patrimonial, investigativo, político y cultural para finalmente disponerlo al servicio del público. Los procesos de preservación, organización, descripción y valoración han sido establecidos por el Archivo General de la Nación (AGN) y las normas internacionales ISAD-G de archivística como eje rector de los archivos en Colombia. El inventario y posterior análisis del contenido de los documentos es fundamental para establecer nuevas líneas de investigación, complementar las ya existentes y legitimar enfoques metodológicos de diversas fuentes documentales antes no consideradas en la investigación histórica.

Para dar cumplimiento al objetivo, este trabajo se divide en tres capítulos. El primero, “Aspectos legales y conceptuales de la política archivística en Colombia”, expone las disposiciones legales y conceptuales en el manejo archivístico y normativo de las historias clínicas y del patrimonio documental en Colombia. El segundo capítulo “Descripción por medio de inventario y valoración histórica” desarrolla la historia institucional del Manicomio Departamental de Antioquia, única entidad productora de las historias clínicas, se describe el proceso metodológico empleado y un diagnóstico del Fondo documental HOMO, dicho proceso tiene como resultado aportes cualitativos y cuantitativos de la población de la institución asilar; tales como edad, sexo,

raza, tiempo de internamiento, lugar de origen, diagnóstico. En el tercer apartado "Realidades clínicas de personas diagnosticadas con esquizofrenia en el Manicomio Departamental y Hospital Mental de Antioquia" se elabora un breve escrito a partir de las particularidades sociodemográficas de este grupo diagnóstico con expedientes clínicos entre 1924-1988.

:

Capítulo primero: Aspectos legales y conceptuales de la política archivística en Colombia

Los archivos harán suyos los fines esenciales del Estado, en particular los de servir a la comunidad y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la constitución.¹

En cumplimiento a lo anterior, todo lo referente a los archivos del Estado y al patrimonio documental en Colombia, está regido por la Ley 80 de 1989, por la cual se crea el Archivo General de la Nación (AGN), y se dictan otras disposiciones y/o funciones encaminadas a:

- a) Establecer, organizar y dirigir el Sistema Nacional de Archivos;
- b) Fijar políticas y expedir los reglamentos necesarios para garantizar la conservación y el uso adecuado del patrimonio documental de la Nación;
- c) Seleccionar, organizar, conservar y divulgar el acervo documental que integre el Archivo de la Nación, así como el que se le confíe en custodia; y
- d) Promover la organización y fortalecimiento de los archivos del orden nacional, departamental, municipal y distrital para garantizar la eficacia de la gestión del Estado y la conservación del patrimonio documental, así como apoyar a los archivos privados que revisten especial importancia cultural o histórica.²

El AGN, como ente rector de los archivos en el país, emite una serie de normas tendientes a cumplir las disposiciones de la Ley 594 del 2000 o Ley General de Archivos, cuyo objeto es fijar las pautas y principios en la organización de los documentos custodiados por los archivos públicos o privados; con el propósito de que la documentación sea recuperable, controlable y accesible para la administración, los ciudadanos y preservada como fuente para la historia.

En consecuencia, este trabajo de descripción y valoración documental sigue las disposiciones del Acuerdo 5 del 15 de marzo de 2013, emitido por el AGN, en el cual establece “los criterios

¹Archivo General de la Nación, “Ley General de Archivos 594 de 2000”. <https://cutt.ly/iwkenldw> (18/005/2023).

²Archivo General de la Nación, *Política pública de Archivos* (Bogotá, D.C: Archivo General de la Nación Colombia, 2016), 18.

básicos para la clasificación, ordenación y descripción de los archivos en las entidades públicas y privadas que cumplen funciones públicas.”³

Es de resaltar que la normatividad colombiana, a su vez, adopta las disposiciones internacionales, en particular la Norma Internacional General de Descripción Archivística ISAD(G), instrumento de descripción guía de las normas nacionales existentes y futuras. De acuerdo con la ISAD(G), la finalidad de la descripción archivística es identificar y explicar tanto el contexto como el contenido de los documentos de archivo de cualquier tipo documental, reconocer la institución productora, el contexto de producción documental, el tipo de documentos producidos y la perspectiva global de la institución, entre otros:

El Acuerdo 5 del 15 de marzo de 2013, emitido por el AGN, en el Capítulo IV de “Descripción documental”, Artículo 11, establece la obligatoriedad de la descripción documental y en consecuencia la necesidad de crear los procesos de descripción “que permitan conocer y controlar las unidades documentales que conforman el archivo, apoyar y estimular la difusión y consulta de la información por el ciudadano, así como la investigación a partir de las fuentes primarias, la participación en la recuperación de la memoria, en pro de la formación y consolidación de la identidad cultural.”⁴

El artículo 18 de este acuerdo, “Pautas generales para la descripción documental”, será la guía que direcciona esta descripción y provea el aparato conceptual que clarifique este proceso:

a) Instrumentos de Descripción Archivísticos:

Estos permiten relacionar o describir uno o varios acervos documentales con la intención de establecer control físico, administrativo o intelectual, con lo cual se facilita la recuperación y localización del documento y su contenido, sea de tipo físico o digital.

Son instrumentos de descripción:

- El censo
- La guía
- Los catálogos
- Los índices

-*Inventario*: Instrumento de control y de recuperación de información en el que se describen de manera exacta los datos de cada una de las unidades de conservación que conforman las series o asuntos de un fondo documental.⁵

³Archivo General de la Nación, “Acuerdo 5 del 15 de marzo de 2013”. <https://cutt.ly/Xwkw7hTJ> (05/04/2023)

⁴Archivo General de la Nación, Acuerdo 5 del 15 de marzo de 2013.

⁵Función Pública, *Acuerdo 5 de 2013*.

b) Niveles de descripción: Posibilita llevar el proceso de forma secuencial.

-*Serie y subserie o asunto*: Conjunto de unidades documentales de estructura y contenidos homogéneos, emanados de un mismo órgano o sujeto productor como consecuencia del ejercicio de sus funciones específicas, las cuales están determinadas por las Tablas de Retención o de Valoración Documental. A este nivel aplican los inventarios, dependiendo de la necesidad de información.

-*Expediente*: Conjunto de documentos generados orgánica y funcionalmente por una oficina productora en resolución de un mismo asunto, organizados en el orden en que fueron tramitados y que constituyen una unidad archivística compuesta. A este nivel, aplican los inventarios, catálogos e índices, dependiendo de la necesidad de información.

Unidad documental simple: Conjunto de documentos de iguales características, producidos de manera periódica y secuencial (numérica o cronológica) y que constituyen una unidad archivística simple. Ejemplo: actas, decretos, resoluciones, circulares, acuerdos. A este nivel aplican los inventarios, catálogos e índices, dependiendo de la necesidad de información.⁶

El desarrollo de un proyecto de descripción documental y los pasos mínimos son establecidos en el Artículo 19, así:

a) Identificación de la unidad de descripción (fondo, sección, subsección, serie, subserie o agrupación documental a describir).

b) Verificación del estado general de organización y conservación documental:

-Estado de organización: (clasificación, ordenación, foliación, sellado, reseña histórica institucional, nivel de descripción, condiciones de almacenamiento, reproducción en otros soportes).

-Estado de conservación: (identificación de los niveles de deterioro: físicos, biológicos o químicos y verificación de procesos de conservación realizados).⁷

c) Definición del plan de trabajo a seguir sobre la documentación previamente identificada:

-Elaborar el plan de trabajo y adelantar las acciones tendientes a subsanar los hallazgos, resultado de la verificación del estado de organización y conservación.

⁶Función Pública, *Acuerdo 5 de 2013*.

⁷Función Pública, *Acuerdo 5 de 2013*.

- Diligenciar la ficha de descripción documental, de acuerdo con el nivel de descripción establecido (fondo, sección, subsección, serie, subserie, unidad documental).
- Validación de la información y generación de instrumentos de descripción, a través de medios tecnológicos.
- Divulgación de los instrumentos de descripción.
- Acceso a la información.⁸

1.1 Marco normativo y archivístico de las historias clínicas en Colombia

La normatividad sobre las historias clínicas en Colombia comienza a ser objeto de preocupación desde la década de los ochenta del siglo XX. En este sentido, la Ley 23 de 1981 establece que una historia clínica es “el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente”; además de ser un documento privado con reserva que solo puede ser vencida por el paciente o los casos que determine la Ley.⁹ Otras legislaciones posteriores se han centrado en establecer las disposiciones legales y de conservación de tales documentos. De ahí que la Resolución número 1995 de 1999, establece las definiciones y disposiciones legales para el manejo en Colombia de la historia clínica y su organización archivística. En el Capítulo 1, Artículo I, se definen los conceptos de acuerdo a las necesidades del contexto, de organización y descripción de la historia clínica en general. Conceptualmente es definida en los siguientes términos:

-Historia clínica: es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

-Historia clínica para efectos archivísticos: Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado.

-Archivo Histórico: Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que, por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.¹⁰

El Artículo 3, precisa las características de la historia clínica y la obligatoriedad del registro:

⁸ Función Pública, *Acuerdo 5 de 2013*.

⁹ Ley 23 de 1981 (18 de febrero), *Por la cual se dictan normas en materia de ética médica*.

¹⁰ Ministerio de Salud, “Resolución 1995 de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica”, 2.

- Integralidad*: debe abordar el aspecto biológico, psicológico y social e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria, en lo que respecta a la atención en salud por parte de la institución encargada de atender la enfermedad.
- Secuencialidad*: registro de manera cronológica de los documentos relativos a la atención brindada al usuario en la prestación del servicio de salud.
- Racionalidad científica*: aplicación de criterios científicos en el servicio prestado al usuario, para conocer de manera lógica, clara y completa su diagnóstico y tratamiento.
- Disponibilidad*: respetando las limitaciones de la Ley se debe contar con el acceso a la historia clínica cuando así se requiera.
- Oportunidad*: realizar el diligenciamiento de la historia clínica justo en el momento en el que se da la atención al usuario.¹¹

Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente Resolución.¹² El Capítulo II, se ocupa de las generalidades acerca del diligenciamiento de las historias clínicas en lo que atañe a la identificación del usuario, es fundamental que sea forma clara y legible.¹³ Fundamental el capítulo III, dado que señala la “organización y el manejo del archivo de las historias clínicas”; los Artículos 12,13 y 14, especifican sobre la obligatoriedad del archivo, la custodia de la historia clínica y el acceso a esta, respectivamente; en estos tres apartados es deber y competencia de todos los prestadores de servicios de salud tener un archivo de historias clínicas en las etapas de gestión, central e histórico, dicha organización está regida por el Acuerdo 07 de 1994; entregar al usuario, al equipo de salud o a un representante legal o para efectos previstos por la ley (autoridades de salud o judiciales) la historia clínica.

Otro artículo importante es el referente a “retención y tiempo de conservación” el numeral 15 precisa que “la historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo quince (15) años en el archivo central. Una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse”.¹⁴

El anterior artículo es reformado de la Ley 80 de 1989, Art. 49 de la Ley 594 de 2000, en el cual se establece que “En ningún caso los documentos históricos y otros que a juicio de la Junta

¹¹ Ministerio de Salud 2.

¹² Ministerio de Salud 3.

¹³ Ministerio de Salud 4.

¹⁴ Ministerio de Salud 6.

Directiva y de la Academia Colombiana de Historia, tengan especial importancia, no podrán ser destruidos aún después de que sus originales hayan sido microfilmados.¹⁵

Por último, la Ley establece que es competencia del prestador de salud la seguridad del archivo de historias clínicas, debe: “archivar la historia clínica en un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservándolas historias en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.”¹⁶ El acervo documental a describir y valorar históricamente se encuentra en la etapa de “Archivo histórico”, contiene las historias clínicas psiquiátricas del Manicomio Departamental y del Hospital Mental de Antioquia que, por su valor científico, histórico y cultural deben ser conservadas permanentemente.

1.2 Archivo Histórico y Fondo documental HOMO

El Manicomio Departamental de Antioquia, institución de carácter público se fundó mediante la ordenanza 24 de 1888, y se inauguró en abril de 1892. De acuerdo con Luciano Vélez¹⁷, el manejo y producción de las historias clínicas se promulgó mediante la Ordenanza 34 del 28 de abril de 1917, que creó el cargo de Interno del Manicomio con la función de llevar las historias clínicas de cada paciente y aplicar sus tratamientos oportunamente, pese a esta promulgación lo más cercano a ello es el manejo estadístico de Juan Bautista Londoño.

Este Fondo documental está conformado exclusivamente por historias clínicas psiquiátricas resultado de la prestación de los servicios de salud mental a los pacientes, elaboradas a partir de 1920 por Lázaro Uribe Cálad,¹⁸ director del Manicomio Departamental de Antioquia entre (1920-1946), las primeras historias contienen datos de pacientes ingresados a la institución desde 1903 en adelante y algunas fueron diligenciadas cuando se presentaba el deceso de éste. El contenido de las primeras historias clínicas es: “datos personales del paciente: nombre del enfermo, lugar de procedencia, nacionalidad, edad, raza, estado civil, profesión. Luego sigue la fecha del ingreso a la institución, antecedentes hereditarios, antecedentes personales, estado actual de la enfermedad, diagnóstico, pronóstico, observaciones, fecha de salida y causa, y para finalizar la firma del médico.

¹⁵ Congreso de Colombia, “Ley 80 de 1989 por la cual se crea el Archivo General de la Nación y se dictan otras disposiciones” <https://cutt.ly/zwkenMhD> (18/04/2023)

¹⁶ Ministerio de Salud 6.

¹⁷ Luciano López, Rodrigo García, Doris Rueda y Jorge Suárez, “Historia institucional y terapéutica del Hospital Mental de Antioquia en sus 125 años”, (Informe de investigación, Universidad de Antioquia, 2006), 98.

¹⁸ Véase: Dina María Herrera, “La biografía de un alienista: Lázaro Uribe Cálad 1920-1946” (Maestría en Historia, Universidad de Antioquia, 2015) 1-224.

Algunas contienen anexos como: órdenes de salida, cartas de la entidad remitente, resultados de exámenes médicos, cartas de los usuarios, es oportuno señalar que para las donaciones realizadas a la Universidad Nacional se llevó a cabo antes un expurgo en la documentación.”.¹⁹

Las historias clínicas intervenidas no pueden ser fotografiadas, el acceso a la base de datos aún es restringida, sólo hay acceso a los documentos que se encuentran digitalizados y anonimizados, con el objetivo de proteger la intimidad y valor de los pacientes atendidos en el establecimiento psiquiátrico.

1.3 Donación Historias clínicas psiquiátricas a la Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín

Por medio de la Resolución V-1036 de 2008 del 17 de abril, se formalizó el convenio interadministrativo entre la Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín y la E.S.E Hospital Mental de Antioquia, en esta se acordó la entrega de las historias clínicas correspondientes al periodo 1903 – 1978. Estas historias clínicas están enumeradas en orden consecutivo de la 1 a la 69.754, empacadas en 853 cajas y consideradas como archivo pasivo histórico.²⁰ Una segunda donación tuvo lugar el 4 de agosto de 2022, con un total de 12.842 historias clínicas datadas entre 1942 y 2005.²¹

El acervo documental es custodiado por el Laboratorio de Fuentes Históricas; el objetivo de estas donaciones es promover su conservación e investigación por su valor histórico, científico y cultural. Desde el año 2018, el LFH adelanta la construcción de una base de datos apoyada en los procesos de descripción, organización y anonimización, que permita la búsqueda de los pacientes por materias: año de ingreso, año de egreso, oficio u ocupación, sexo, lugar de origen, diagnóstico y “raza”.²² Entre los compromisos aceptados por la Universidad Nacional de Colombia, en correspondencia a su autonomía institucional, a las políticas del Ministerio de Cultura, del AGN y del Ministerio de Salud, está la creación de reglamentos y protocolos para el acceso a la

¹⁹ López Vélez y otros 98.

²⁰ Universidad Nacional de Colombia, “Resolución V-1036 de 2008” (Convenio, Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín, 2008) 1-2.

²¹ Según el gerente de la ESE Hospital Mental de Antioquia esta donación está compuesta por 13.062 historias clínicas con fechas entre 1942 y 2001. Tomado de Universidad Nacional de Colombia 1-2.

²² Por lo menos hasta 1958 las historias clínicas incluyen dentro del formato la variable de “raza”.

información, teniendo en cuenta los derechos de las personas psiquiatrizadas, así como la demanda social por acceso a la información.

Capítulo segundo. Descripción por medio de inventario y valoración histórica

La descripción documental es un proceso inherente a este trabajo, en el cual se ordena y clasifica la información para posteriormente valorar sus posibilidades. Dicho proceso está sujeto a la reglamentación archivística vigente en Colombia y la Norma Internacional de Descripción Archivística ISAD (G) 2000, que define la metodología indicada para realizar este tipo de trabajo archivístico de corte cuantitativo y cualitativo. El instrumento de consulta a desarrollar es el de “Inventario”²³, este permite la descripción de series documentales que componen las unidades archivísticas, el objetivo común de cualquier inventario es la descripción de las series que conforman un Fondo, la rápida localización y control de la información para el personal encargado, así como el conocimiento de su contenido a los usuarios. Es preciso señalar que este Fondo documental es de consulta en el archivo, limitación que se irá reduciendo a medida que avance el proceso de digitalización y anonimización.

2.1 Historia institucional entidad productora

Millares de insanos son encerrados en las prisiones sin que nadie piense en el menor de los remedios. El semiinsano que se confunde con el insano perdido; el furibundo con el loco tranquilo: a unos se los encadena, a otros se les deja en libertad en su cárcel.²⁴

En los antecedentes históricos del manejo dado a los locos o enfermos mentales tanto en el contexto europeo como nacional, predominó la exclusión de consideraciones médicas; imperando las consideraciones jurídicas, religiosas y morales hasta muy avanzado el siglo XIX en Europa y segunda mitad del siglo XX en Latinoamérica. La atención prestada a los locos se caracterizó por ser de tipo custodial, policial o asilar, ajena a diagnósticos y tratamientos favorables a su bienestar.

Debates recientes sobre el origen del primer alienismo muestran la transición en la mentalidad con respecto al trato de enfermos mentales: “alojar a los locos en asilos específicos muestra claramente una voluntad de exclusión, aunque también convierte al loco a partir de esta

²³ César Martín Gavilán, *Descripción archivística: guías, inventarios, catálogos e índices. La Norma ISAD (G)* (SD: Temas de biblioteconomía, 2009) 5.

²⁴ Juan Carlos Stagnaro, "Introducción: En torno al origen del primer alienismo", *Asclepio*, 67.2 (2015): p104, doi: <https://cutt.ly/QwkevWo>

exclusión en objeto de una verdadera investigación científica, pues se presume que hay una parte inalienable en la subjetividad del loco y es precisamente esa parte la que ha de posibilitar su curación por medio del tratamiento moral”.²⁵

En este sentido, estos sitios fueron vistos como los lugares apropiados para el tratamiento de los enajenados. López Vélez, citando a Claudia Montagut, quien desde una perspectiva económica y comercial, afirma que la razón por la cual a finales del siglo XIX se inició con la fundación de instituciones para atender a los locos radicó “en la inserción de Colombia al mercado mundial, ya que el acceso a los mercados europeos exigían condiciones higiénicas y médicas aptas para su funcionamiento.”²⁶ Además, la fundación de este tipo de establecimientos marcó un precedente en la historia de la psiquiatría en Colombia, al ser inexistentes en el período Colonial y Republicano. Entre las características predominantes en este tipo de instituciones en el territorio colombiano hasta muy avanzado el siglo XX, se destacan “ser instituciones de beneficencia pública y caridad privada, ante el desinterés estatal”, de acuerdo con Alejandro Salazar, su consolidación fue “un proceso inconcluso en el cual primó la caridad privada, la organización moral y religiosa, antes que médica y terapéutica.”²⁷

Una aproximación histórica a la dinámica institucional y terapéutica de la E.S.E Hospital Mental de Antioquia -María de Jesús Upegui-, da cuenta de tres momentos fundamentales en su construcción y posterior consolidación, así: La casa de locos fundada en el año 1878; posteriormente el Manicomio Departamental fusionado con esta primera en 1892 y finalmente el Hospital Mental de Antioquia (HOMO) a partir del año 1958-1959 hasta la actualidad. Estos tres momentos se detallan a continuación.

2.1.1 Casa de locos de Medellín 1878-1892

El Manicomio Departamental de Antioquia tuvo como antecedente la Casa de locos de Medellín. Esta se fundó en 1878 después de superar la guerra civil, política y religiosa de 1876-1877, que inició en el Estado del Cauca y se extendió por Antioquia, Tolima y Cundinamarca. María de Jesús Upegui como directora y administradora y el doctor Tomás Quevedo como director

²⁵ Stagnaro 104.

²⁶ López Vélez y otros 15.

²⁷ Alejandro Salazar Bermúdez, “Una reforma psiquiátrica que nunca lo fue: Colombia y el caso del Manicomio departamental de Antioquia, 1920-1946”, *De manicomios a instituciones psiquiátricas: experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX*, coord. Andrés Ríos Molina y Mariano Ruperthuz (México: Universidad Nacional Autónoma de México; Madrid, Sílex, 2022) 497-540.

estuvieron a cargo del manejo de una institución que se caracterizó por un marcado desequilibrio económico y administrativo ante los insuficientes recursos aportados por el Cabildo de Medellín, la cual se sostuvo de las donaciones de los medellinenses ricos e implicó constantes amenazas de cierre definitivo. Careció de camas, cobijas, vestido, servicio médico permanente; personal y tratamientos terapéuticos adecuados a los asilados. Entre 1878 y 1892 no se elaboró ni una sola historia clínica en la institución o documento que dé cuenta del manejo terapéutico en la institución.

En ella se albergó varios enfermos furiosos reclusos en la cárcel de la ciudad, otros que se encontraban en las calles procedentes de Medellín o de poblaciones aledañas; se arrendó una casa, aunque fue instalada en diferentes lugares del centro de la ciudad.²⁸ Afirma Luciano Vélez que, “*La casa de locos y el Código de policía general de 1878* cumplieron con la función de ser un instrumento de ordenamiento y un arma de control social, al salvaguardar y regular el espacio público, la propiedad privada, la moral y las buenas costumbres de los ciudadanos, interrumpida en ocasiones por los comportamientos públicos e inmorales de los signados como locos.”²⁹ Por ello su cierre no se llevó a cabo pese a su precario funcionamiento y el Estado Soberano de Antioquia intentó asumir su sostenimiento y así resolver un problema público, higiénico y de beneficencia de Medellín y Antioquia al retener a aquellos que habían perdido la razón total o parcialmente.

2.1.2 Institución de custodia. Manicomio Departamental de Antioquia 1892-1958

El Manicomio se construyó en el Alto de Bermejil, en los límites de la ciudad, con el aval de la Academia de Medicina de Medellín en lo que hoy es el barrio Aranjuez. Con el Manicomio se buscó reorganizar la precaria situación institucional de la Casa de Locos de Medellín, con la fundación en 1892 de una institución que dependiera de la Beneficencia del Departamento de Antioquia como garantía de mayor cobertura y estabilidad económica, con un edificio propio y dotación de elementos médicos, en pro de encaminar su misión al logro de ser un hospital moderno para el tratamiento de la enfermedad mental antes que un sitio de castigo y reclusión.³⁰

Desde 1906 la Congregación de las Hermanas de la Caridad se encargó de la administración y el cuidado de los asilados hasta 1965, cuando fueron reemplazadas por enfermeras profesionales. Sin embargo, durante la última década del siglo XIX y primera del XX, no hubo cambios

²⁸ López Vélez y otros 29.

²⁹ López Vélez y otros 19.

³⁰ López Vélez y otros 30.

significativos en las condiciones de los internos y la institución continuó con la función de aislamiento.³¹ Los asilados eran sometidos a:

El aislamiento en jaulas, la utilización de esposas, grilletes y camisas de fuerza siguieron siendo la principal medida de contención para controlar los enfermos agitados, que ingresaban a este establecimiento. El arsénico, el bismuto, el mercurio, algunos sedantes e hipnóticos mezclados con hidroterapia –combinaciones de agua caliente y agua fría, combinados con algunos químicos y sales minerales– y electroterapia, al igual que con técnicas de malarioterapia y piretoterapia eran algunas de las drogas y procedimientos utilizados por el doctor Lázaro Cálad, sus antecesores y sus auxiliares para el manejo de los pacientes allí asilados.³²

El siglo XX fue un siglo de crecimiento demográfico, expansión económica, urbana y comercial tanto a nivel nacional como internacional. Según Álvaro Casas Orrego,³³ el aislamiento de los locos en una institución asilar dio inicio al proceso de constitución e institucionalización del saber psicopatológico, de la autoridad médica y la medicalización de la demencia en Antioquia a comienzos de esta centuria.

A pesar de que desde 1914 el Manicomio bajo la dirección de “Juan Bautista Londoño”³⁴, y Jorge Tobón Castilla inició un proceso de institucionalización y reorganización sistemática, el periodo comprendido entre 1920 y 1946 ha sido el más estudiado por historiadores, psicólogos y científicos sociales y se considera la fase de mayor estabilidad administrativa. Un nuevo manejo directivo y clínico se materializó con Lázaro Uribe Cálad como director alienista a partir de 1920. Como parte de esta estabilidad se realizaron por primera vez historias clínicas psiquiátricas con una clasificación regional de acuerdo a las particularidades del Departamento tomada de las diferentes escuelas psiquiátricas.; Uribe Cálad fue ecléctico en el uso de nosologías, aunque se destacan las clasificaciones francesas y alemanas del siglo XIX de Kraepelin, Pinel y Esquirol no fue tan recurrente el uso del cuadro de esquizofrenia acuñado por el suizo Eugene Bleuler.

En este periodo se destaca la incursión de nuevos métodos terapéuticos; a partir de 1938 se dio inicio a la terapia convulsionante por Cardiazol intravenoso, en (1941) con electrochoques,

³¹ Gracias al director del Manicomio Teodomiro Villa, sabemos que, en 1907, se trataba a algunos enfermos con la raíz de valeriana, la quina julvenjado, el extracto fluido de kola, el bálsamo de fricadenti, el éter sulfúrico, el amoníaco líquido entre otros. Tomado de Luciano López Vélez y otros 41.

³² López Vélez y otros 106.

³³ Álvaro León Casas Orrego, “Desplazamiento y aislamiento. Alienados mentales en la ciudad de Medellín. 1878-9302”, *ASCLEPIO. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* 40.2 (2008): 119-42.

³⁴ Fue médico y director, miembro de la Academia de Medicina y de la Junta Central de Higiene, comisionado en varias ocasiones por la gobernación de Antioquia para la construcción del edificio y elaboración del primer reglamento interno para el adecuado funcionamiento de la institución, catedrático de la Universidad de Antioquia, produjo las primeras estadísticas del ingreso y egresos de los pacientes. Tomado de López Vélez y otros 45.

para contrarrestar las manifestaciones esquizofrénicas y epilépticas; se construyó el pabellón para enfermos pensionados y la adecuación de una sala para pequeñas cirugías.³⁵

Este periodo fue medular para la institución psiquiátrica, tras el retiro en 1946 de Lázaro Uribe Cálad, quedaron las bases para un relevo generacional que comenzó con Carlos Augusto Obando Tobón y Luis Carlos Posada; quienes direccionaron la profesionalización de la psiquiatría y la neurología en el establecimiento.

2.1.3 Años 50 del siglo XX. De institución custodial a Hospital Mental de Antioquia

El paso a Hospital Mental y la profesionalización se dio en medio de una agudización de los problemas estructurales de la institución; hacinamiento, crisis presupuestal, financiera y terapéutica. En 1946 el Manicomio contaba con 1.230 alienados en un espacio destinado para 700 enfermos, lo cual se alejaba de la posibilidad de ser lugar de refugio, espacio terapéutico y de producción interdisciplinaria de saber encaminado al manejo adecuado de las enfermedades mentales; esto no es ajeno a la dinámica social y económica por la que atraviesa el país en la segunda mitad del siglo XX; marcada por fenómenos de violencia política, Modernización e industrialización que generan desplazamientos del campo hacia la ciudad y aumento en la población urbana. Dicha situación creó en parte las condiciones de posibilidad para una nueva institución.

El Hospital Mental de Antioquia desde sus inicios buscó consolidarse como una institución con una visión holística del paciente e intervenir en su curación y reinserción a la sociedad por medio de prácticas médicas y terapéuticas interdisciplinarias; por ello amplió sus alcances al formar profesionales de distintas ramas en el tratamiento de las enfermedades mentales y establecer convenios con facultades de medicina del país; crear el Departamento de investigaciones y residencia en psiquiatría; consolidar la biblioteca médica como una de las más completas en psiquiatría; e implementar y fortalecer las actividades deportivas y la ergoterapia.

Esta nueva apuesta organizativa está marcada por un informe de la Misión médica estadounidense “Unitarian Service Committee en 1948”³⁶, el cual cuestionó fuertemente el tipo de administración científica llevada a cabo en el Manicomio, señaló como responsable de las malas

³⁵ López Vélez y otros 95-97.

³⁶ López Vélez y otros 132.

condiciones al abandono estatal y exigió a las autoridades gubernamentales aunar esfuerzos en pro de la construcción de un hospital especializado en el tratamiento de las enfermedades mentales.

El establecimiento médico termina el complejo y retador siglo XX, como es usual en su historia con cierta precariedad económica, debido al recorte presupuestal en el área de la salud en todo el país decretado por las reformas de la Ley 100 de 1993. Dichas reformas transformaron el enfoque médico por uno más administrativo, la Ordenanza N°17 de 1994, modificó la institución en la Empresa Social del Estado Hospital Mental de Antioquia lo cual demanda nuevos desafíos a nivel empresarial y administrativo.

Consecuente a lo anterior en lo transcurrido del siglo XXI, este establecimiento presta servicios especializados en salud mental. Igualmente actúa como centro de investigación, enseñanza y formación del personal requerido por el sector salud, para lo cual se coordinan acciones con otras entidades públicas y privadas.³⁷ En el 2021 la Asamblea Departamental aprobó el actual nombre, el cual da un reconocimiento a la administradora de la antigua Casa de Locos y del Manicomio Departamental, la institución pasa a llamarse E.S.E Hospital Mental de Antioquia-María Upegui- HOMO.

2.2 Metodología de descripción

El proceso de descripción inicia con la asignación de las cajas 162 a 184. En total 800 historias clínicas psiquiátricas, agrupadas y divididas en 22 cajas con sus respectivas fechas de producción y el número de historia clínica correspondiente. Posteriormente, los encargados brindaron la información necesaria sobre las condiciones con las que cuenta el lugar para su adecuado almacenamiento (temperatura-organización), las cajas se encuentran numeradas y con el rango de historias clínicas. Antes de manipular las historias clínicas estas deben ser retiradas del cuarto frío y dejarlas en reposo en un segundo cuarto a temperatura intermedia entre el depósito y temperatura ambiente y esperar mínimo una hora para su uso. Estas condiciones garantizan su conservación, aparte del uso de tapabocas y guantes. Con respecto al contenido de los expedientes clínicos éstos están separados en carpetas, algunas de ellas marcadas con el logo del Manicomio Departamental de Antioquia u Hospital Mental y algunos de ellos una cruz hecha con un color rojo que indica que la persona falleció en la institución.

³⁷ E.S.E. Hospital Mental de Antioquia, “Misión y Visión”: <https://homo.gov.co/>. Consultado (13/01/2023)

El personal encargado señaló los cuidados correspondientes del material y la estructura del documento para facilitar la búsqueda de la información a conseguir y participó en la construcción del instrumento de descripción en una matriz en Excel de acuerdo a la normativa vigente en Colombia en lo que respecta a la descripción de una Unidad documental compuesta. En total son 24 columnas distribuidas de la siguiente manera.

Tabla 1. Base de datos inventario historias clínicas Laboratorio de Fuentes Históricas

| Columna | Descripción | Detalle |
|---------|---------------------------------------|---|
| A | Número de identificación del registro | IDD |
| B | Lugar donde se encuentra el archivo | Colombia |
| C | Designa el nombre del archivo | AUN- Archivo Universidad Nacional de Colombia |
| D | Nombre de la serie documental | HOMO – Fondo Documental de las Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia. |
| E | Número de caja | Desde caja n°162 hasta la n°184 |
| F | Número de carpeta | carpeta n°16736 hasta n°17554 |
| G | Número de folio | Entre 1 y 125 folios por historia clínica |
| H | Código de referencia | |
| I | Número de historia clínica | Identificación de usuario desde 167636 hasta 17556 |
| J | Fecha inicial | fecha del primer ingreso del paciente |
| K | Fecha final | Fecha de la última salida o procedimiento realizado (alta, muerte, fuga, estar bien, mejoría) |
| L | Tiempo de internamiento | Expresado en años vinculo paciente- institución |
| M | Nivel de descripción | Unidad documental compuesta |
| N | Volumen y soporte | Hojas en soporte papel |
| O | Sexo del paciente | Hombre o mujer |
| P | Edad del paciente | Registro expresado en años (entre y |
| Q | Diagnóstico | Registro en letras o números |
| R | Nombre del titular de la descripción | Perlina Mena Romaña |
| S | Fecha de descripción | Octubre y noviembre de 2022 |
| T | Nombre del paciente | Apellidos, nombres |
| U | Raza del paciente | Blanca, negra, mestiza, aindiada, indígena |
| V | Estado civil | Soltero (a), casado (a), viudo (a), unión libre |
| W | Oficio u ocupación | Rural, urbana, calificada |
| X | Lugar de origen o residencia | Expresada en municipios y departamentos de Colombia |

Nota. Fuente: Elaboración propia con base en instrumento de descripción establecido por el Laboratorio de Fuentes Históricas.

La fecha inicial, fecha final, tiempo de internamiento, sexo, edad, diagnóstico, raza, estado civil, ocupación, lugar de origen del paciente, son las variables para realizar el análisis y la valoración histórica. Finalizada la descripción y consignación de los anteriores datos en la matriz, se procedió con la construcción de tablas dinámicas, recuento de datos, cruce de variables y

creación de grupos diagnósticos, con el objetivo de un mejor y mayor manejo de la información aquí depositada.

Figura 1. Muestra variables de historias clínicas para valoración histórica

| H | I | J | K | L | M |
|--|-------------------------|----------|--------------|--------------------|-----------------|
| Diagnóstico | Grupo Diagnóstico | Raza | Estado civil | Oficio | Lugar de origen |
| deficiencia mental leve | Deficiencia mental | Sin raza | soltera | oficios domesticos | Andes |
| oligofrenia | Oligofrenia | Blanca | soltera | sin oficio | Porce |
| deficiencia mental severa | Deficiencia mental | Mestiza | soltera | oficios domesticos | Ituango |
| reaccion esquizofrenica cronica, tipo indiferenciada | Reacción esquizofrénica | Mulata | soltero | sin oficio | Yarumal |
| oligofrenia | Oligofrenia | Negra | soltero | sin oficio | Medellin |
| sin diagnostico | Sin diagnóstico | Sin raza | soltero | agricultor | Caramanta |
| psicosis epileptica | Epilepsia | Sin raza | soltera | sin oficio | Copacabana |
| confusion mental aguda | Confusion mental | Mestiza | soltero | sin oficio | Titiribi |

Nota. Fuente: HOMO Elaboración propia con base en historias clínicas número 16736-17554.

2.3 Diagnóstico serie documental Hospital Mental de Antioquia (HOMO)

El Fondo de Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia constituye uno de los fondos documentales del Laboratorio de Fuentes Históricas (LFH) de la Universidad Nacional de Colombia, y se encuentra compuesto por una única serie documental que son las historias clínicas. En el año 2003, la administración de la E.S.E Hospital Mental de Antioquia bajo la dirección de Mauricio Parodi³⁸ promovió la recuperación de la memoria histórica de la institución, para lo cual dispuso de un lugar adecuado y personal calificado para catalogar el archivo, esta fue la primera intervención de corte archivístico llevado a cabo en sus 125 años de existencia.

En el LFH se encuentran custodiados aproximadamente 82.827 expedientes de usuarios del establecimiento manicomial y psiquiátrico contenidos en soporte papel, organizados en carpetas u hojas sueltas, escritos a mano o en máquina de escribir desde 1903 hasta el 2005. Los expedientes se conservan en cajas de referencia X200, con un volumen de 1.227 cajas en total de 245.4 metros

³⁸ López Vélez y otros 253.

lineales. Los documentos se encuentran resguardados en un depósito con control de temperatura 13.5°C y humedad relativa del 50% HR, lo que garantiza extender la vida de los documentos.

Figura 2. Almacenamiento historias clínicas LFH



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

El Fondo contiene expedientes con más de un siglo de existencia, por ello en algunos folios es evidente el rigor del tiempo y las consecuencias de la falta de organización; manifiesto en el estado de conservación y nivel de deterioro actual. Folios: amarillentos, manchados parcialmente, rasgados o con hojas dobladas, con ganchos oxidados los cuales son retirados en este proceso. Dada la reserva de este tipo de material no está autorizado el registro de dichas condiciones por medio de fotografías.

La información brindada por el personal del Laboratorio de Fuentes Históricas, indica que la primera donación realizada en 2008, se encuentra desordenada y llegó sin inventario respecto a su fecha de producción. La segunda donación 2018 cuenta con inventario y se encuentra organizada, aspecto que favorece y facilita el manejo del acervo documental, cabe resaltar que la necesidad de la descripción de la fuente documental se hace porque este no estará disponible para consultar en físico, solo se podrá hacer de forma digital.

Pese a lo logrado, para el año 2023 el diagnóstico en términos de avance señala que la cifra de expedientes descritos en inventario es de 16.013 para la primera donación y 12.842 para la segunda. En total hay 8.492 expedientes digitalizados para la consulta del público lo que equivale

al 10.3% de la documentación a la que se tiene acceso, contrario lo que pasa con el 89,7% de expedientes.

2.4 Los formatos

Los datos consignados en esta base de datos han sido producidos entre (1914-1918) por Juan Bautista Londoño, Jorge Tobón (1918-1920), (1920-1946) Lázaro Uribe Cálada, (1946-1953) Carlos Augusto Obando Tobón (1953-1959) por Luis Carlos Posada, médicos- directores del Manicomio Departamental de Antioquia en la sede El Alto del Bermejil. A partir de la década de 1960 encontramos a Augusto Díez Estrada (1959-1960), Gonzalo Restrepo Ochoa (abril 1960) y Oscar Robledo Restrepo (1960-1969), Octavio Ángel Orrego (1970), Roberto Viana Guerrero (1986-1989) como directores del Hospital Mental de Antioquia, en la nueva y actual sede de la institución psiquiátrica en el municipio de Bello. Dado que está prohibida la reproducción de este material por medio de fotografías realizó la descripción de los ítems.

2.4.1 Historias clínicas del Manicomio Departamental de Antioquia (1920-1958)

El formato dos contiene los mismos apartados del anterior del formato "uno"³⁹ (con diferencia en la portada (Beneficencia de Antioquia, Hospital Mental -Medellín-). En estas historias se registra información de pacientes que fueron atendidos en el Manicomio Departamental, según las fechas allí consignadas, una hipótesis posible frente a estos, es la posible transcripción de la información a los nuevos formatos o el funcionamiento a la par de las dos instituciones mientras se realizaba el traslado definitivo del Manicomio Departamental al Hospital Mental de Antioquia.

2.4.2 Historias clínicas del Hospital Mental de Antioquia (1960-1992)

Algunas historias cuentan con foto del paciente y dactilograma del índice derecho. Encontramos la portada con el logo de la institución, número de historia, la fecha de inscripción (día, mes y año), primer y segundo apellido, clasificación económica, (A,B,C,D,E,F,G), fecha y lugar de nacimiento, sexo, edad, estado civil, documento de identidad, instrucción, ocupación, RESIDENCIA HABITUAL: (Municipio, Departamento, dirección, teléfono), responsable del paciente (a quien debe avisarse en caso de urgencia), nombre, parentesco, dirección, teléfono; nombre del padre, nombre de la madre; HOSPITALIZACIÓN: Fecha de admisión, sala de servicio,

³⁹ El contenido de este formato ha sido descrito en la página número 19.

fecha de salida, diagnóstico definitivo, procedimiento quirúrgico; Código del diagnóstico, causa de salida. GRUPO FAMILIAR: Nombres, estado civil, (soltero, casado, viudo, unión libre); edad, parentesco, instrucción, ocupación, salario mes de cada integrante del grupo familiar, observaciones y firma del encuestador. También información sobre los antecedentes hereditarios, exámenes de laboratorio: (de la sangre, del líquido cefalorraquídeo, de la orina, de las materias fecales, de otros productos) tratamientos y resultados, descripción del estado físico, peso, estatura.

2.5 Valoración histórica: Contenido de las historias clínicas y perfil sociodemográfico de los pacientes

En este proceso se identifican las cualidades, se estudia y reflexiona sobre los distintos usos del contenido de los documentos, se trata de “pensar sobre el uso presente y futuro que se le puede dar a la documentación para proyectar la potencialidad de la información en diversas aplicaciones, usos, procesos y como fuentes primarias de investigación.”⁴⁰

Por lo anterior, este apartado tiene como objetivo establecer líneas de investigación del contenido de las historias clínicas psiquiátricas a partir de las características generales de la población psiquiátrica del Manicomio Departamental y del actual Hospital Mental de Antioquia. De acuerdo con Rafael Huertas, abordar un amplio número de historias clínicas, nos permite obtener diferentes rutas metodológicas que demuestran el valor como fuente para la investigación, entre ellas: caracterizar y tipificar marcos conceptuales; rastrear historia de las mentalidades y las instituciones asistenciales; valorar el impacto o asimilación de saberes; realizar investigaciones de historia social que completan y matizan abordajes sobre los diagnósticos y el tratamiento; comprender la evolución de criterios y diagnósticos terapéuticos.⁴¹

Además de esto, también es importante el uso de esta fuente para la historia de la psiquiatría y para una interacción dinámica entre los gremios de historiadores y psiquiatras que posibilite a estos últimos, entender el porqué de la práctica psiquiátrica actual.⁴² Otra utilidad de esta fuente la

⁴⁰ Flórez Porras y Forero 11.

⁴¹ Rafael Huertas, “Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos”, *Frenia* 1.2 (2001): 23.

⁴² Rafael Huertas, “Historia de la psiquiatría ¿por qué? y ¿para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias” *Frenia* 1.1 (2001): 9-36.

rescata Andrés Ríos⁴³, quien afirma que el expediente clínico es polifónico, pues contiene el lugar de enunciación de los psiquiatras, familiares, instancias remitentes, perspectiva del paciente, es decir, una gama amplia y heterogénea de miradas al encontrar en un mismo expediente varios diagnósticos y descripciones clínicas.

2.5.1 Administración y funcionamiento institucional

Los expedientes clínicos dan cuenta de las acciones desempeñadas por médicos generales, médicos directores, psiquiatras, monjas y sacerdotes, vigilantes y personal de trabajo. También del rol desempeñado por los familiares de los pacientes en lo que respecta a su acompañamiento o abandono. En ellos se evidencia todo lo relacionado con las características y aplicación del Alienismo francés y de la psiquiatría como especialidad médica a partir del siglo XX; los periodos de crisis, estabilidad y mayor cobertura; la consolidación del Hospital Mental como espacio terapéutico y/o espacio de producción del saber; los estigmas sociales y culturales vinculados con la locura; las funciones institucionales en cuanto Asilo, Manicomio y Hospital al contar en sus instalaciones con sujetos sin ningún trastorno mental sólo en condición de asilados; por último propicia el estudio del fenómeno de desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos e instauración de la consulta externa, entre otros.

2.5.2 Sexo

Esta variable permite analizar la cantidad de hombres y mujeres que ingresan a la institución y establecer diferencias y semejanzas cuantitativa y cualitativa entre sexos. Los diagnósticos de Epilepsia, con 19 hombres y 66 mujeres y la Psicosis Maniaco Depresiva 9 hombres y 39 mujeres, invierte la tendencia de mayor ingreso de hombres al de mujeres. Por su parte el diagnóstico de Melancolía es superior con 9 hombres y 1 mujer; igual que el de Alcoholismo con 10 hombres, correspondiente al total de los diagnosticados. El ingreso de hombres es superior (56.25%) y un (43.75%) para las mujeres; es decir que la diferencia entre hombres y mujeres es de (12.5%). Lo anterior suscita preguntas e investigaciones tales cómo ¿qué hace mayor el número de hombres en relación al de las mujeres?, ¿quién remite a los hombres? ¿Quién remite a las mujeres? A su vez,

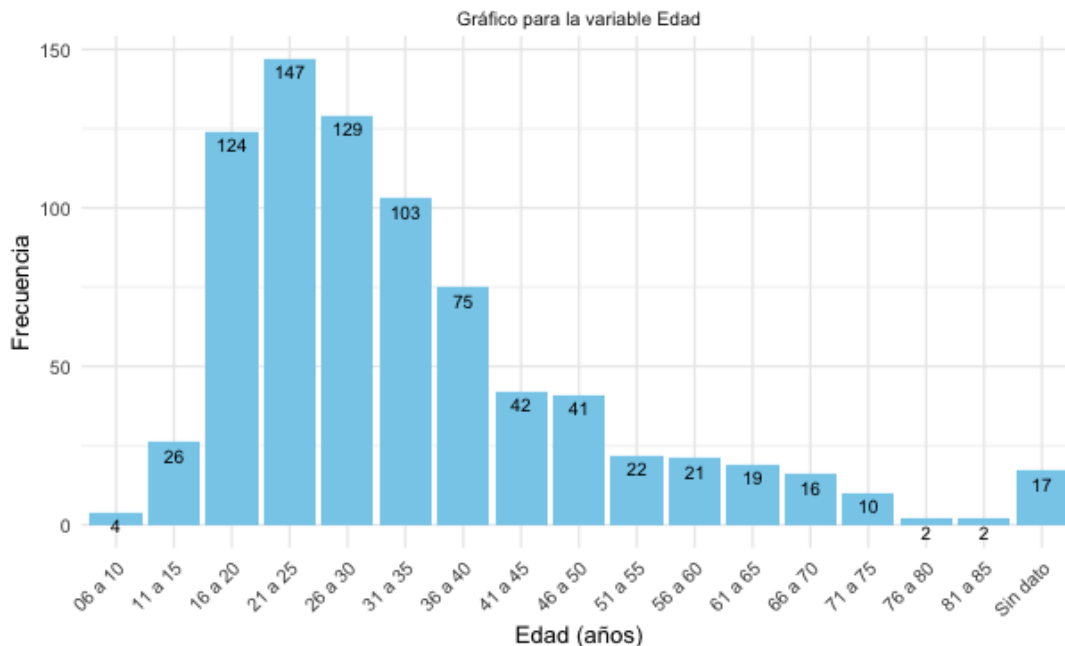
⁴³ Andrés Ríos Molina y otros, *Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una historia de la clínica psiquiátrica en México, 1910-1968* (México, serie Historia Moderna y Contemporánea, 2002) 11.

esta variable nos permite establecer la relación sexo y diagnóstico, análisis comparativo entre sexo, diagnóstico y sintomatología.

2.5.3 Edad

Carlos E. Córdoba⁴⁴, en su tesis realizada al interior del Manicomio en 1937, corroboró que los trastornos psíquicos predominan en la mejor época de la vida, respecto al rendimiento económico, a la mayor actividad mental y al completo desarrollo cerebral. Según él existe mayor probabilidad de desarrollar enfermedad psíquica entre los 20 y 50 años, por ello a más edad menor posibilidad de un trastorno psíquico. A partir de la variable Edad, se pueden desarrollar estudios estadísticos y preventivos de la población joven, adulta y sus respectivos diagnósticos; conocer el tiempo de inicio y la duración de un diagnóstico; analizar la cronicidad y sintomatología. El 92.3% de los 800 registros, se encuentran en el rango de edad productiva con una edad promedio de 32 años para las mujeres y los hombres 31 años. Predominan los diagnósticos de reacción esquizofrénica con un 14.29% y síndrome cerebral 24.29% en la población en edad productiva.

Figura 3. Variable edad pacientes HOMO



Nota. Fuente: HOMO. Elaboración propia con base en historias clínicas número 16736 hasta 17554

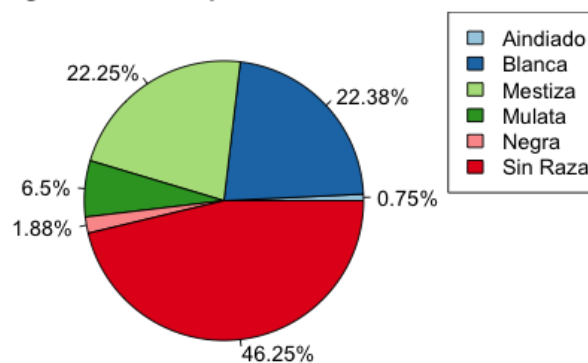
⁴⁴ Carlos E Córdoba, “Comentarios a la estadística manicomial del Departamento de Antioquia”. (Monografía de grado, Universidad de Antioquia, 1937)1-136.

2.5.4 Raza

En los formatos de las historias clínicas, la variable de “raza” deja de ser consignada a mediados de la década de 1950. Ello explica en parte el alto porcentaje de los “Sin raza” 370 personas que representan un (46,25%), sobrepasando a las otras con más de 190 individuos. No es claro y no corresponde al objeto de esta investigación definir cuál era el criterio del médico para clasificar a una persona dentro de una u otra raza. De acuerdo con la observación de los médicos de la época, la “raza” con mayor representatividad en la institución manicomial fueron las blancas y mestizas. El análisis de la raza a nivel investigativo e histórico propicia estudios de las enfermedades mentales asociadas a características fenotípicas, hereditarias y etiológicas de los individuos; conocer la perspectiva psiquiátrica frente al paradigma de la degeneración de la raza, determinante durante el siglo XIX y principios del XX al momento de buscar el origen de la enfermedad y establecer un diagnóstico.⁴⁵

Figura 4. Variable raza pacientes HOMO

Diagrama circular para la variable Raza



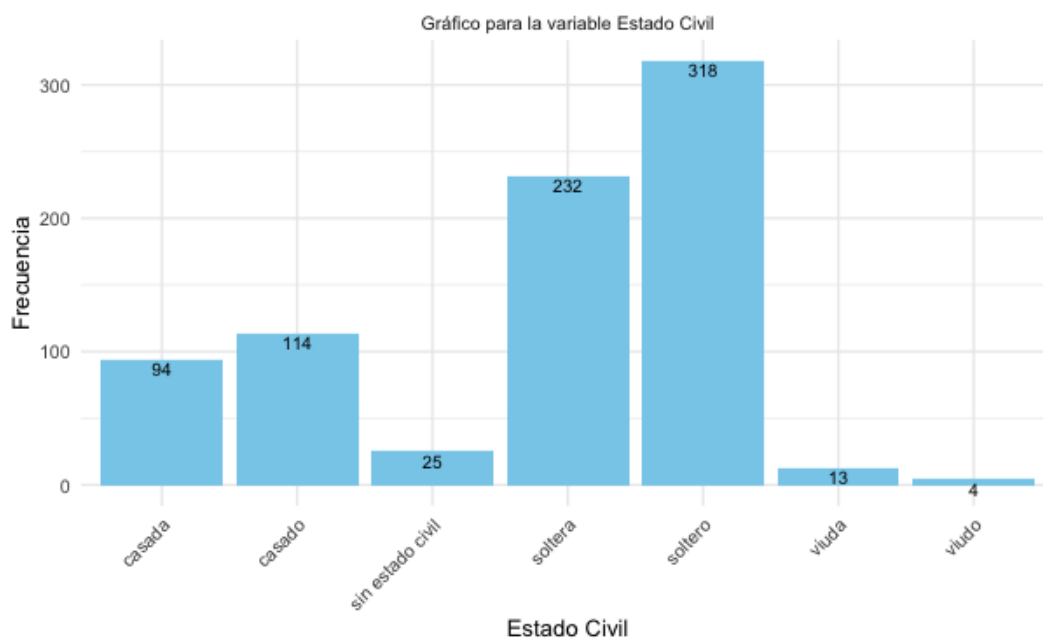
Nota. Fuente: HOMO: Elaboración propia con bases en historias clínicas número 16736 hasta 17554.

⁴⁵ Este es un tema de gran relevancia para la historiografía. Véase, por ejemplo: Juan Camilo Escobar Villegas, *“Progresar y civilizar. Imaginarios de identidad y élites intelectuales de Antioquia en Euroamérica, 1830-1920.* Medellín: Fondo editorial Universidad Eafit, 2009) 1-478; Alfonso Castro, Alonso Restrepo y otros, Raza Antioqueña, *Anales de la Academia de Medicina* (Medellín), noviembre y diciembre de 1933: 898-903.

2.5.5 Estado civil

La variable soltera y soltero agrupa a 550 individuos un (68,75%); casados (26%) y viudos (2,12%); el grupo de los sin dato o sin estado civil representa un (3,12%). Los solteros y solteras aportan al grupo diagnóstico “*Reacción esquizofrénica*” 129 hombres y 80 mujeres. Esta variable permite estudiar la relación entre diagnóstico y estado civil; conocer la distribución en los diferentes grupos diagnósticos respecto al estado civil y establecer el grupo familiar del paciente.

Figura 5. Variable estado civil pacientes HOMO



Nota. Fuente: HOMO: Elaboración propia base en historias clínicas número 16736 hasta 17554.

2.5.6 Ocupación o profesión

El oficio de agricultor en el caso de los hombres, representa el 26.30%, lo cual sugiere el ingreso al establecimiento de población rural; la ocupación de sirvienta, maestra, agricultora y oficios domésticos es desempeñada mayoritariamente por mujeres, 42,66%. Las personas sin oficio un 20,64% considerados vagos o desocupados; los oficios u ocupaciones durante el siglo finales del siglo XIX y principios del XX, en su mayoría son ajenos a una preparación académica o formal, hacen parte de actividades de corte manual, empírica o artesanal. Para la segunda mitad del siglo XX oficios del espacio rural y urbano convergen, encontramos: tipógrafos, “sindicados”,

fogoneros, criados, ebanistas, estudiantes, sastres, mandaderos, zapateros, albañiles, carniceros y obreros de distintas industrias textiles de Medellín; esta variable permite identificar los oficios urbanos y rurales de hombres y mujeres; surgimiento y declive de ocupaciones; relación entre el trabajo y enfermedad mental.

2.5.7 Lugar de origen

El Manicomio Departamental se encuentra ubicado en Medellín, capital del departamento de Antioquia, es preciso aclarar que el lugar de origen en algunos casos corresponde al lugar de nacimiento y en otros es la última residencia o lugar donde se encuentra previo al ingreso a la institución. Encontramos individuos pertenecientes al departamento de Antioquia, departamentos del Caribe como (Bolívar, Atlántico); zona andina (Quindío, Caldas, Antioquia) y la región pacífica (Nariño, Chocó). Las cifras permiten evidenciar la relación directa entre el fenómeno urbano y las instituciones psiquiátricas durante el siglo XX y XXI. Esta variable proporciona información sobre la movilidad territorial en el Departamento de Antioquia y demás departamentos de Colombia, así como la población extranjera en la institución. El Manicomio Departamental es ocupado por habitantes del mismo departamento el 90.5%; Medellín aporta el 25.87% con 207 personas asiladas, 119 son hombres y 88 mujeres pertenecientes a los grupos diagnósticos Reacción esquizofrénica (21) y Epilepsia (24). En lo que respecta a otros municipios son representativos Jericó con 18, Abejorral y Bolívar con 17, Andes con 16.

Figura 6. Variable lugar de origen pacientes HOMO



Nota. Fuente.HOMO: Elaboración propia con base en historias clínicas número 16736 hasta 17554.

2.5.8 Tiempo de internamiento

Esta variable se ha establecido a partir del primer ingreso y último egreso a la institución, el promedio de internamiento del total de los asilados es de 14 años, el mayor tiempo de internamiento corresponde a una mujer de 29 años de edad que ingresó a la institución en 1928 hasta 1983:

Diagnosticada con excitación maníaca, mestiza, casada y oriunda de Jericó, en total tuvo un internamiento de 54 años; un hombre de 21 años, soltero, quien ingresó el 30 de agosto de 1935 hasta el 28 de noviembre de 1987 (52 años), diagnosticado con reacción maníaca depresiva, tipo depresivo; llama la atención el caso de un hombre de 17 años, oriundo de Montería, soltero, el cual nunca fue diagnosticado y estuvo 27 años sin diagnóstico, solo en observación desde el 4 de febrero de 1954 hasta el 27 de enero de 1982.⁴⁶

El estudio de esta variable permite cuestionar la realidad acerca del estigma social sobre el Manicomio Departamental de Antioquia como un lugar de encierro perpetuo y permite establecer la relación entre el tiempo de internamiento y los diagnósticos, tiempo entre un ingreso y otro, evolución de la enfermedad y cronicidad.

2.5.9 Grupos diagnósticos

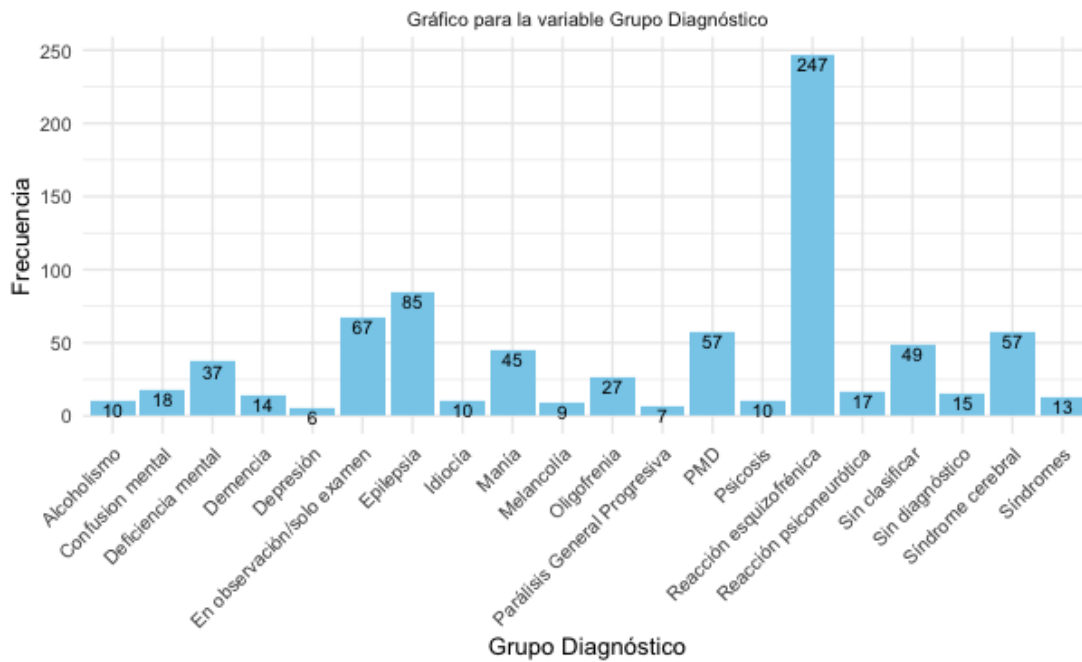
Los diagnósticos son etiquetas o formas de nombrar y patologizar o despatologizar el comportamiento, pensamiento o sentir de un individuo, resultado de consensos universales e imperantes en el campo de la medicina, en este caso de la práctica psiquiátrica. Desde el punto de Andrés Ríos, “cada diagnóstico no solo implica síntomas y una evolución claramente diferenciadas, sino una realidad cultural y un estigma social diferente.”⁴⁷ Esta perspectiva favorece el análisis de las distintas realidades clínicas de personas con diagnóstico de depresión, Melancolía, Epilepsia, Manía y la población que nunca tuvo un diagnóstico; indagar las peculiaridades propias de cada diagnóstico contrastada con revistas, tesis médicas de la época, notas periodísticas, documentos administrativos. El abordaje de los diagnósticos ofrece las características y tratamientos de enfermedades psiquiátricas y neurológicas; avances tecnológicos y terapéuticos; campañas de

⁴⁶ “Historia clínica número 17397”, Medellín, 1950-1963. Laboratorio de Fuentes Históricas Universidad Nacional de Colombia (LFHUN), Medellín, Fondo de Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia (HOMO); “Historia clínica número 16782”, LFHUN, Medellín, HOMO.

⁴⁷ Ríos Molina y otros 15.

salud y prevención de la enfermedad mental; calificativos para los enfermos mentales (alienado, enajenado, loco, enfermo mental). Favorece estudios de historia social en correspondencia con líneas de epidemiología histórica, la clínica y la prestación de servicios psiquiátricos.

Figura 7. Variable grupo diagnóstico pacientes HOMO



Nota. Fuente: HOMO: Elaboración propia con base en historias clínicas número 16736 hasta 17554.

Como puede verse en la anterior gráfica, la reacción esquizofrénica es padecida por 247 individuos, es el diagnóstico más alto representa un 30,87% del total. Por ello el siguiente capítulo tendrá por objetivo el abordaje de este diagnóstico, sus tipos: simple, paranoide, paranoide afectiva, crónica, crónica tipo diferenciada, senil, residual, catatónica, hebefrénica. A su vez, se realiza un análisis multivariado que involucra síntomas, causas, tratamientos, contrastadas con el sexo, la edad, estado civil, ocupación y el tiempo de internamiento.

Capítulo tercero. Realidades clínicas de personas diagnosticadas con esquizofrenia en el Manicomio Departamental y Hospital Mental de Antioquia

La esquizofrenia es una psicosis incurable que interfiere en todos los aspectos de la vida de quien la padece, empezó a tener una gran prevalencia en el Manicomio Departamental de Antioquia a partir de la década del cuarenta del siglo XX. De un total de 800 historias clínicas psiquiátricas revisadas, realizadas principalmente entre 1930 y 2005, el 32% corresponde a personas diagnosticadas con esta enfermedad. Por ello este capítulo tiene por objetivo caracterizar a la población con este diagnóstico y dar una luz sobre el abordaje clínico y terapéutico al interior de la institución. De tal modo, este texto se divide en cuatro apartados. En el primero se realiza un abordaje histórico de la enfermedad; el segundo analiza y describe el cambio de paradigma psiquiátrico y la nosología consecuencia de la transformación institucional y del modelo alienista hacia el de salud mental; el tercero se particularizan los tipos de esquizofrenia encontrados en la muestra documental; en el cuarto y último se especifican los tratamientos a personas diagnosticadas con esquizofrenia. Para este texto se tomó como base las historias clínicas revisadas en la valoración documental, escritos médicos de la época y bibliografía especializada en historia de la psiquiatría.

3.1 Historia natural de la Esquizofrenia. Entre Morel, Kraepelin, Bleuler y Schneider

La esquizofrenia es una condición que impregna la totalidad de la existencia y confiere a su portador un perfil psicológico constante y muy definido; no se tiene esquizofrenia, se es esquizofrénico.⁴⁸

En 1860 en el texto *Traité des maladies mentales*, el médico francés Bénédict August Morel (1809-1873), “formuló por primera vez en el marco del más estricto degeneracionismo el término demencia precoz, para marcar la diferencia con la demencia senil al diagnosticar a algunos jóvenes alienados que presentaban síntomas marcados por: estereotipa de actitudes, gestos y lenguaje, y un negativismo evidente. Síntomas que, según él daban cuenta de un deterioro temprano y permanente evolución hacia la pérdida de las facultades cognitivas, hacia la demencia.”⁴⁹ Aunque son distintas

⁴⁸ Rafael Huertas y Henry J. Novella, “El síndrome de Kraepelin- Bleuler- Schneider y la conciencia moderna. Una aproximación a la Historia de la Esquizofrenia” *Clínica y Salud* 21.3 (2010): 206.

⁴⁹ Huertas y Novella 207

entidades nosológicas, el concepto esquizofrenia está aunado al término demencia precoz. Este último, aunque se remonta al alienismo francés del siglo XIX, tomó fuerza gracias al alemán Emil Kraepelin (1856-1926), quien basado en el pronóstico, precisaba que era posible predecir el curso de los sucesos que tendría la demencia precoz, psicosis endógena caracterizada por “una serie de estados, cuya particularidad es la destrucción peculiar de las conexiones internas de la personalidad psíquica.”⁵⁰ El criterio del pronóstico en Kraepelin imperó frente a los factores etiológicos a pesar de dedicar varias décadas en su indagación, encontró como posibles causales “afecciones metabólicas, probabilidad de ser una perturbación localizable o una autointoxicación relacionada con los cambios hormonales propios de la pubertad; finalmente no logró establecer las causas definitivas de la enfermedad.”⁵¹

Kraepelin estableció como síntomas fundamentales “el repliegue afectivo, la indiferencia, la falta de voluntad, la perturbación del curso del pensamiento y del razonamiento y la pérdida de unidad interior; como síntomas accesorios: las alucinaciones, ideas delirantes, automatismos gestuales catatónicos, accesos depresivos o excitativos e impulsiones.”⁵² Finalmente advirtió que pueden presentarse casos en los que la orientación, la memoria y la inteligencia pueden mantenerse intactas y la afectividad, la voluntad, el razonamiento, profundamente afectadas. Estos son los primeros aportes del médico alemán a la conceptualización y caracterización de la enfermedad.

Dichos aportes fueron reformulados en 1911 por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler (1857-1940). Para este la teoría de la demencia precoz de Kraepelin; “limitaba la enfermedad mental estrictamente a los procesos orgánicos que tienen como consecuencia primaria la demencia, afirmando que podían ser sólo posibles reacciones psicológicas no determinantes para concluir que un paciente es demente, por ello consideró fundamental la interpretación psicopatológica y en un segundo plano la sintomatología y evolución.”⁵³ Le asignó un nuevo nombre, esquizofrenia, “mente escindida”, a partir de su rasgo psicopatológico fundamental, la escisión del yo.”⁵⁴ Según Rafael Huertas, esto significó una nueva mirada al loco y a la locura desde una perspectiva psicoanalítica, influenciada por Carl Jung: “basada en una interpretación psicodinámica de la

⁵⁰ Ríos Molina y otros 89.

⁵¹ Alejandra Golcman, “El diagnóstico de la demencia precoz y la esquizofrenia en Argentina, 1920-1940”, *Trashumante. Revista Americana de Historia Social* 5 (2015):155.

⁵² Ríos Molina y otros 89.

⁵³ Huertas y Novella 208.

⁵⁴ Golcman 155.

demencia precoz dado que, algunos síntomas no eran observables y necesitaban de la interpretación, identificó una sintomatología donde impera el deseo sobre la realidad, exteriorizada en la escisión de los afectos, con un marcado deterioro de la vida emocional e indiferencia ante todo.⁵⁵

Este análisis le permitió a Bleuler plantear que en la esquizofrenia actuaba una debilidad asociativa primaria que impedía una integración adecuada de los contenidos de la conciencia y conducía así a la desorganización del psiquismo condicionando la relación del individuo con él mismo y con el mundo exterior. Finalmente, Kurt Schneider (1887-1967) proporcionó una influyente caracterización de los síntomas esquizofrénicos, siendo elemental y suficiente la observación clínica (desprovista de cualquier consideración teórica) para establecer el diagnóstico. Invertió la jerarquía entre los síntomas fundamentales y accesorios de Bleuler, y construyó “una serie de experiencias psicóticas “primer rango” que permiten detectar la presencia de lo esquizofrénico, manifestado en: la sonorización del pensamiento, la audición de voces que opinan y replican al sujeto, la audición de voces que comentan sus acciones, las experiencias corporales de influencia, el robo del pensamiento y otras influencias ejercidas sobre el pensamiento, en resumen la convicción de ser influenciado en los sentimientos, tendencias y voluntad”.⁵⁶

La esquizofrenia según este orden de ideas está fundamentada en tres pilares, por Kraepelin, desde los síntomas, la evolución y el pronóstico; la escisión de las funciones psíquicas del yo de la realidad: la interpretación psicoanalítica formulada por Bleuler y finalmente los trastornos psicóticos de los límites del yo propuestos por Schneider en lo que respecta al lenguaje, pensamiento, sentimientos e intenciones. Con estas descripciones a mediados del siglo XX, los elementos fundamentales del concepto clínico de esquizofrenia quedaron parcialmente constituidos.

Desde una perspectiva cultural y social de la enfermedad Rafael Huertas, afirma que “la emergencia de la esquizofrenia en el siglo XX, está estrechamente relacionada con el desarrollo de la cultura moderna occidental y el alto nivel de responsabilidades, principalmente “el proyecto reflexivo del yo”, donde es deber del individuo cultivar una interioridad psicológica y entrar en un intercambio público a la misma; aun así la Esquizofrenia continuó siendo una noción

⁵⁵ Huertas y Novella 210.

⁵⁶ Huertas y Novella 209.

eminentemente clínica, de contornos difusos y cuyos correlatos neurobiológicos distan de poder ser identificados de forma concluyente, lo cierto es que afecta la vida social, la vivencia del cuerpo y la conciencia del yo.”⁵⁷

3.2 Transformación del modelo psiquiátrico y la nosología. El paso de Manicomio a Hospital Mental

Carlos E Córdova, analiza en su monografía de grado en 1937 la clasificación seguida en el Asilo de Alienados del Departamento de Antioquia entre 1920 hasta 1935 por el profesor y psiquiatra Lázaro Uribe Cálad, donde puede corroborarse que los diagnósticos de demencia precoz (Kraepelin) y Esquizofrenia de (Bleuler) fueron establecidos como un mismo diagnóstico:

Tabla 2. Clasificación seguida en el Asilo de Alienados del Departamento de Antioquia por el profesor Lázaro Uribe Cálad: 1920-1935.

| | |
|---------|--|
| Entidad | <ol style="list-style-type: none"> 1. Manías (aguda, periódica o intermitente, crónica). 2. Hipomanía. 3. Maniaco – depresiva. 4. Lipemanía o Melancolía (simple, depresiva, delirante, ansiosa, hipocondriaca, involutiva, intermitente). 5. Psicastenia. 6. Psicosis confusional (confusión mental simple, delirante con estupor, tóxico – infecciosa, etc.) 7. Paranoias (delirio sistematizado progresivo de persecución, delirio religioso, delirio de los débiles mentales, delirio celoso, delirio erótico, delirio alucinatorio). 8. Demencia precoz o esquizofrenia. 9. Psicosis hiperemotiva 10. Psicosis pitiática o histérica 11. Psicosis epiléptica 12. Psicosis tóxica exo-tóxicas, (toxicomanias) alcohólica. |
|---------|--|

⁵⁷ Huertas y Novella 210.

| | |
|--|--|
| | <p>Morfínica, heroínica, cocaínica, etc; endotóxicas: urémica, albuminúrica, diabética, gravídica</p> <p>13. Parálisis general progresiva.</p> <p>14. Degeneración psíquica u oligofrenia (perversión constitucional, imbecilidad e idiotez).</p> <p>15. Demencia senil o presbiofrenia.</p> |
|--|--|

Nota. Fuente: Carlos E Córdova, “Comentarios a la estadística manicomial del Departamento de Antioquia”.

(Monografía de grado, Universidad de Antioquia, 1937) 4.

Señala Córdova que la dificultad manifiesta para establecer una clasificación universal generó la construcción de una clasificación propia, en la cual se incluye lo mejor de cada una de las clasificaciones extranjeras, por ello la del Manicomio Departamental, “es semejante a muchas, dista bastante de ellas y puede considerarse independiente de todas.”⁵⁸ Los ingresos por demencia precoz o esquizofrenia en 15 años que analiza el médico corresponden a “80 hombres y 49 mujeres, cifra minúscula en comparación con psicosis como la manía aguda con 430 hombres y 440 mujeres y el diagnóstico de manía intermitente, con 146 hombres y 123 mujeres.”⁵⁹ Concluye Córdova que esta entidad no presenta un porcentaje significativo que afecte la raza.

Las características principales de esta entidad señalan una psicopatía endógena que se encuentra:

de preferencia en la juventud, entre los 20 y 40 años; presenta un elevado número de defunciones, larga evolución y ligeras remisiones, dado sus varios periodos de crisis; de pronóstico incurable, con leves mejoras que no cambian en nada su curso final, lo cual conlleva a mayor permanencia en el Asilo, las salidas expresadas en mejoría corresponden en su mayoría a estados intermitentes de corta duración, que señalan la posibilidad de una nueva o última crisis, en consecuencia anula al ciudadano para todos sus actos siendo excesivamente perjudicial al medio social, familiar y asimismo.⁶⁰

Lo anterior indica que el modelo kraepeliniano y el concepto de esquizofrenia de Bleuler, hizo parte de la práctica clínica de Lázaro Uribe Cálad, centrando la atención en el establecimiento del diagnóstico a partir de la observación de los síntomas y el pronóstico, modelo reformulado en Europa a partir del siglo XX, pero vigente en el Manicomio Departamental. Afirma Vélez,⁶¹ que,

⁵⁸ Córdova 4.

⁵⁹ Córdova 14-32.

⁶⁰ Córdova 4 -5.

⁶¹ López Vélez y otros 109.

en la primera mitad del siglo XX, el modelo terapéutico utilizado en la institución fue el europeo, esencialmente el alemán.

En 1954, Luis Jaime Sánchez, en el Segundo Congreso Nacional de Neuropsiquiatría y Medicina Forense celebrado en Medellín, reflexionaba acerca de la nosografía de Kraepelin en Colombia, recordando que entre 1920-1930 los médicos colombianos empezaron a formarse en Francia respecto a los métodos, proyecciones y nosografía de la psiquiatría clínica, afirma que:

Hacia 1920 no había en toda Colombia más de cuatro especialistas en enfermedades mentales, no había en absoluto investigaciones psiquiátricas, y asimismo la psiquiatría se detuvo por largos años en la contemplación del regalo europeo- francés. Y mientras las discusiones sobre la autonomía nosográfica de la esquizofrenia llenaron todo el interés clínico y psicopatológico por espacio de diez años, en el mundo de la psiquiatría europea, la América Hispana, a la vez que seguía lentamente la chispeante discusión, continuaba asimilando, penosamente la gran revolución Kraepeliniana de la nosografía.⁶²

El primer caso de “demencia precoz”⁶³ en el Manicomio Departamental se hizo en 1911, a un hombre de 34 años, blanco, casado y con oficio de talabartero, quien presenta antecedentes hereditarios de familia neuropática y personales de alcoholismo. Estuvo en la institución hasta 1927 al morir por caquexia demencial. Esta historia clínica no contiene más datos al respecto; el primer diagnóstico de “esquizofrenia”⁶⁴ se registró en un hombre de 39 años, mestizo, casado y de oficio negociante, quien fue remitido de San Pablo en 1927, con un certificado médico: de quietud y confusión, a su vez, de una peligrosidad que justificaba el encierro. Los síntomas fueron descritos de la siguiente manera:

su estado psíquico actual es de excitación con las reacciones psicomotoras del caso y un estado físico apenas regular, está pálido y desnutrido, positivo en prueba serológica, paciente con sífilis. En febrero de 1928, estuvo calmado y lúcido, pero pocos días después volvió a excitarse ligeramente y con alternativas de calma y ligera excitación que por momentos se hace intensa, ha venido hasta el día de hoy. En octubre: episódicamente presentaba excitaciones con tendencia más que todo destructiva sobre todo para las ropas y los objetos de la casa. Otras veces tenía períodos de depresión con retraimiento, tendencia a aislarse, como un verdadero autismo, este estado presentaba una tendencia manifiesta en la cronicidad y a pesar de tratamientos intentados para modificar su estado anímico, nada se consiguió. Este año sale por haberlo retirado la familia al presentar ligera mejoría.⁶⁵

⁶² Luis Jaime Sánchez, “Orientaciones y desorientaciones de la Psiquiatría en Colombia” (Boletín clínico: Antioquia Médica, Universidad de Antioquia, 1954) 122-123.

⁶³ “Historia clínica número 38”, Medellín, 1911, LFHUN, Medellín, HOMO.

⁶⁴ “Historia clínica número 1594”, Medellín, 1927, LFHUN, Medellín, HOMO.

⁶⁵ “Historia clínica número 1594”, Medellín, 1927, LFHUN, Medellín, HOMO.

Para este diagnóstico no hay información acerca del tipo de tratamiento empleado. Lo antes descrito evidencia la referencia a los síntomas considerados fundamentales y propios de esta afección, formulados tanto por Kraepelin como por Bleuler. Desde el punto de vista de Jaime Sánchez,⁶⁶ entre 1930 y 1940, la psiquiatría Iberoamericana se enfrentó a la invasión psicoanalítica de Norteamérica, al estallido de la segunda guerra mundial en 1939 y a la aparición en la psiquiatría en Colombia de los tratamientos de choque, con lo cual después de la década del 40 se da el viraje de la psiquiatría de su periodo contemplativo y diagnóstico, hacia un periodo terapéutico desenfrenado apoyado en los comas insulínicos y las descargas convulsionantes. Este contexto global irrumpe en el Manicomio Departamental de Antioquia con un nuevo paradigma psiquiátrico, resultado de la consolidación de Estados Unidos como potencia mundial y referente obligatorio en lo que respecta a los enfermos mentales, sus diagnósticos y tratamientos Finalizando la primera mitad del siglo XX, Lázaro Uribe Cálad, terminó su periodo como director del Manicomio Departamental, posterior a esto una nueva crisis institucional trae consigo un relevo generacional, institucional y terapéutico con la construcción y consolidación del Hospital Mental de Antioquia entre 1948 y 1961.

Dicho cambio se ve reflejado en los diagnósticos de esquizofrenia o reacción esquizofrénica y sus diferentes tipos, lo que sugiere un salto explícito de la clasificación de Kraepelin y la concepción de los trastornos mentales como entidades de trastornos fijos a la adopción y aplicación de la clasificación alemana y americana con el DSM-I en 1952. Adopción realizada entre el colapso del Manicomio Departamental y la construcción del Hospital Mental de Antioquia, pues es a partir de 1940 hasta 1960, cuando se presenta un aumento en los casos de esquizofrenia.

Tabla 3. Población diagnosticada con esquizofrenia en algunos de sus ingresos al Manicomio Departamental y Hospital Mental de Antioquia entre 1940-1988.

| Año de primer ingreso | Mujeres | Hombres |
|-----------------------|---------|---------|
| 1940 - 1945 | 12 | 22 |
| 1946 - 1950 | 22 | 38 |
| 1951 - 1955 | 18 | 31 |
| 1956 - 1960 | 16 | 54 |

⁶⁶ Sánchez 125.

| | | |
|------|---|---|
| 1963 | 1 | 1 |
| 1964 | 1 | 0 |
| 1972 | 0 | 2 |
| 1973 | 0 | 1 |
| 1975 | 0 | 1 |
| 1976 | 1 | 1 |
| 1987 | 0 | 1 |
| 1988 | 0 | 1 |

Nota. Fuente. HOMO: Elaboración propia con base en historias clínicas número 16736-17554. En esta tabla no se incluyen los ingresos de años anteriores a 1940, los cuales tienen ingresos no pertinentes para este análisis.

3.3 Tipos de esquizofrenia. Modalidades clínicas

Lázaro Uribe consideraba que la causa más frecuente de las psicopatías en “nosotros”, era la herencia, dado que en casi todos los pacientes que pasaron por la institución asilar se encontraban antecedentes hereditarios más o menos claros de parientes cercanos o colaterales con algún tipo de modalidad psicopática. Para él, los antecedentes personales eran irrelevantes a menos que se tratara de una enfermedad infecciosa, respecto al pronóstico consideraba que todas las enfermedades pueden dar lugar a una psicosis.⁶⁷ En la clasificación de Kraepelin formulada en 1899, se definieron tres formas predominantes: La esquizofrenia tipo paranoide, catatónica y hebefrénica; Bleuler, definió la forma simple y latente, esta última no fue diagnosticada en el Manicomio Departamental en las 800 historias clínicas descritas en este trabajo. A continuación se describen cada una de ellas:

La esquizofrenia *tipo paranoide*, fue el tipo diagnóstico más frecuente en el establecimiento psiquiátrico (87 casos). En esta predominan los delirios y alucinaciones graves o leves “acompañados” de ideas persecutorias, delirios sexuales, celos exacerbados, frivolidad, amor al placer, actitud desafiante, obstinación, conducta impaciente y empeñada, que aparecen en la mitad de la vida o posteriormente.⁶⁸ De acuerdo con la base de datos construida, en el Manicomio Departamental se diagnosticó mayoritariamente en hombres, solteros entre los 15 y 71 años,

⁶⁷ Córdova 11.

⁶⁸ Para profundizar en la historia de estos diagnósticos véase: Huertas y Novella.

principalmente de Medellín. Un hombre que ingresó en 1950 presentó síntomas afines a este tipo diagnóstico:

Con 35 años de edad, oriundo de Quibdó- Istmina, obrero y soltero, presenta un cuadro sintomatológico caracterizado por inquietud, desconfianza y sombrío en la mayor parte de las veces, cree encontrar siempre hostilidad alrededor de su persona, sensación de inseguridad para su vida, ilusiones visuales hasta el punto de creer que toda persona o grupo de personas con quien se encuentra van armados y en busca de la manera de darle muerte y por lo tanto se abstiene a tomar alimentos especialmente, así como las drogas por haber visto determinadas personas que lo insultaban mientras le ponían veneno; tendencia a viajar siempre de noche y al emprender el viaje, salir con sigilo para que los enemigos no se den cuenta. Se exaspera con la presencia de toda aquel que sepa profesa ideas políticas contrarias a las suyas, por considerar que en cualquier descuido suyo, pueden eliminarlo, ya que la situación política del país no está muy buena y por tener orden del señor presidente de colocar a sus copartidarios en los puestos mejor remunerados y de confianza y después de hecho esto, tiene que viajar a Bogotá para ponerse al frente de un ejército con los que viene a dominar esta región en donde hay muchos enemigos del Gobierno y porque la situación solo se va a decidir en los campos de batalla. Cree que una concubina que tiene, lo persigue siempre bien en forma de mariposa o grillo y todo animal que ve de esta clase lo mata tomando las debidas precauciones defensivas, tiene la idea de que un espíritu lo persigue y se acerca a hacerle daño cuando está dormido, motivo por el cual pasada una hora de haberse acostado se despierta, enciende una vela y se pasa el resto de la noche rezando y caminando para ahuyentarlo. El aislamiento es motivado por haberse vuelto peligroso para la sociedad.⁶⁹

Este paciente fue tratado con electrochoques, Sinogan, Largactil, Hiserpina y posteriormente remitido a consulta externa en 1963, al considerar que podía estar fuera del hospital sin constituir ningún peligro social.

El repliegue afectivo definido por Kraepelin y Bleuler como un síntoma fundamental en este tipo diagnóstico se evidencia en un hombre diagnosticado a sus 65 años por manifestar “Tendencia al homicidio, insomnio, delirio de persecución, excitación constante, manías, amnesia, diversas fobias, peligrosidad, abulia y depresión mental. Se masturba con mucha frecuencia si sale de la casa. Hay poca afectividad para los pocos parientes que le quedan.”⁷⁰ Tuvo dos ingresos a la institución entre 1959- 1962, fue tratado con Largactil lo que posibilitó su mejoría y finalmente su egreso del establecimiento.

La esquizofrenia *tipo hebefrénica* parte del concepto de hebefrenia propuesto por Kahlbaum en 1871, definida como un trastorno ante todo emocional, que comienza con la pubertad y se caracteriza por un estado de melancolía aunado a ideas delirantes y exaltadas, algunas veces delirios religiosos; la conducta deja de ser coherente y crítica, conducta pueril, incapacidad de

⁶⁹ “Historia clínica número 17400”, Medellín, 1950-1967. LFHUN, Medellín, HOMO.

⁷⁰ “Historia clínica número 17428”, Medellín, 1959-1966. LFHUN, Medellín, HOMO

construir frases lógicas y predomina el hábito de la masturbación, en general evoluciona hacia una demencia completa e incurable⁷¹. De los 247 casos de esquizofrenia, 11 corresponden a este tipo, diagnosticados entre 1945 y 1959, con edades entre los 18 y 34 años.

El siguiente caso permite identificar lo formulado por Kraepelin, la posibilidad de que un paciente pueda mantener intactas la orientación, la memoria y la inteligencia, aunque la afectividad, la voluntad, el razonamiento y la personalidad se encuentren profundamente afectadas en:

un hombre de 29 años, en 1947 ingresa con síntomas de: Accesos de furia en los que ataca a todos los familiares, locuacidad, procacidad, inestabilidad. Insomnio, regularmente orientado en tiempo y espacio. Tiene alucinaciones auditivas, unas amigas lo llaman y otras lo insultan. Perseguido y perseguidor, nudista de día y de noche, regala la plata, delirio místico. Posteriormente es diagnosticado en 1950 con esquizofrenia hebefrénica, fue tratado con electrochoques, Largactil y laborterapia; después de 4 ingresos a la institución fue dado de alta por mejoría en 1975.⁷²

Según Kraepelin, lo más sobresaliente de la esquizofrenia *tipo Catatónica o estúpida* es el negativismo alimenticio, la sugestibilidad y las estereotipias observables en la repetición de un mismo movimiento o en la contractura de un grupo muscular. En la base de datos son representativos 30 casos. Un caso ilustrativo es el de “un hombre de 20 años, quien, en 1949, presentó síntomas de: verborrea, excitación, trató de agredir a sus circunstantes, permanece en un monólogo incomprensible, desorientación auto y heteropsíquica, múltiples gesticulaciones y manierismos, en la noche deambulante e inquieto, presentó afecto inadecuado. En 1970 se dio un último egreso, en un estado de mejoría después de 21 años en tratamiento con electrochoques, lobotomía, Largactil y ergoterapia.⁷³

En las historias clínicas revisadas, encontramos un fuerte impacto del DSM-I. La definición de la categoría 295 *Psicosis esquizofrénicas* “retoma los síntomas fundamentales de Bleuler ahogados en medio de los síntomas accesorios, lo que difumina los criterios que había fijado y obliga a dar otros que permiten la entrada en este grupo de otras psicosis diferentes a las consideradas por Bleuler.” Tales como “*esquizofrenia latente, esquizofrenia residual, forma esquizoafectiva y esquizofrenias*”⁷⁴ de forma determinada imposibles de clasificar bajo los criterios

⁷¹ Andrés Ríos Molina, “Esquizofrenia y Psicosis Maníaco Depresiva”, *Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una historia de la clínica psiquiátrica en México, 1910-1968/* coord. Andrés Ríos Molina (México, serie Historia Moderna y Contemporánea, 2002) 71-122.

⁷² “Historia clínica número 17240”, Medellín, 1947-1950. LFHUN, Medellín, HOMO

⁷³ “Historia clínica número 17244”, Medellín, 1949-1970. LFHUN, Medellín, HOMO

⁷⁴ Jean Garrabe, *Diccionario taxonómico de psiquiatría* (México: Fondo de Cultura Económica, 1993) 112-113.

precedentes. Definidas en el DSM-I por medio de códigos en la modalidad de trastornos de origen psicogénico sin causa física claramente definida o cambio estructural en el cerebro:

Tabla 4. Entidades diagnósticas DSM-I, aplicadas en el Hospital Mental de Antioquia.⁷⁵

| Entidad | Código | Hombre | Mujer | Total personas |
|--|----------|--------|-------|----------------|
| Reacciones afectivas | 000 -x10 | 1 | 4 | 5 |
| Reacción maníaco depresiva, tipo maníaco | 000 -x11 | 0 | 0 | 0 |
| Reacción maníaco depresiva, tipo depresivo | 000 -x12 | 0 | 0 | 0 |
| Reacción maníaco depresiva, otra | 000 -x13 | 0 | 0 | 0 |
| Reacción depresiva psicótica | 000 -x14 | 0 | 0 | 0 |
| Reacciones esquizofrénicas | 000 -x20 | 27 | 9 | 36 |
| Reacción esquizofrénica, tipo simple | 000 -x21 | 2 | 1 | 3 |
| Reacción esquizofrénica, tipo hebefrénica | 000 -x22 | 10 | 1 | 11 |
| Reacción esquizofrénica, tipo catatónico | 000 -x23 | 23 | 7 | 30 |
| Reacción esquizofrénica, tipo paranoide | 000 -x24 | 54 | 33 | 87 |
| Reacción esquizofrénica, tipo agudo indiferenciado | 000 -x25 | 0 | 0 | 0 |
| Reacción esquizofrénica crónica no diferenciada | 000 -x26 | 25 | 7 | 32 |
| Reacción esquizofrénica, tipo esquizoafectiva | 000 -x27 | 1 | 0 | 1 |
| Reacción esquizofrénica tipo infantil | 000 -x28 | 0 | 0 | 0 |
| Reacción esquizofrénica, tipo residual | 000 -x29 | 12 | 11 | 23 |
| Reacciones paranoides | 000 -x30 | 0 | 0 | 0 |

⁷⁵ American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual mental disorders* (Washington: American psychiatric Association mental hospital service, 1952)

| | | | | |
|---|----------|----|---|----|
| Paranoia | 000 -x31 | 0 | 0 | 0 |
| Estado paranoico | 000 -x32 | 0 | 0 | 0 |
| Reacción psicótica sin cambio estructural claramente definido | 000 -xy0 | 0 | 0 | 0 |
| Esquizofrenia senil | | 1 | 0 | 1 |
| Esquizofrenia crónica | | 13 | 5 | 18 |

Nota. Fuente: HOMO. Elaboración propia historias clínicas número: 16736-17554.

En la práctica clínica se presentaron casos en los cuáles se asignaron diferentes diagnósticos, un ejemplo es: un hombre de 50 años, quien se fugó de la institución en tres ocasiones y tuvo cuatro ingresos. Salió mejorado en 1963, después de ser tratado con Largactil y ergoterapia. Inicialmente se le diagnosticó reacción maníaco depresiva, tipo depresiva (000 x 12), y posteriormente (000 x 26), reacción esquizofrénica crónica no diferenciada. Al presentar el siguiente cuadro “No volvió a trabajar, le gusta el silencio y alejado de todo el mundo, misticismo religioso, insomnio, llora toda la noche, no come, despreocupación por su presentación personal.”⁷⁶

A la par encontramos un diagnóstico de esquizofrenia residual y esquizofrenia crónica: en 1947, un hombre de 24 años, tratado con electrochoques, insulina, Largactil, Sinogan y Benadryl y trasladado en 1987 a un asilo por presentar mejoría, después de 40 años del inicio de la enfermedad. En su ingreso tuvo síntomas de: “Insomnio tenaz y locuacidad durante toda la noche con entradas y salidas repetidas de la pieza donde duerme al interior de la casa, estado de agresividad muy marcado con los familiares, tiene alternancias de exaltación y de reposo tranquilo, tiene un vocabulario soez, actos de exhibicionismo genital, se embardura con sus mismas materias fecales todo el cuerpo y si por esto es reprendido estalla en furia verbal y agresividad.”⁷⁷

Otro caso ilustrativo se presentó en 1938, con un hombre de 25 años, en cual tuvo dos diagnósticos, esquizofrenia catatónica y esquizofrenia residual. Salió mejorado en 1977, después de presentar el siguiente cuadro sintomatológico y ser tratado con electrochoques, psicofármacos como Hiserpina, Sinogan y Largactil. Sus síntomas fueron:

⁷⁶ “Historia clínica número 16926”, Medellín, 1949-1970. LFHUN, Medellín, HOMO

⁷⁷ “Historia clínica número 17464”, Medellín, 1938-1977. LFHUN, Medellín, HOMO

Momentos de excitación físicas y psíquicas, en ocasiones no quiere moverse de un potrero hasta altas horas de la noche. Dice que se siente bobo que algo particular le está pasando, que no puede pensar bien, no obedece a las insinuaciones que se le hacen, no duerme y no permanece en la casa. Autismo y por las estereotipias, tanto de las actitudes como de los movimientos: a veces permanece sentado en un rincón del departamento días y días sobándose las piernas con las manos; su inactividad es absoluta y apenas si tiene iniciativas para solicitar sus alimentos y para satisfacer sus necesidades fisiológicas.⁷⁸

El diagnóstico de esquizofrenia tipo residual se caracteriza porque el enfermo no presenta delirios, alucinaciones ni comportamiento catatónico evidente, hace parte de los diagnósticos del DSM-I, la formulación de varios diagnósticos obedece en parte a los reiterados ingresos que puede presentar un mismo paciente, como a la cronicidad de la enfermedad.

El empobrecimiento de la vida psíquica a la que se llega en forma imperceptible es la característica principal de la esquizofrenia *tipo simple* de Bleuler. La encontramos en un paciente que tuvo varios diagnósticos: Encefalitis en 1959, retardo mental leve (Y00-001), deterioro esquizofrenia en 1974 y esquizofrenia simple en 1988, con los siguientes síntomas:

A sus 20 años se le encontró desorientado en persona, tiempo y lugar; pensamiento incoherente, curso alterado, ilógico; lenguaje ilógico sin alteración de la sensoropercepción; juicio y raciocinio alterado, sin conciencia de enfermedad; memoria retrógrada alterada, afecto con tendencia al aplanamiento. Paciente muy agresivo, golpeó en dos ocasiones a su padre y prácticamente acabó con la casa, pasa todo el día hablando cosas disparatadas, canta y duerme muy poco, si no le dan cigarrillos pelea con todo el mundo, dicen además que odia los niños ya que les pega cuando los ve, igual que a su familia.⁷⁹

Su tratamiento se hizo con Sinogan, prolixin y remisión a consulta externa, cabe señalar que para este caso no se llevó a cabo tratamiento por medio de terapia convulsiva. El diagnóstico emitido determina el tipo de tratamiento que se debe asignar en busca de atacar los síntomas que afectan más al enfermo, en casi todos los casos calmar al paciente, esta calma era entendida como “mejoría” en el caso de la esquizofrenia, encontramos el uso de terapia convulsiva y la incursión de los neurolépticos.

En lo anterior se observa que el diagnóstico de esquizofrenia y sus diferentes reacciones están influenciados por las observaciones de los comportamientos descritos por las instancias remitentes, a la par la sintomatología inicial juega un papel determinante para su establecimiento.

⁷⁸ “Historia clínica número 17274”, Medellín, 1938-1977. LFHUN, Medellín, HOMO

⁷⁹ “Historia clínica número 16746”, Medellín, 1938-1977. LFHUN, Medellín, HOMO.

3.4 Terapia convulsiva y medicación con antipsicóticos

El alienismo francés entre finales del siglo XIX y principios del XX, apostó por la cura de las enfermedades mentales por medio de *tratamiento moral*, el cual consistía en: “cura de aislamiento, basada en una estrecha relación médico-paciente, la cual partía de la posibilidad de entablar un dialogo con el resto de razón subsistente en todo enajenado. Reconducir su voluntad a partir de ciertas rutinas diarias que se creían 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”.⁸⁰

De acuerdo con Cristina Sacristán, el aislamiento en una institución manicomial se justificó por la necesidad de aislar al enfermo del mundo exterior, así quedaba alejado de las personas, los hechos o las pasiones que podrían haber originado su locura.⁸¹ Contrario a esta visión durante este mismo periodo los tratamientos terapéuticos en el Manicomio Departamental de Antioquia se caracterizaron por el aislamiento y el uso de cadenas o grilletes para contener a los enfermos en estado de excitación, según Juan Bautista Londoño “Todavía (1914) empleamos muchas drogas en el tratamiento de la locura, lo que indica que carecemos de otros medios mejores para curarla. Debemos reemplazar la Botica por un buen servicio hidroterápico, algo de electroterapia y bastante de psicoterapia.”⁸²

Como puede observarse en los casos antes descritos en el tratamiento de la esquizofrenia, ha sido predominante el empleo de “electrochoques”⁸³ como herramienta curativa. En el Manicomio Departamental se utilizó este método a partir de 1944 por Carlos Obando y la supervisión de Uribe Cálad, la mayoría de las historias clínicas contienen los resultados (positivo o negativo) de los electrochoques, la evolución y cantidad prescrita a cada paciente. Lo que no está al alcance de este escrito es concluir acerca de la capacidad curativa, dado que este se empleó en ocasiones con la “lobotomía prefrontal” practicada desde 1950 y la “insulinoterapia”⁸⁴ desde 1951.

⁸⁰ Cristina Sacristán, "La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar." *Cuiculco* (México) enero-abril 2009: 170.

⁸¹ Sacristán 169.

⁸² López Vélez y otros 79.

⁸³ La medicación con antipsicóticos eléctricos tuvo lugar al considerar que existía un antagonismo entre la epilepsia y la esquizofrenia, se buscó causar una crisis de epilepsia artificial el enfermo y con ello eliminar las posibilidades de padecer esquizofrenia, inicialmente se empleó como tratamiento para estados esquizofrénicos agudos y melancólicos graves. Se hace referencia a éstos como terapia convulsiva o convulsoterapia. Tomado de: López Vélez y otros 123.

⁸⁴ Consistía en administrar una fuerte dosis de insulina al enfermo mental hasta conseguir el coma hipoglucémico, los pacientes debían permanecer en este coma de 15 a 60 minutos, el tratamiento solía durar unos sesenta días; la mejoría

Esta última como terapia de choque se descubrió en 1933 por el psiquiatra polaco Manfred Sakel (1900-1957). En el establecimiento “contó inicialmente con 24 camas, 12 para hombres y 12 para mujeres; era aplicada preferentemente a pacientes jóvenes, de 16 a 35 años de edad, que padecieran preferiblemente de Esquizofrenia Paranoide y de una evolución no superior a dos años.”⁸⁵ Afirma Luciano Vélez que a pesar que métodos como el de la insulino terapia se había comenzado a utilizar desde 1924 en Europa, sólo hasta la década del cincuenta empezó a ser utilizado oficialmente, como una de las terapias del Hospital Mental de Antioquia.

Aunque en las historias clínicas revisadas no se evidenció el uso de cardiazol, hay datos que indican que fue empleado desde 1938 en el Manicomio a una mujer de 21 años procedente de Salgar que tenía “algunas manifestaciones esquizofrénicas”.⁸⁶ Un caso particular de su aplicación da cuenta de un hombre de 30 años, con diagnóstico de esquizofrenia catatónica y confusión mental debido a: “excitación múltiples y variadas alternadas con períodos de mutismo absoluto, ideas incoherentes y variadas, accesos de furia, delirios, temperamento neurótico, tendencia a la persecución de otras personas. Mirada fija e inexpresiva, insomnio con inquietud nocturna, permanece muy aislado e hipoactivo.”⁸⁷ Tuvo una evolución de 33 años, con varios ingresos y salidas por mejoría entre 1952-1985, su tratamiento consistió en electrochoques, insulino terapia y Largactil. Las terapias antes mencionadas se complementaron a partir de 1950 con tratamientos por medio de fármacos empleados específicamente para curar las enfermedades mentales, tal como se hace con las enfermedades no mentales.

3.5 Psicofármacos

El uso de antipsicóticos farmacológicos a partir de la segunda mitad del siglo XX, coincide con la decadencia institucional y terapéutica del Manicomio Departamental y su paso hacia el Hospital Mental de Antioquia. Un ejemplo de ello es la correspondencia entre el diagnóstico de esquizofrenia y el tratamiento por medio de medicamentos “Largactil o clorpromazina hace parte

obtenida era de corta duración y causaba efectos secundarios adversos que podrían tener como consecuencia la muerte del paciente, por ello fue descartado como terapia. Tomado de: Santiago Stucchi-Portocarrero, “La revista de neuro-psiquiatría y los primeros tratamientos biológicos en la psiquiatría mundial”, *Revista de neuro-psiquiatría* 76.3: (2013) 147.

⁸⁵ López Vélez y otros 147.

⁸⁶ López Vélez y otros 119.

⁸⁷ “Historia clínica número 17324”, Medellín, 1952-1985. LFHUN, Medellín, HOMO.

de los fármacos sedativos, fenotiazinas alifáticas, útiles para el tratamiento de pacientes psicóticos en estados de agitación, agresividad y angustia.”⁸⁸ Sandra Caponi, compara este antihistamínico con la lobotomía prefrontal, nombrándola lobotomía farmacológica, cuestiona su eficacia dada la indiferencia interna y externa que causa en el enfermo ante todo; lo cual según ella, anula o reduce la posibilidad de entablar un diálogo con el paciente por el estado de inconsciencia que causa el medicamento; este es uno de los medicamentos más usados en el Hospital Mental.

El Sinogan es el más sedante de todos los neurolépticos perteneciente al grupo de Tranquilizantes Mayores por la acción que ejercen sobre los núcleos superiores del sistema nervioso. Este se utilizó en ocasiones acompañado del Largactil para el tratamiento de un mismo paciente como se ejemplifica en el caso de un hombre de 25 años en quien emplearon diversas técnicas terapéuticas: “lobotomizado, medicado con Largactil, Sinogan y finalmente remitido por consulta externa en 1955 por presentar: insomnio, falta de apetito casi total, gran movilidad, no se está quieto, ni se sienta. Lo domina la idea de supersticiones y cree ver personas imaginarias. A todas las mujeres las designa con nombres supersticiosos y a veces se pone irascible, arremete contra las mujeres, especialmente. Se fuga, consume alcohol, no tiene compromiso afectivo con nada.”⁸⁹ Lo que se identificó como esquizofrenia residual en un primer diagnóstico y posteriormente como esquizofrenia tipo paranoide, con una evolución aproximada de 30 años, se logró darle de alta en un estado de mejoría en 1985.

Otros medicamentos como el Fenegan intravenoso y Siquil se empleó en el tratamiento de la esquizofrenia afectiva en una mujer de 20 años, quien ingresó en 1934 al Manicomio Departamental porque presentó “Familia psicopática, sufre ataques o accesos de rabia sin motivo aparente, mitómana alto grado, tergiversa todo, despreocupada de las cuestiones o creencias religiosas. Dice que la van a matar. Pródiga, regala lo suyo y lo ajeno, es avara, mistificadora, la memoria está muy alterada, no tiene voluntad, elaboración mental ágil pero enfermiza. No es posible explorar el contenido del pensamiento, hipoactiva, tranquila, indiferente, parece entregada a su mundo, sin otra motivación aparente.”⁹⁰ Esta mujer tras dos ingresos a la institución, en 1966

⁸⁸ Sandra Caponi, sobre la llamada revolución psicofarmacológica: el descubrimiento de la Clorpromazina y la gestión de la locura, *Historia, ciencias, Saude*, 28.3 Manguinhos, Rio de Janeiro, 2021: 664.

⁸⁹ “Historia clínica número 17332”, Medellín, 1955-1985. LFHUN, Medellín, HOMO.

⁹⁰ “Historia clínica número 17061”, Medellín, 1934-1966. LFHUN, Medellín, HOMO

fue trasladada a un asilo de ancianos en condición de mejorada, después de 32 años del inicio de la enfermedad.

Una última lista la completan medicamentos como la Hiserpina, Benadryl Sepasol, fenobarbital, stemetil, los cuáles no tiene una prescripción muy significativa, pero si una relación con tratamientos por fuera de la institución. Un aspecto predominante en el tratamiento de esta afección es la remisión del paciente a “ergoterapia o laborterapia”, sumado a las terapias antes mencionadas, lo que conlleva a dar de alta por presentar una mejoría que consiste en lograr calmar al paciente hasta el punto de conseguir un comportamiento social y moralmente.

Conclusiones

Este trabajo se trazó como objetivo principal la descripción documental y la valoración histórica de 6 metros lineales del Fondo historias clínicas psiquiátricas del Manicomio Departamental y del Hospital Mental de Antioquia (HOMO), dicho objetivo es consecuencia de la necesidad y pertinencia de contribuir en la digitalización del archivo y su posterior divulgación y acceso al público.

La valoración histórica arrojó un sinnúmero de líneas de investigación que posiblemente amplíen la perspectiva acerca de una de las instituciones asilares, manicomiales y psiquiátricas más importantes de Colombia, lo cual corrobora los alcances de este tipo de fuente y la pertinencia de las investigaciones que se deriven de la misma. Una de esas líneas corresponde a las particularidades del diagnóstico de esquizofrenia, el cual analizado en detalle denota rupturas, permanencias y cambios en los paradigmas psiquiátricos y en las particularidades de la práctica médica llevada a cabo por los distintos miembros que hacen parte de este establecimiento, tanto dentro como fuera de la misma. Si bien la muestra es significativa, las conclusiones que se derivan de ella requieren de prudencia dada la posibilidad de caer en generalizaciones.

La información de los expedientes clínicos evidencia la complejidad en la comprensión y tratamiento de la enfermedad mental en cada época, complejidad que está enmarcada por las limitaciones científicas, económicas, sociales y médicas que en gran medida paternalizan la vida del sujeto incapaz de hacerse cargo de sí mismo. Los paradigmas psiquiátricos han buscado curar al enfermo, pero la realidad muestra que sus formas se han alejado bastante de ello y si bien desde el siglo XIX, se materializó el aislamiento asilar para tal fin, las relaciones entre enfermos y sanos siguen siendo verticales con jerarquía de los sanos, intérpretes de comportamientos anormales que justifican tanto el diagnóstico como los tratamientos empleados.

Fuentes primarias

Archivos y manuscritos

Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional de Colombia, Medellín (LFHUN) Fondo de Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia (HOMO), historias clínicas número 16736 - 17554.

Periódicos y revistas

American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual mental disorders* (Washington: American psychiatric association mental hospital service, 1952) 5.

Córdova, Carlos E, “Comentarios a la estadística manicomial del Departamento de Antioquia”. Monografía de grado, Universidad de Antioquia, 1937.

Sánchez, Luis Jaime “Orientaciones y desorientaciones de la Psiquiatría en Colombia” (Boletín clínico: Antioquia Médica, Universidad de Antioquia, 1954) 122-123.

Bibliografía

Alfonso Castro, Alonso Restrepo y otros, Raza Antioqueña, *Anales de la Academia de Medicina* (Medellín), noviembre y diciembre de 1933: 898-903.

Bibliografía

- Caponi, Sandra. “Sobre la llamada revolución psicofarmacológica: el descubrimiento de la Clorpromazina y la gestión de la locura”. *Historia, ciencias, Saude* 28.3 (2021):661-683.
- Casas Orrego, Álvaro León. “Desplazamiento y aislamiento. Alienados mentales en la ciudad de Medellín. 1878-9302”. *ASCLEPIO. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* 40.2 (2008): 119-142.
- Colombia. Congreso de la República. *Ley 23 de 1981 (18 de febrero), por la cual se dictan normas en materia de ética médica Función*. Bogotá: Diario oficial, 1981.
- _____. Congreso de la República. *Ley 80 de 1989 por la cual se crea el Archivo General de la Nación y se dictan otras disposiciones*. Bogotá: Diario oficial, 1989.
- _____. Congreso de la República. *Ley General de Archivos 594 de 2000*. Bogotá: Diario oficial, 2000.
- _____. Consejo Directivo del Archivo General de la Nación. *Acuerdo 5 de marzo del 2013*. Bogotá: Diario oficial, 2013.
- _____. Consejo Superior Universitario. *Resolución V-1036*. Medellín: Universidad Nacional de Colombia, 2008
- _____. Ministerio de Salud. *Resolución 1995 de 1999 por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica*”. Bogotá, 1999.
- Escobar Villegas, Juan Camilo. *Progresar y civilizar. Imaginarios de identidad y élites intelectuales de Antioquia en Euroamérica, 1830-1920*. Medellín: Fondo editorial Universidad Eafit, 2009.
- Flórez Porras, Juan Daniel y Forero, Gustavo Adolfo. *Instructivo de valoración documental*. Bogotá D.C: Imprenta Distrital, 2015.
- Garrabe, Jean. *Diccionario taxonómico de psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica, 1993.
- Gavilán, César Martín. *Descripción archivística: guías, inventarios, catálogos e índices. La Norma ISAD (G)*. SD: Temas de biblioteconomía, 2009.
- Gobernación de Antioquia La Empresa Social del Estado Hospital Mental de Antioquia celebra 140 años al servicio los antioqueños. <https://homo.gov.co/historia/>
- Golcman, Alejandra. “El diagnóstico de la demencia precoz y la esquizofrenia en Argentina, 1920-1940”. *Trashumante. Revista Americana de Historia Social* 5 (2015):151-172.
- Herrera, Dina María. “La biografía de un alienista: Lázaro Uribe Cálad 1920-1946”. Maestría en Historia, Universidad de Antioquia, 2015.

-
- Huertas García, Rafael. “Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría”. *Tendencias* 1.2 (2001):7-33.
- Huertas García, Rafael.” Historia de la psiquiatría ¿por qué? y ¿para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias” *Frenia* I.I (2001): 9-36.
- Huertas Rafael y Henry J. Novella. “El síndrome de Kraepelin- Bleuler- Schneider y la conciencia moderna. Una aproximación a la Historia de la Esquizofrenia”. *Clínica y Salud* 21.3 (2010): 205-219.
- López, Luciano, Rodrigo García, Doris Rueda y Jorge Suárez. *Historia institucional y terapéutica del Hospital Mental de Antioquia en sus 125 años*. Medellín: Universidad de Antioquia, 2006.
- Molina Ríos, Andrés y otros, *Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una historia de la clínica psiquiátrica en México, 1910-1968*. México: Serie Historia Moderna y Contemporánea, 2002.
- Molina Ríos, Andrés y Ruperthuz, Mariano. *De manicomios a instituciones psiquiátricas: experiencias en Iberoamérica*, México: Universidad Nacional Autónoma de México; Madrid: Sílex, 2022.
- Sacristán, Cristina. "La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar". *Cuicuilco* 45. enero-abril (2009): 164-198.
- Stucchi-Portocarrero, Santiago. “La revista de neuro-psiquiatría y los primeros tratamientos biológicos en la psiquiatría mundial”. *Revista de neuro-psiquiatría* 76.3 (2013):145-152.