



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**Inventario y valoración histórica: Fondo de Historias Clínicas del Hospital Mental de
Antioquia HOMO**

Yamile Andrea Osorio Sierra

Descripción y valoración de fuentes documentales presentado para optar al título de Historiadora

Asesor

Alejandro Salazar Bermúdez

Doctor (PhD) en Historia

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Historia

Medellín, Antioquia, Colombia

2025



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Cita numérica	1
Cita nota al pie	¹ Yamile Andrea Osorio Sierra, “Inventario y valoración histórica: Fondo de Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia HOMO” (Trabajo de grado profesional, Universidad de Antioquia, 2025).
Fuentes primarias / Bibliografía	Osorio Sierra, Andrea Yamile. “Inventario y valoración histórica: Fondo de Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia HOMO”. Trabajo de grado profesional, Universidad de Antioquia, 2025.

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 conexo

Agradecimientos

A mi madre, Luz Elvia Sierra, por ser la fortaleza imperante en mi vida, por enseñarme que desistir no es una opción cuando se trata del bien propio, y por acompañar con amor cada aprendizaje que elegí para mi camino.

A mi hija, por ser mi inspiración constante. Por enseñarme que el amor también se mide en los malabares del tiempo, en los días que parecían imposibles y que, sin embargo, logramos juntas.

A Alejandro Salazar, compañero de clases y luego asesor incansable, quien con firmeza y cariño me repetía: “Esta vez sí, ya no hay más tiempo”. Gracias por tu guía y por no soltarme.

Y a mí. Porque estos años, que para muchos podrían parecer una demora, para mí fueron dorados. Aprendí con amor, me descubrí inalcanzable, logré lo que deseaba. Hoy me veo aquí, y es un suspiro profundo. Me agradezco, me honro y me abrazo.

Tabla de contenido

Resumen	7
Abstract	8
Introducción	9
1. ¿Qué es la valoración documental?	10
1.1 ¿Qué son Historias Clínicas?.....	11
1.2 Normatividad de historias clínicas	12
1.3 La custodia del Fondo de Historias Clínicas del Hospital Mental (HOMO)	14
1.4 Proceso de descripción física de los documentos.....	16
2 Valoración del Fondo HOMO.....	17
2.1 Panorama histórico.....	17
2.2 Historia Institucional	18
2.3 ¿Para qué sirven las historias clínicas? Un análisis desde la historiografía de la psiquiatría	21
2.4 Metodología de descripción	23
Análisis de las variables	25
3. ¿El contexto histórico del DSM y la mirada crítica de Gerald N. Grob?.....	42
3.1 Análisis de diagnósticos según la clasificación CIE-11	44
Conclusiones	48
Bibliografía.....	51
Anexos.....	54

Lista de tablas

Tabla 1. Base de datos inventario historias clínicas Laboratorio de Fuentes Históricas.....	23
Tabla 2. Sexo.....	25
Tabla 3. Estado Civil.....	27
Tabla 4. Ubicación geográfica.....	29
Tabla 5. Grupos diagnósticos.	31
Tabla 6. Raza.....	33
Tabla 7. Oficios Hombres	34
Tabla 8. Oficios mujeres	39
Tabla 9. Grupos y diagnósticos desagrupados encontrados en la muestra documental	45

Siglas, acrónimos y abreviaturas

HOMO	Hospital Mental de Antioquia
LFH	Laboratorio de Fuentes Históricas
OMS	Organización Mundial de la Salud
DSM	Manual Estadístico de los Trastornos Mentales
CIE o ICD	Clasificación Internacional de Enfermedades

Resumen

Este trabajo de grado en Historia, desarrollado bajo la modalidad de descripción y valoración documental, analiza 747 historias clínicas del Hospital Mental de Antioquia, conservadas por el Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín. El estudio articula una aproximación interdisciplinaria que combina la descripción archivística, la historia institucional y el análisis histórico de los diagnósticos psiquiátricos. Estos diagnósticos fueron agrupados en dos rangos temporales: el primero entre 1922 y 1958, y el segundo entre 1965 y 1982, lo que permitió observar continuidades y rupturas en las prácticas clínicas y nosológicas. Se examinan los sistemas clasificatorios DSM-I y CIE-11, evidenciando la coexistencia de modelos diagnósticos decimonónicos y contemporáneos. El análisis revela patrones de institucionalización ligados al género, la ocupación y el estado civil, destacando la sobrerrepresentación de mujeres dedicadas a oficios domésticos y hombres agricultores. El trabajo concluye con recomendaciones para la conservación del fondo documental y propone líneas futuras de investigación sobre la recepción de sistemas clasificatorios, la prevalencia de la esquizofrenia y la emergencia de nuevos grupos sociales como los estudiantes en la demografía psiquiátrica.

Palabras clave: historias clínicas, salud mental, paciente psiquiátrico, diagnósticos, valoración documental.

Abstract

This undergraduate thesis in History, developed under the modality of archival description and document appraisal, analyzes 747 clinical records from the Mental Hospital of Antioquia, preserved by the Historical Sources Laboratory at the National University of Colombia, Medellín campus. The study articulates an interdisciplinary approach that combines archival description, institutional history, and historical analysis of psychiatric diagnoses. These diagnoses were grouped into two time ranges: the first from 1922 to 1958, and the second from 1965 to 1982, allowing for the observation of continuities and ruptures in clinical and nosological practices. The study examines the DSM-I and ICD-11 classification systems, highlighting the coexistence of nineteenth-century and contemporary diagnostic models. The analysis reveals patterns of institutionalization linked to gender, occupation, and marital status, emphasizing the overrepresentation of women engaged in domestic work and men working in agriculture. The thesis concludes with recommendations for the preservation of the documentary collection and proposes future lines of research on the reception of classification systems, the prevalence of schizophrenia, and the emergence of new social groups such as students in psychiatric demographics.

Keywords: clinical records, mental health, psychiatric patients, psychiatric diagnoses, documentary valuation.

Introducción

Este documento es el informe final del trabajo de grado en Historia bajo la modalidad de descripción y valoración de fuentes documentales. En este caso, la valoración documental se llevó a cabo con una muestra de 747 historias clínicas del Fondo de Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia (HOMO), conservadas por el Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín. El objetivo de esta valoración apunta, en primer lugar, a visibilizar la importancia de preservar esta documentación y exaltar su valor secundario de tipo histórico, ya que los expedientes clínicos son fuentes históricas que permiten reconstruir perfiles sociales, trayectorias institucionales y dinámicas culturales en torno a la locura. En segundo lugar, este informe busca contribuir a la historia de la comprensión crítica de los sistemas clasificatorios en psiquiatría, su recepción y adaptación en contextos locales como fue el HOMO.

Por lo tanto, este trabajo articula necesariamente una aproximación interdisciplinaria desde la descripción archivística, el análisis institucional y la interpretación histórica de los diagnósticos psiquiátricos consignados entre 1922 y 1965. En la primera parte se aborda la metodología de la valoración documental y la normatividad colombiana que regula el carácter privado y técnico de las historias clínicas, así como el estado de conservación de los archivos de esta naturaleza. El segundo apartado se centra en la historia institucional del Hospital Mental como entidad productora de la fuente intervenida y en la relevancia de estos documentos como fuentes para la historiografía de la salud mental. Finalmente, el tercer apartado analiza el contexto histórico del DSM-I y el CIE-11, contrastando sus categorías diagnósticas con los registros encontrados, entre los que destacan la esquizofrenia, las reacciones maniaco-depresivas y los desórdenes psiconeuróticos.

1. ¿Qué es la valoración documental?

La metodología seguida en este trabajo es la descripción y valoración de fuentes documentales de un fondo documental específicos siguiendo las normas ISAD (G) adoptada como pauta de descripción por el Archivo General de la Nación (AGN). De acuerdo con manuales establecidos, esta ruta de trabajo permite establecer el valor primario o secundario de la documentación producida por una institución. El resultado final de la valoración establece el valor primario cuando:

Los documentos producidos por las entidades públicas cumplen funciones esenciales para la administración, al permitirle desarrollar sus misiones y atender a sus destinatarios. Estos documentos poseen valores primarios como el administrativo, al ser testimonio de procedimientos y actividades; el jurídico o legal, al servir como prueba de derechos y obligaciones; el fiscal, por su utilidad para la Hacienda Pública; el contable, al respaldar registros económicos; y el técnico, al estar vinculados con las funciones misionales de la institución. Además, como resultado de la valoración documental, se puede determinar su valor secundario cuando son útiles para fines académicos, históricos o científicos. Estos valores incluyen el histórico, por su utilidad en la reconstrucción de la memoria de una comunidad; el científico, al registrar la creación de conocimiento; y el cultural, al testimoniar hechos, tradiciones, costumbres y modos de vida significativos para el conocimiento de una sociedad y su identidad.¹

La valoración documental tiene como resultado la recomendación para la disposición final de los documentos de acuerdo con los valores encontrados en el proceso. Esta disposición puede ser la conservación total de los documentos, la conservación parcial de una selección o muestra, o finalmente la eliminación del acervo descrito. Para esto se realiza una serie de pasos que consisten en identificación del material, recopilación de información, descripción y análisis.

En este trabajo el material estaba recopilado y organizado en un fondo documental que contiene una sola serie documental que son las historias clínicas, conservadas en cajas X200, con sus carpetas originales y están organizadas de acuerdo con el número de historia clínica que le asignó la entidad productora. Para la fase de descripción se utilizó la norma ISAD (G), la cual tiene

¹Juan Daniel Flórez Porras y Gustavo Adolfo Guerrero Carrillo, *Instructivo de valoración documental* (Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. – Secretaría General, 2015), 12.

como propósito identificar y clarificar tanto el contexto como el contenido de los documentos de archivo, independientemente de su tipo. Esto incluye reconocer la institución que los generó, el contexto en el que se produjeron, el tipo de documentos creados y la perspectiva general de dicha institución, entre otros aspectos.

1.1 ¿Qué son Historias Clínicas?

De acuerdo con la normatividad colombiana, una historia clínica es un documento privado que registra las condiciones de salud de un paciente de forma cronológica y los procedimientos médicos. Dado el carácter privado del documento, la ley establece que la información de la historia clínica solamente puede ser conocida por el paciente o por terceros con previa autorización de este². Lo anterior dificulta el trabajo de la historiografía ya que lo lleva a un escenario paradójico pues, por un lado, es un documento con un grado de reserva pero, por el otro, este tipo de fuentes tiene un valor secundario de tipo histórico muy amplio por varias razones: actúa como un registro detallado de la atención médica recibida por el paciente, incluyendo diagnósticos y tratamientos; sirve como prueba en situaciones legales, protegiendo derechos del paciente y del profesional de la salud; es una fuente invaluable para la investigación y formación médica; contribuye a la memoria institucional de los centros de salud, reflejando la evolución de prácticas médicas; y permite análisis históricos y sociales, facilitando estudios de demografía y epidemiología histórica. Estos valores hacen que la historia clínica sea esencial tanto en los ámbitos médico, social y legal, asegurando que la información relevante se preserve y utilice adecuadamente. De forma general, las historias clínicas en Colombia están reglamentadas por el Ministerio de Salud y por algunos artículos constitucionales que se detallan a continuación.

La Resolución 839 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia modificó la Resolución 1995 de 1999 y estableció nuevas disposiciones para el manejo de las historias clínicas. En ella se reglamentan los tiempos de retención, conservación y disposición final de estos documentos, indicando que deben conservarse por un periodo mínimo de quince (15) años a partir del último registro de atención: cinco (5) años en archivo de gestión y diez (10) años en

² Ministerio de Salud, *Resolución número 1995 de 1999, por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica* (Bogotá: Diario Oficial No. 43.655, 5 de agosto de 1999), art. 1.

archivo central. Antes de proceder a su eliminación, la entidad responsable debe publicar al menos dos avisos en un diario de amplia circulación nacional, con el fin de que el paciente o su representante legal pueda reclamarlos. Si no se realiza dicha reclamación, se debe adelantar una valoración documental para determinar si las historias clínicas poseen valor secundario —histórico, científico o cultural—, en cuyo caso deberán conservarse.³

1.2 Normatividad de historias clínicas

El Archivo General de la Nación, vinculado al Ministerio de Cultura, trabaja en políticas que fortalecen la memoria e identidad de una nación diversa y multicultural, y mejoran la disponibilidad de información fiable para la administración pública. Su gestión de archivos administrativos busca garantizar la transparencia, combatir la corrupción y permitir a los ciudadanos ejercer sus derechos democráticos, siendo un pilar fundamental para la gobernanza y participación ciudadana.

La UNESCO define el patrimonio documental en dos componentes esenciales:

1. Contenido informativo: Información o conocimiento presente en documentos como textos, imágenes, sonidos, datos.
2. Soporte o medio físico: Material o formato en el que se conserva la información, como papel, pergaminos, fotografías, filmes, soportes digitales, etc.

Una pieza del patrimonio documental puede ser un documento individual, una colección de documentos relacionados, un fondo de documentos producidos por una entidad, o un archivo organizado de documentos históricos, técnicos o administrativos.⁴

Es por ello que se crea la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, que establece normas para el manejo de la Historia Clínica, regulando aspectos

³ Ministerio de Salud y Protección Social, *Resolución número 839 de 2017, por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones* (Bogotá: Diario Oficial No. 50.185, 24 de marzo de 2017), disponible en <https://minsalud.gov.co/Normatividad/Nuevo/Resolucion%20No%20839%20de%202017.pdf>

⁴ Ray Edmondson, *Memoria del Mundo: directrices para la salvaguardia del patrimonio documental* (París: UNESCO, 2002), 6.

como el diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas, en conformidad con los parámetros del Ministerio de Salud y del Archivo General de la Nación, según lo contemplado en la Ley 80 de 1989; esta ley se crea para regular la organización, conservación y acceso a documentos y archivos públicos y privados, conocida como la "Ley de Archivos"⁵

La normativa tiene como propósito establecer directrices claras para el diseño, organización y preservación de los archivos, con el fin de asegurar su adecuada gestión y conservación a largo plazo. Además, busca garantizar que los documentos y archivos estén disponibles para el acceso público, promoviendo la transparencia y el ejercicio del derecho a la información. También se orienta a proteger el acervo documental que constituye el patrimonio de la nación, reconociendo su valor histórico y cultural. Finalmente, fomenta la investigación y el estudio de la historia y la cultura colombiana, incentivando el uso de los archivos como fuentes fundamentales para el conocimiento académico y social ⁶

Esta ley ha sido crucial para la preservación y organización del patrimonio documental en Colombia. En este contexto, el Archivo General de la Nación (AGN), como ente rector, emite la Ley 594 del 2000 o Ley General de Archivos, ha buscado regular la organización, conservación y acceso a los documentos y archivos en Colombia, públicos o privados, asegurando la preservación del patrimonio documental y facilitando su consulta pública. En el capítulo IV Acceso y consulta de los documentos, establece que todas las personas tienen derecho a consultar los documentos de archivos público, se podrá brindar una copia de los mismos, siempre y cuando estos documentos no tengan carácter reservado conforme a la Constitución o a la ley, las autoridades responsables de los archivos tanto públicos como privados, deben garantizar el derecho a la intimidad personal y familiar, honra y buen nombre de las personas establecido en el artículo 15 constitucional. Lo anterior ubica las historias clínicas en un intermedio entre las demandas de acceso a la información y el derecho a la intimidad. Sin embargo, la realización del proceso archivístico que adelanta el Laboratorio de Fuentes Históricas, que comprende la organización, descripción, digitalización y anonimización de datos personales, busca garantizar los derechos mencionados.

⁵ Ministerio de Salud, *Resolución número 1995 de 1999, por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica* (Bogotá: Diario Oficial No. 43.655, 5 de agosto de 1999)

⁶ Edmondson 6.

Establece, también restricciones por razones de conservación, si los documentos históricos tienen un deterioro físico evidente que impida su acceso directo, las instituciones deberán proporcionar la información contenida en ellos a través de un sistema de reproducción que no dañe la conservación del documento, garantizando su autenticidad cuando sea necesario. Los documentos de archivo ya sean originales o copias, deben realizarse en soportes de durabilidad y calidad comprobadas, conforme a las normas nacionales o internacionales adoptadas por el Archivo General de la Nación.

El Ministerio de Salud estableció a través de la Resolución 839 de 2017 modificó los tiempos de retención y conservación de las historias clínicas. En total el periodo que se fijó es de 15 años a partir del último registro de atención, constituidos por 5 años en archivo de gestión y 10 años en archivo central. Una vez cumplido este periodo, antes de establecer la disposición final, se debe publicar en “un diario de amplia circulación nacional” sobre la disposición de estos documentos para que el paciente o representante legal lo reclame y, de no suceder, se debe adelantar la valoración documental para determinar si las historias a eliminar poseen un valor secundario o no en los términos que establece el AGN⁷. De este modo es que la Universidad Nacional de Colombia ha recibido dos donaciones por parte del Hospital Mental de Antioquia dado el valor secundario que poseen los documentos.

1.3 La custodia del Fondo de Historias Clínicas del Hospital Mental (HOMO)

El Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional resguarda un fondo documental que contiene historias clínicas de pacientes internados en el Hospital Mental de Antioquia. Mediante la Resolución 229 del 11 de marzo de 2008 se estableció el procedimiento para la aceptación, legalización, recepción y registro de las donaciones que recibe la universidad, en total fueron, en la primera donación 69.754 historias clínicas con un periodo comprendido entre los años 1903 y 1978, almacenadas en 853 cajas tipo x200. Estas quedaron a cargo de la Escuela de Historia, Facultad de Ciencias Humanas y Económicas, y son resguardadas en el Laboratorio de

⁷ Ministerio de Salud y Protección Social, *Resolución número 839 de 2017, por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones* (Bogotá: Diario Oficial No. 50.185, 24 de marzo de 2017).

Fuentes Históricas.⁸ El 4 de agosto de 2022, se realizó una segunda donación de 12.842 historias clínicas que abarcan desde los años 1942 hasta 2005.⁹

Cabe destacar que antes de donar los documentos a la Universidad Nacional, se realizó una depuración de la documentación y que si bien algunas de estas historias clínicas contienen anexos como órdenes de salida, cartas de la entidad remitente, resultados de exámenes médicos y cartas de los usuarios, en ese proceso de depuración fueron eliminados este tipo de documentos, lo que conlleva a que algunas historias tengan materiales muy básicos como el registro de ingreso y el formato de la historia clínica diligenciado. Las historias clínicas intervenidas no pueden ser fotografiadas y el acceso a la base de datos es restringido; sólo se permite el acceso a los documentos que han sido digitalizados y anonimizados, con el fin de proteger la privacidad y la dignidad de los pacientes atendidos en el establecimiento psiquiátrico.

Este archivo surge como resultado de la práctica clínica en el Manicomio Departamental de Antioquia y posteriormente Hospital Mental. La elaboración de este material se inició en 1920 bajo la dirección de Lázaro Uribe Calad. Este valioso recurso histórico proporciona una perspectiva única sobre la evolución de la psiquiatría y la atención a la salud mental en Colombia.¹⁰ En el Fondo intervenido, los registros médicos datan desde 1903 y fueron elaborados por el médico Lázaro Uribe Calad. En este punto es necesario resaltar que, si bien el Manicomio Departamental de Antioquia abrió sus puertas en 1892, fue en 1920 cuando Uribe Calad asumió la dirección del establecimiento cuando se empezaron a redactar las primeras historias clínicas, por lo que se puede afirmar que esa primera historia la realizó *a posteriori* al momento del egreso por muerte en octubre de 1920 de una paciente que había ingresado en 1903. Estos documentos ofrecen una visión de la vida y condiciones de los pacientes. Cada historia clínica incluye información sobre el registro de ingreso y tratamiento recibido, características sociales y políticas (raza, oficio, lugar de procedencia, edad, estado civil, escolaridad), número de la historia clínica, ingreso y egreso, y tipo de condición o afección médica.

⁸ Universidad Nacional de Colombia, *Resolución 229 del 11 de marzo de 2008, por la cual se establece el procedimiento para la aceptación, legalización, recepción y registro de las donaciones* (Medellín: Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín, 2008).

⁹ Universidad Nacional de Colombia, *Convenio de donación de historias clínicas del Hospital Mental de Antioquia*, (Laboratorio de Fuentes Históricas, sede Medellín, 2022).

¹⁰ 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), 52.

1.4 Proceso de descripción física de los documentos

El Fondo de Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia es uno de los 16 fondos y colecciones custodiados por el Laboratorio de Fuentes Históricas. Para su conservación, los documentos se almacenan en un depósito con medios tecnológicos que mantienen una temperatura de 13.5 °C y una humedad del 50% HR. Estos se resguardan en estantes, cajas tipo X200, carpetas contenedoras originales y enumeradas según la elaboración de cada historia clínica. Antes de ingresar al depósito, los documentos deben pasar por un proceso de reposo en una sala con temperatura intermedia, ubicada junto al depósito general. El acceso al archivo requiere registro previo en la página del Campus de la Universidad Nacional, incluyendo correo electrónico, número de identificación, nombre, universidad y la tarea a realizar. Cada caja contiene entre 50 y 70 historias clínicas. Para su manipulación es obligatorio el uso de guantes y tapabocas, ya que los documentos pueden contener polvo, alérgenos, moho o bacterias que representan riesgos para la salud. Estas medidas también protegen los documentos del deterioro causado por el contacto directo con las manos.

Desde el primer acercamiento a la fuente, se observaron condiciones como carpetas empolvadas, restos de papel, documentos rasgados, grapas u otros elementos metálicos, manchas de oxidación, y hojas dobladas. Algunas historias incluían fotografías de los pacientes y resultados de exámenes como lobotomías, citologías y análisis urinarios. En ciertos casos, una cruz roja marcaba el fallecimiento del paciente en la institución. También se encontraron hojas en blanco que debían ser retiradas y entregadas al personal del archivo. Durante el proceso de intervención, se establecieron procedimientos como: limpieza con pincel o brocha para retirar partículas de papel, retiro de ganchos y grapas, elaboración de sobres para fotografías, descarte de formatos sin diligenciar, descripción de los datos conforme a la norma ISAD(G), y finalmente, la devolución de los documentos a sus respectivas cajas contenedoras.

2 Valoración del Fondo HOMO

La descripción documental constituye una etapa esencial dentro del proceso archivístico, orientada a organizar y clasificar la información con el propósito de facilitar su posterior valoración. En este contexto, el instrumento principal de trabajo es el inventario, que permite registrar y describir las series documentales que integran las unidades archivísticas. Su finalidad es doble: por un lado, facilitar la localización y el control de la información por parte del personal responsable, y por otro, ofrecer a los usuarios un conocimiento claro del contenido del fondo documental. Cabe destacar que, aunque actualmente este fondo solo puede ser consultado de manera presencial en el archivo, se prevé que esta restricción se reduzca progresivamente a medida que avance el proceso de digitalización y anonimización de los documentos.

2.1 Panorama histórico.

A lo largo de la historia, el tratamiento de las personas con trastornos mentales ha estado profundamente influenciado por las creencias culturales, religiosas y científicas de cada época. En Europa, durante la Edad Media, predominó una visión sobrenatural de la locura, asociándola con posesiones demoníacas, lo que justificaba prácticas como exorcismos, torturas o incluso ejecuciones. Esta perspectiva fue reemplazada gradualmente por modelos más racionales en el Renacimiento y la Ilustración, aunque persistieron prácticas inhumanas en los manicomios del siglo XIX, donde los pacientes eran sometidos a encierros, duchas frías y otras formas de castigo disfrazadas de tratamiento.¹¹

En contraste, México ha mostrado un desarrollo más temprano y estructurado en el abordaje de la salud mental dentro del contexto latinoamericano. Desde el siglo XVIII, con la fundación del Hospital de San Hipólito en la Nueva España, se establecieron instituciones especializadas para el cuidado de enfermos mentales. En el siglo XX, México adoptó enfoques más modernos, incluyendo el tratamiento moral y la psiquiatría comunitaria, influenciado por corrientes europeas pero adaptado a su contexto social. Actualmente, México lidera en la región en políticas públicas de

¹¹ Congreso de Colombia, *Ley 80 de 1989, por la cual se crea el Archivo General de la Nación y se dictan otras disposiciones* (Bogotá: Diario Oficial No. 39.116, 22 de diciembre de 1989).

salud mental, con programas de atención integral y reformas legislativas que promueven la desinstitucionalización y el respeto por los Derechos Humanos.

En Colombia, el desarrollo ha sido más tardío y fragmentado. Aunque existieron instituciones como el Hospital Mental de Antioquia desde principios del siglo XX, el enfoque predominante fue custodial y centrado en el aislamiento. Solo en las últimas décadas se ha avanzado hacia modelos más humanizados, con énfasis en la rehabilitación psicosocial y la inclusión comunitaria, aunque aún persisten desafíos en cobertura, estigmatización y acceso a servicios especializados.

Este contraste evidencia cómo el contexto histórico y político ha determinado el ritmo y la calidad del tratamiento de las enfermedades mentales, situando a México como un referente regional en la transición hacia modelos más integrales y respetuosos de los derechos de las personas con trastornos mentales.¹²

2.2 Historia Institucional

Durante el siglo XIX Medellín carecía de una institución formal para el tratamiento de personas con enfermedades mentales. Aunque desde 1875 existía la intención de crear un espacio para su atención, la guerra civil de 1876-1877 retrasó el proyecto. Fue solo en 1878 cuando se logró establecer la llamada Casa de Locos, que funcionó en varias casas del centro de la ciudad hasta la apertura del Manicomio Departamental en 1892, esto representó un intento temprano por establecer un modelo moderno de atención psiquiátrica en Colombia, en un contexto de transición entre la asistencia caritativa privada y la beneficencia pública, lo que generó constantes dificultades económicas. La administración estuvo a cargo de María de Jesús Upegui durante dos décadas, mientras que la dirección médica fue asumida por el Dr. Tomás Quevedo Restrepo. La falta de recursos, personal médico permanente y una sede adecuada convirtieron a la Casa en un espacio de encierro más que de tratamiento, con condiciones que se asemejaban más a un asilo que a un hospital. No obstante, su trayectoria institucional estuvo marcada por una constante tensión entre

¹² Loreto Martín Moya, “La Mente es Maravillosa, “¿Cómo se han tratado las enfermedades mentales a lo largo de la historia?”, 17 de junio de 2023.

<https://lamenteesmaravillosa.com/como-se-han-tratado-las-enfermedades-mentales-a-lo-largo-de-la-historia/>.

los ideales reformistas y las limitaciones estructurales, evidenciadas en el abandono por parte del Estado.

A finales del siglo XIX, el Alto de Bermejál (Aranjuez) barrio ubicado en la zona nororiental de la ciudad de Medellín, fue seleccionado como el lugar para construir el primer manicomio moderno de Antioquia. En ese entonces, se trataba de una zona periférica, ubicada a aproximadamente 1.5 kilómetros del centro de Medellín, con características naturales que se consideraban apropiadas para el tratamiento de personas con enfermedades mentales: aire limpio, tranquilidad y aislamiento del bullicio urbano. En 1882, el gobernador Manuel Uribe Ángel propuso convertir la Casa en una institución departamental para asegurar su financiación, pero esta transformación solo se concretó con la construcción del Manicomio en 1892. Durante este periodo, la atención a los enfermos mentales estuvo marcada por el abandono estatal, la improvisación y la fuerte influencia de la caridad religiosa, lo que reflejaba el modelo asistencial predominante en Colombia antes de la profesionalización de la psiquiatría.

Sin embargo, con el paso de los años, especialmente a partir de la década de 1920, el entorno del manicomio comenzó a cambiar drásticamente. El crecimiento urbano de Medellín alcanzó rápidamente esta zona, que pasó de ser un paraje rural para integrarse plenamente en la ciudad. El área circundante, conocida como el barrio Berlín, se urbanizó aceleradamente, lo que trajo consigo problemas sanitarios para la institución. El manicomio, ubicado en una planicie rodeada de colinas, comenzó a recibir aguas residuales provenientes de las partes altas del barrio, lo que generó brotes de enfermedades como disentería y paperas entre los internos.¹³

Este proceso de urbanización contradijo el propósito original del manicomio como un espacio terapéutico aislado. Lo que inicialmente fue concebido como un entorno ideal para la recuperación mental, se convirtió en un lugar insalubre y hacinado, lo que motivó reiteradas solicitudes por parte de los directores del manicomio para trasladar la institución a un sitio más adecuado. Estas peticiones, sin embargo, tardaron décadas en concretarse.

¹³ 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*, coordinado por Andrés Ríos Molina y Mario Rupertuz Honorato (Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México / Sílex Ediciones, 2022), 497–540, https://historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/783_05_11_reforma.pdf.

Durante la gestión del Dr. Lázaro Uribe Cálad (1920–1946), se introdujeron avances como la implementación de historias clínicas y una clasificación diagnóstica propia, enmarcados en un enfoque conocido como “alienismo tardío”. Sin embargo, el modelo institucional continuó centrado en el encierro, con una visión pesimista sobre la posibilidad de curación sin una transformación física del espacio. En este periodo, las Hermanas de la Caridad desempeñaron un papel fundamental en la administración y el cuidado de los internos, lo que reflejaba la influencia eclesiástica en la atención de la salud mental.¹⁴

La institución enfrentó múltiples dificultades, como el hacinamiento, la escasez de personal especializado, la precariedad presupuestal y las deficientes condiciones sanitarias. Aunque se intentaron algunas reformas, el manicomio no logró consolidarse como un hospital psiquiátrico moderno. La práctica clínica se basó en una clasificación sintomática influenciada por las tradiciones francesa y alemana, con énfasis en factores etiológicos como la herencia, el alcoholismo y la pobreza.

Un cambio significativo ocurrió tras la salida de Uribe en 1946, cuando el Dr. Carlos Obando asumió la dirección. Este promovió una visión más humanizada del enfermo mental, impulsó la profesionalización del personal y propuso mejoras en la infraestructura y el tratamiento. La visita de una comisión internacional en 1948, que calificó al manicomio como una de las instituciones más atrasadas que habían observado, aceleró la decisión de construir una nueva sede en el municipio de Bello.

El traslado progresivo al actual Hospital Mental de Antioquia, entre 1958 y 1961, marcó el cierre definitivo del antiguo manicomio y el inicio de una nueva etapa en la atención psiquiátrica en la región. Esta transición implicó la incorporación de equipos multidisciplinarios, la implementación de nuevas terapias y la salida de las religiosas, consolidando así el paso de un modelo asilar a uno hospitalario, aunque condicionado por décadas de rezago institucional.

¹⁴ 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*, coordinado por Andrés Ríos Molina y Mario Rupertuz Honorato (Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México / Sílex Ediciones, 2022), 504, https://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html.

2.3 ¿Para qué sirven las historias clínicas? Un análisis desde la historiografía de la psiquiatría

Las historias clínicas, más allá de su función médica inmediata, constituyen una fuente historiográfica de primer orden para comprender la evolución de la psiquiatría, las instituciones de salud mental y las experiencias de los pacientes. Tanto Rafael Huertas¹⁵ como Andrés Ríos Molina¹⁶ coinciden en que estas narrativas médicas permiten reconstruir no solo la práctica clínica, sino también los contextos sociales, culturales y políticos que han dado forma a las concepciones de la locura.

Ríos Molina destaca que las historias clínicas no deben entenderse únicamente como registros médicos, sino como espacios de diálogo entre médicos, pacientes y familiares. En ellas convergen discursos científicos, sociales y subjetivos, lo que las convierte en fuentes privilegiadas para estudiar cómo se construyen las categorías de normalidad y anormalidad en contextos históricos específicos¹⁷. Esta perspectiva se alinea con la propuesta de Cristina Rivera Garza, quien sugiere que las entrevistas clínicas revelan tanto las expectativas médicas como las estrategias narrativas de los pacientes para negociar su identidad y su diagnóstico¹⁸.

Por su parte, Huertas propone que las historias clínicas permiten estudiar la historia social de la psiquiatría, ya que contienen información sobre el funcionamiento de las instituciones, los perfiles sociodemográficos de los pacientes, los criterios diagnósticos y las prácticas terapéuticas. A través del análisis sistemático de estos documentos, es posible identificar patrones de ingreso, cronificación, mortalidad y relaciones de poder dentro del manicomio. Así, las historias clínicas se convierten en herramientas para explorar la dimensión institucional de la locura y su vinculación con procesos de control social.

¹⁵ Rafael Huertas, "Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos," *Frenia* 1, no. 2 (2001): 7–37.

¹⁶ Andrés Ríos Molina, "Un mesías, ladrón y paranoico en el manicomio La Castañeda. A propósito de la importancia historiográfica de los locos," *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México* 37 (2009): 71–96, https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26202009000100003.

¹⁷ Carlos Andrés Ríos Molina, "La locura en el México posrevolucionario: el manicomio La Castañeda y la profesionalización de la psiquiatría, 1920–1944," *Históricas. Boletín del Instituto de Investigaciones Históricas* 84 (2009): 76. <https://ru.historicas.unam.mx/handle/20.500.12525/3567>.

¹⁸ Cristina Rivera Garza, "She Neither Respected nor Obeyed Anyone: Inmates and Psychiatrists Debate Gender and Class at the General Insane Asylum La Castañeda, Mexico, 1910–1930," *Hispanic American Historical Review* 81, núm. 3–4 (2001): 653–688, <https://read.dukeupress.edu/hahr/article-abstract/81/3-4/653/109150>.

Ambos autores coinciden en que las historias clínicas reflejan los marcos teóricos y epistemológicos de cada época. Huertas señala que el lenguaje diagnóstico, las categorías nosológicas y las prácticas terapéuticas que aparecen en estos documentos permiten rastrear la evolución del pensamiento psiquiátrico, desde el alienismo hasta la psiquiatría biológica contemporánea. En este sentido, las historias clínicas son también testimonios de los cambios en la forma de entender y tratar la enfermedad mental¹⁹.

Una de las contribuciones más relevantes de Ríos Molina es su énfasis en la agencia del paciente. A través del análisis de cartas, autobiografías y testimonios incluidos en los expedientes clínicos, el autor muestra cómo los internos no eran sujetos pasivos, sino que negociaban activamente su diagnóstico, su tratamiento y su permanencia en la institución. En algunos casos, como el de Alberto Nicolat Talocín, los pacientes incluso instrumentalizaban el lenguaje psiquiátrico para obtener beneficios legales o sociales.²⁰

Huertas también advierte sobre los desafíos metodológicos que implica el uso de historias clínicas como fuente histórica. Estos documentos están mediados por la mirada médica y por tanto no son neutrales. Sin embargo, su riqueza radica precisamente en esa mediación, ya que permiten analizar cómo se construye el saber psiquiátrico en la práctica cotidiana y cómo se articulan las relaciones entre saber, poder y subjetividad.

Las historias clínicas son mucho más que registros médicos: son artefactos culturales que permiten estudiar la historia de la psiquiatría desde múltiples dimensiones. Sirven para reconstruir prácticas clínicas, explorar discursos médicos, comprender experiencias subjetivas y analizar las instituciones de salud mental como espacios de poder y resistencia. En palabras de Roy Porter (1989), “las delusiones de los locos, los mitos de la psiquiatría y las ideologías de la sociedad en general forman parte de un tejido ideológico común”²¹ y las historias clínicas son el hilo que permite desentrañar ese tejido.

¹⁹ Rafael Huertas, *Historia cultural de la psiquiatría: (re)pensar la locura* (Madrid: Los Libros de la Catarata, 2001), 10.

²⁰ Carlos Andrés Ríos Molina, *La locura durante la Revolución mexicana: los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910–1920* (México: El Colegio de México, 2009), 93, disponible en <https://repositorio.colmex.mx/concern/theses/ww72bb71f..>

²¹ Roy Porter, *Historia social de la locura*, traducción de Jordi Beltrán Ferrer (Barcelona: Crítica, 1989), P. 543

2.4 Metodología de descripción

Se llevó a cabo una revisión sistemática de un total de 804 historias clínicas, las cuales fueron organizadas rigurosamente en 14 cajas conforme a los lineamientos establecidos por la Norma Internacional General de Descripción Archivística ISAD(G). Cada expediente fue examinado con detenimiento, priorizando la extracción de información relevante según los criterios archivísticos y clínicos definidos. Posteriormente, se procedió a la lectura y clasificación de los diagnósticos consignados, así como al análisis detallado de variables sociodemográficas como sexo, edad, ocupación, raza y fechas de ingreso y egreso. Este proceso no solo permitió estructurar una base de datos coherente, sino que también facilitó la identificación de patrones clínicos y sociales, ofreciendo una visión integral de la casuística institucional. En este sentido, las historias clínicas se consolidan como fuentes primarias de gran valor para la historia social de la psiquiatría, al permitir reconstruir trayectorias individuales y colectivas, así como las lógicas institucionales que las enmarcaron. A continuación, se presentan las gráficas correspondientes a las variables analizadas, las cuales ilustran de manera clara y concisa los hallazgos más significativos de este estudio.

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°185 hasta la n°312

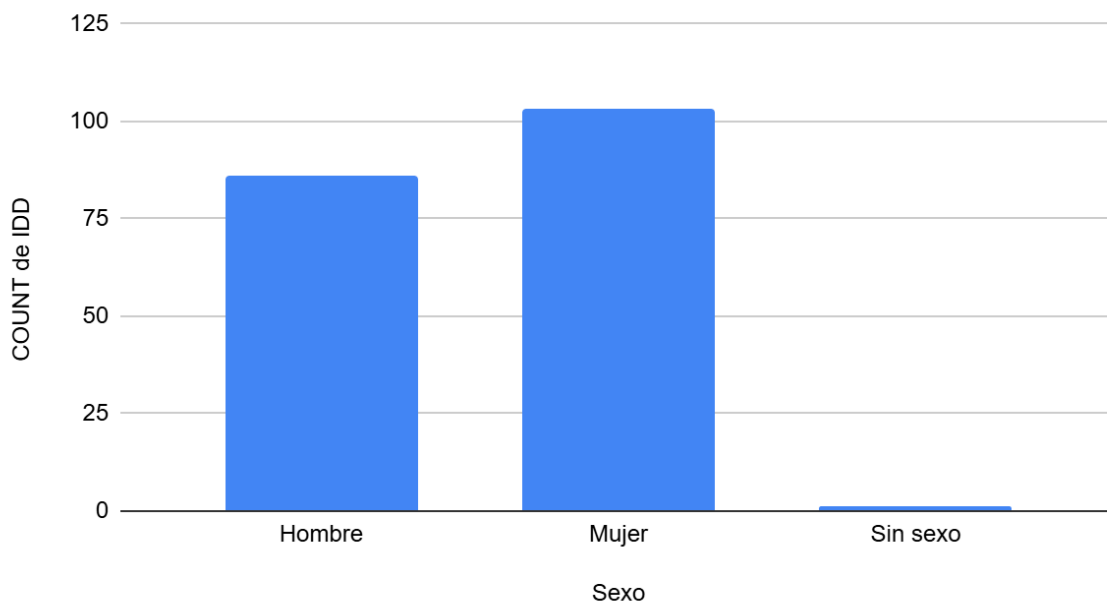
F	Número de carpeta	Carpeta n°17555 hasta n°25974
G	Número de folio	Entre 1 y 98 folios por historia clínica
H	Código de referencia	
I	Número de historia clínica	Identificación de usuario desde 25201 hasta 25974
J	Fecha inicial	Fecha del primer ingreso del paciente
K	Fecha final	Fecha de la última salida o procedimiento realizado (alta, muerte, fuga, estar bien, mejoría)
L	Nivel de descripción	Unidad documental compuesta
M	Volumen y soporte	Hojas en soporte papel
N	Alcance o contenido	Sexo del paciente, edad, diagnóstico
O	Notas del archivista	
P	Nombre del archivista	Andrea Osorio Sierra
Q	Fecha de descripción del archivo	Entre el 5 de marzo al 30 de junio del año 2023
R	Punto Acceso Onomástico	Nombre del paciente
S	Punto de acceso o materias	Raza del paciente, Estado civil, Oficio u ocupación
T	Punto de acceso geográfico	Municipio o Departamento de Colombia

Análisis de las variables

Tabla 2. Sexo

<i>Sexo</i>	COUNT de IDD
Hombre	86
Mujer	103
Sin sexo	1
Suma total	190

COUNT de IDD frente a Sexo



El análisis de la variable sexo en las 804 historias clínicas revisadas revela una distribución ligeramente inclinada hacia el sexo femenino, con un total de 103 mujeres frente a 86 hombres, y un único caso en el que no se consignó esta información. Esta diferencia, aunque no abrumadora, resulta significativa desde una perspectiva historiográfica, ya que permite reflexionar sobre los patrones de institucionalización psiquiátrica y las construcciones de género en el contexto de la atención en salud mental.

Desde la historia social de la psiquiatría, autores como Huertas han señalado que las historias clínicas no solo documentan trayectorias individuales, sino que también reflejan las lógicas institucionales y los criterios sociales que determinan el ingreso y tratamiento de los

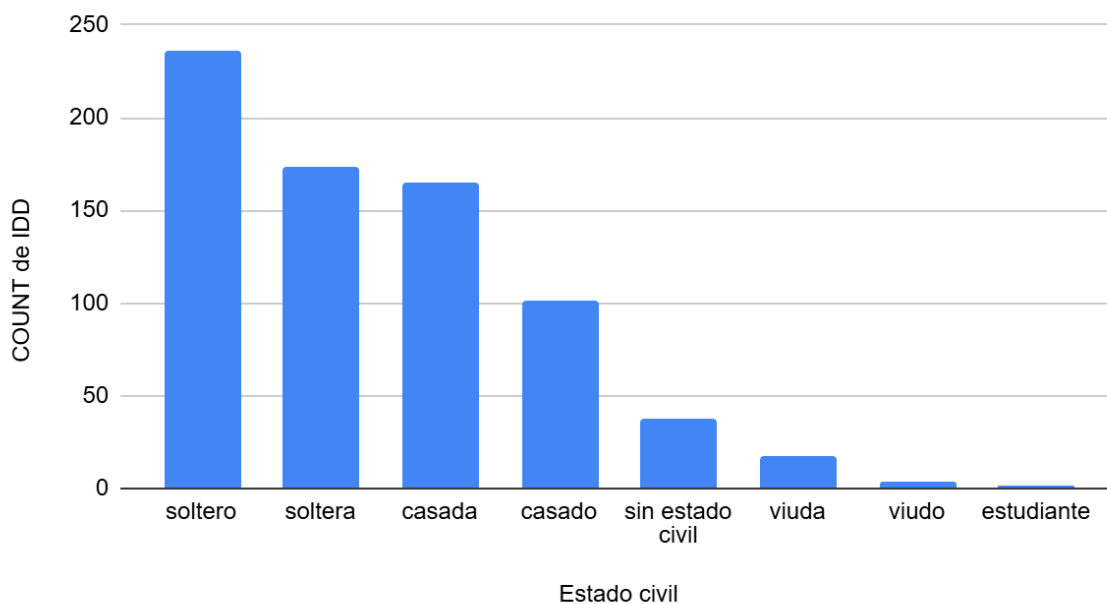
pacientes. En este sentido, la sobrerrepresentación femenina podría estar vinculada a una medicalización diferencial de las conductas consideradas “anómalas” en mujeres, especialmente en contextos donde se patologizaban comportamientos que desafiaban los roles de género tradicionales.

La mayor presencia de mujeres en los registros podría también reflejar una mayor disposición de las familias a institucionalizar a mujeres que no se ajustaban a las normas sociales, o bien una mayor visibilidad de sus padecimientos en el discurso clínico. Por otro lado, la existencia de un caso sin información sobre el sexo del paciente pone de relieve las limitaciones documentales y los vacíos en el registro, lo cual también forma parte del análisis historiográfico. Estos vacíos pueden ser indicativos de prácticas administrativas laxas, de negligencia institucional o de la escasa importancia atribuida a ciertos datos en determinados momentos históricos.

Tabla 3. Estado Civil

<i>Estado civil</i>	COUNT de IDD
soltero	236
soltera	173
casada	165
casado	101
sin estado civil	38
viuda	17
viudo	4
estudiante	2
Suma total	736

COUNT de IDD frente a Estado civil

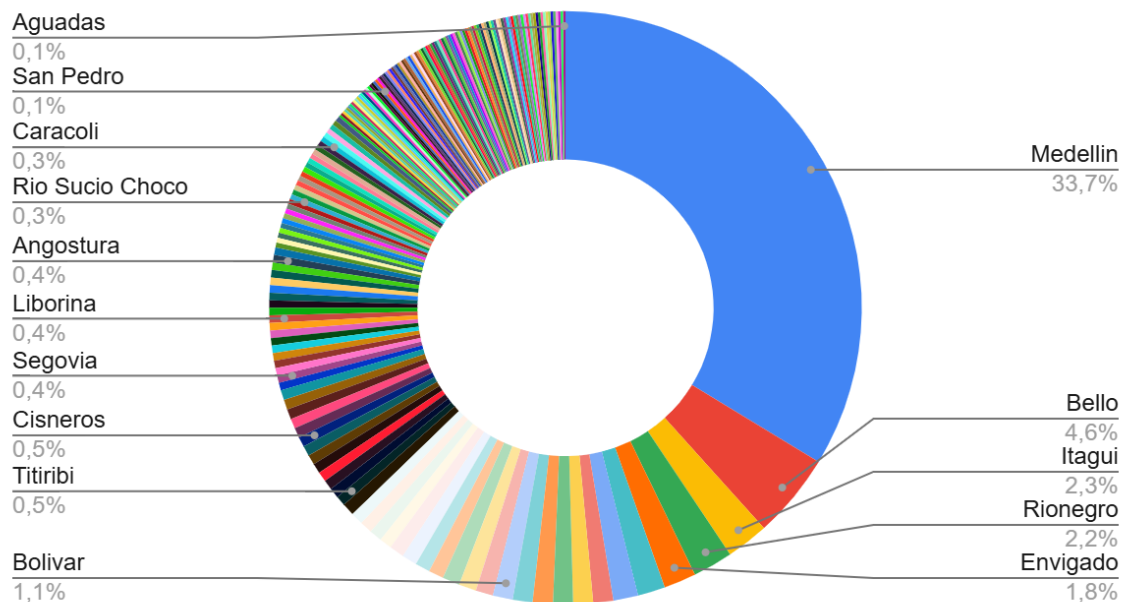


El análisis de la variable estado civil en las 736 historias clínicas revisadas revela una distribución diversa, con una predominancia de pacientes solteros y solteras. En total, se registraron 236 pacientes solteros y 173 pacientes solteras, lo que representa aproximadamente el 55.6% del total de pacientes. Esta alta proporción de individuos solteros puede estar relacionada con una mayor vulnerabilidad social y económica, que podría haber facilitado su institucionalización en contextos donde el apoyo familiar era limitado o inexistente.

Por otro lado, se identificaron 165 pacientes casadas y 101 pacientes casados, lo que sugiere una sobrerrepresentación femenina en esta categoría. Esta diferencia puede reflejar las dinámicas de género y las expectativas sociales sobre el comportamiento de las mujeres en el contexto matrimonial, donde la transgresión de normas sociales o roles tradicionales podía ser interpretada como signo de patología mental.

El grupo de pacientes sin estado civil registrado asciende a 38, lo que indica posibles deficiencias en el registro de datos o situaciones en las que esta información no fue considerada relevante por el personal médico o administrativo. Este vacío documental también puede ser indicativo de la marginalidad de ciertos pacientes, cuya identidad social no era plenamente reconocida por la institución.

Finalmente, se registraron 17 viudas, 4 viudos y 2 estudiantes. Aunque representan una fracción menor del total, su presencia es significativa. Las viudas y viudos pueden haber enfrentado procesos de duelo no resueltos o situaciones de aislamiento social, mientras que la categoría de estudiantes, aunque mínima, evidencia que algunos individuos jóvenes también fueron objeto de institucionalización psiquiátrica.

Tabla 4. Ubicación geográfica**COUNT de IDD frente a Punto Acceso Geográfico**

El gráfico de distribución geográfica de los pacientes institucionalizados revela una concentración significativa en un número reducido de puntos de acceso. La categoría "Suma total", que representa el 50% del total, sugiere una agregación de registros sin especificación geográfica o una categoría residual que agrupa múltiples localidades no desglosadas individualmente. Esta falta de precisión limita parcialmente el análisis espacial, pero también pone de relieve la necesidad de mejorar los sistemas de registro y clasificación territorial en los archivos clínicos.

Entre los puntos geográficos identificados, Medellín destaca con un 16.8% del total, lo que refleja su papel central como núcleo urbano y administrativo en la región. Esta sobrerrepresentación puede estar relacionada con la concentración de servicios de salud mental, la densidad poblacional y la mayor visibilidad institucional de los casos psiquiátricos en contextos urbanos.

Bello, con un 2.3%, ocupa el segundo lugar entre los municipios identificados, lo cual es coherente con su cercanía geográfica a Medellín y su relevancia histórica en la atención psiquiátrica, especialmente tras el traslado del Hospital Mental de Antioquia a este municipio.

Otros municipios como Itagüí (1.2%), Rionegro (1.1%) y Envigado (0.9%) presentan porcentajes menores, pero relevantes dentro del área metropolitana del Valle de Aburrá.

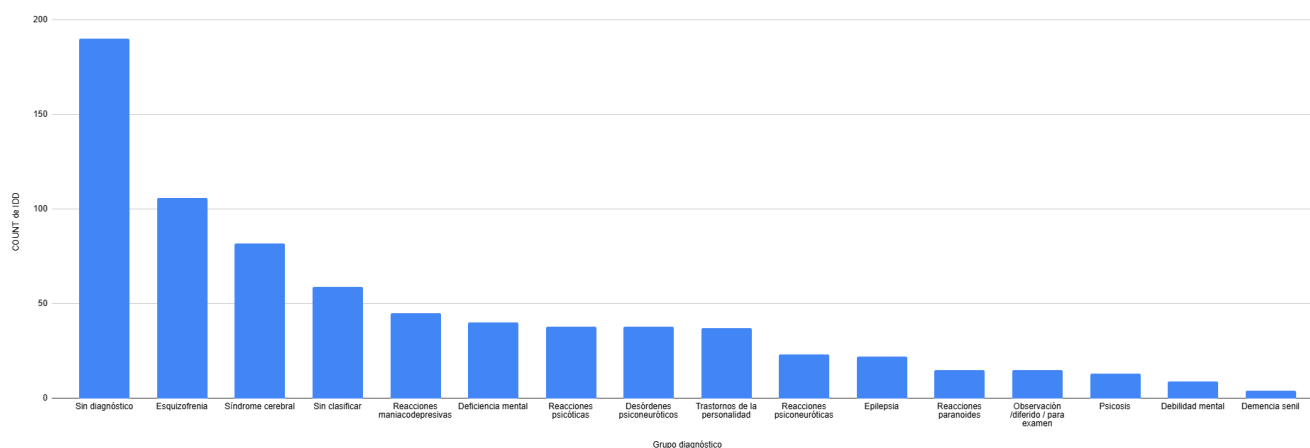
La presencia de municipios más alejados o rurales como Andes, Barbosa, Amalfi y Angelópolis, aunque con porcentajes inferiores al 1%, evidencia que la institucionalización psiquiátrica también alcanzó zonas periféricas, lo que sugiere una red de referencia regional o una política de centralización de pacientes en instituciones urbanas.

Este patrón de distribución geográfica permite reflexionar sobre las dinámicas de acceso a la atención psiquiátrica, las redes de derivación institucional y las desigualdades territoriales en el tratamiento de la salud mental. Además, refuerza la importancia de las historias clínicas como fuentes para el análisis espacial de la psiquiatría, permitiendo mapear no solo la procedencia de los pacientes, sino también las trayectorias institucionales y los flujos de encierro.

Tabla 5. Grupos diagnósticos.

<i>Grupo diagnóstico</i>	COUNT de IDD
Sin diagnóstico	190
Esquizofrenia	106
Síndrome cerebral	82
Sin clasificar	59
Reacciones maniaco-depresivas	45
Deficiencia mental	40
Reacciones psicóticas	38
Desórdenes psiconeuróticos	38
Trastornos de la personalidad	37
Reacciones psiconeuróticas	23
Epilepsia	22
Reacciones paranoides	15
Observación /diferido / para examen	15
Psicosis	13
Debilidad mental	9
Demencia senil	4
Suma total	736

COUNT de IDD frente a Grupo diagnóstico



1. **Sin diagnóstico:** Este grupo representa la categoría más numerosa, lo cual puede indicar una alta proporción de expedientes incompletos, casos en observación sin conclusión diagnóstica, o limitaciones en los procesos de registro clínico. Esta ausencia de diagnóstico plantea interrogantes sobre la calidad de la atención y la sistematización de la información en la institución.

-
2. **Esquizofrenia:** Es el diagnóstico más frecuente entre los casos clasificados, lo que es consistente con la literatura psiquiátrica que señala a esta entidad como una de las principales causas de institucionalización prolongada. Su alta prevalencia también puede reflejar una tendencia histórica a sobrediagnosticar esta condición en contextos de encierro.
 3. **Síndrome cerebral y Reacciones maníaco-depresivas:** Estos grupos también presentan una representación significativa. El primero puede estar asociado a cuadros orgánicos o neurológicos, mientras que el segundo corresponde a lo que hoy se conoce como trastorno bipolar. Su presencia sugiere una diversidad etiológica en los trastornos tratados.
 4. **Deficiencia mental y Demencia senil:** La inclusión de estos diagnósticos evidencia que la institución también acogía pacientes con deterioro cognitivo, tanto de origen congénito como adquirido, lo que refuerza su carácter asilar más que exclusivamente psiquiátrico.
 5. **Trastornos de la personalidad y Reacciones psiconeuróticas:** Aunque menos frecuentes, estos diagnósticos muestran que también se institucionalizaban pacientes con cuadros menos graves desde el punto de vista psicótico, lo que puede estar relacionado con criterios sociales o morales más que clínicos.
 6. **Epilepsia y Desórdenes psicomotrices:** Su presencia indica que se consideraban dentro del espectro psiquiátrico, lo cual es coherente con concepciones históricas que vinculaban epilepsia con trastornos mentales.
 7. **Observación para examen, Psicosis, Reacciones paranoides y Debilidad mental:** Estas categorías, aunque menos representadas, completan el espectro de diagnósticos y reflejan la amplitud de criterios utilizados para el ingreso institucional.

Tabla 6. Raza

<i>Raza</i>	COUNTA of Raza
Sin raza	709
Blanco	11
Mestizo	4
Mulato	3
Blanca	3
Negra	1
Mulata	1
Mestiza	1
	0
Suma total	733

El análisis de la variable "raza" en las 733 historias clínicas revela una marcada ausencia de información: 709 registros (96.7%) no consignan ningún dato racial. Esta omisión masiva sugiere que la categoría "raza" no fue considerada relevante por quienes elaboraron las historias clínicas, o bien que existía una resistencia institucional o cultural a registrar esta variable, posiblemente por su carga ideológica o por la falta de estandarización en su uso.

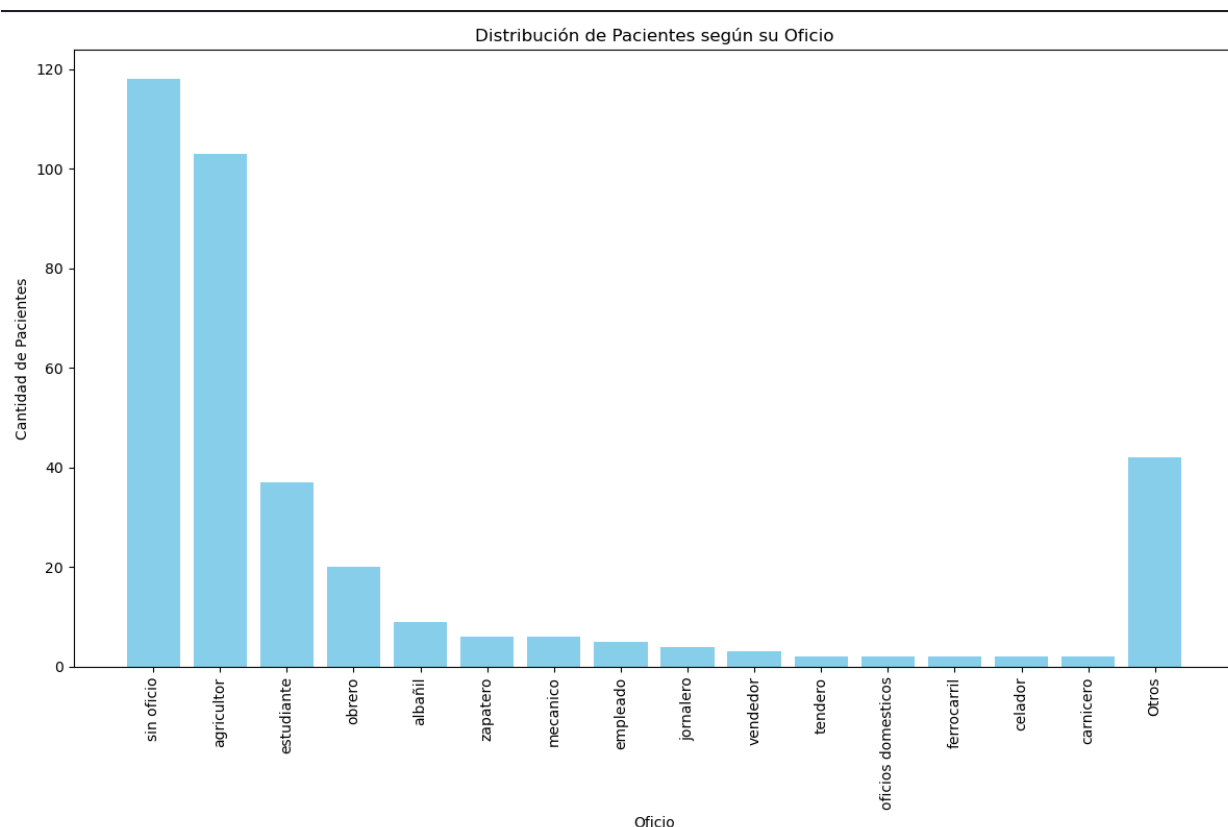
Entre los pocos casos en los que sí se registró la raza, se observa una predominancia de categorías como "Blanco" (11 casos), seguido por "Mestizo", "Mulato", "Blanca", "Negra", "Mulata" y "Mestiza", todas con frecuencias muy bajas (entre 1 y 4 casos). La coexistencia de términos como "Blanco" y "Blanca", o "Mestizo" y "Mestiza", evidencia una falta de uniformidad en la codificación, lo que complica el análisis cuantitativo y cualitativo de esta variable.

Desde una perspectiva historiográfica, esta escasa y dispersa información sobre la raza puede interpretarse como un reflejo de las tensiones sociales y políticas en torno a la clasificación racial en el contexto colombiano. Tal como han señalado estudios sobre la historia de la psiquiatría en América Latina, las categorías raciales fueron utilizadas en algunos momentos para justificar diagnósticos o tratamientos diferenciados, especialmente en contextos marcados por el pensamiento eugenésico o higienista.

En este caso, sin embargo, la invisibilización de la raza podría indicar una institucionalidad que, al menos formalmente, no incorporaba esta variable como criterio clínico o administrativo. No obstante, la ausencia de registro no implica necesariamente la ausencia de prácticas

discriminatorias, por lo que sería pertinente complementar este análisis con una revisión cualitativa de los expedientes clínicos y del lenguaje utilizado en las observaciones médicas.

Tabla 7. Oficios Hombres



El análisis de la variable oficio en las 363 historias clínicas revisadas revela una distribución diversa, con una predominancia de pacientes sin oficio registrado (118 casos), lo que representa aproximadamente el 32.5% del total. Esta alta proporción de registros sin oficio puede indicar una falta de información en los expedientes clínicos o una realidad socioeconómica en la que muchos pacientes no tenían una ocupación formal.

Entre los oficios registrados, destacan los agricultores (103 casos, 28.4%), seguidos por estudiantes (37 casos, 10.2%) y obreros (20 casos, 5.5%). La alta representación de agricultores puede reflejar la composición socioeconómica de la población atendida, posiblemente proveniente

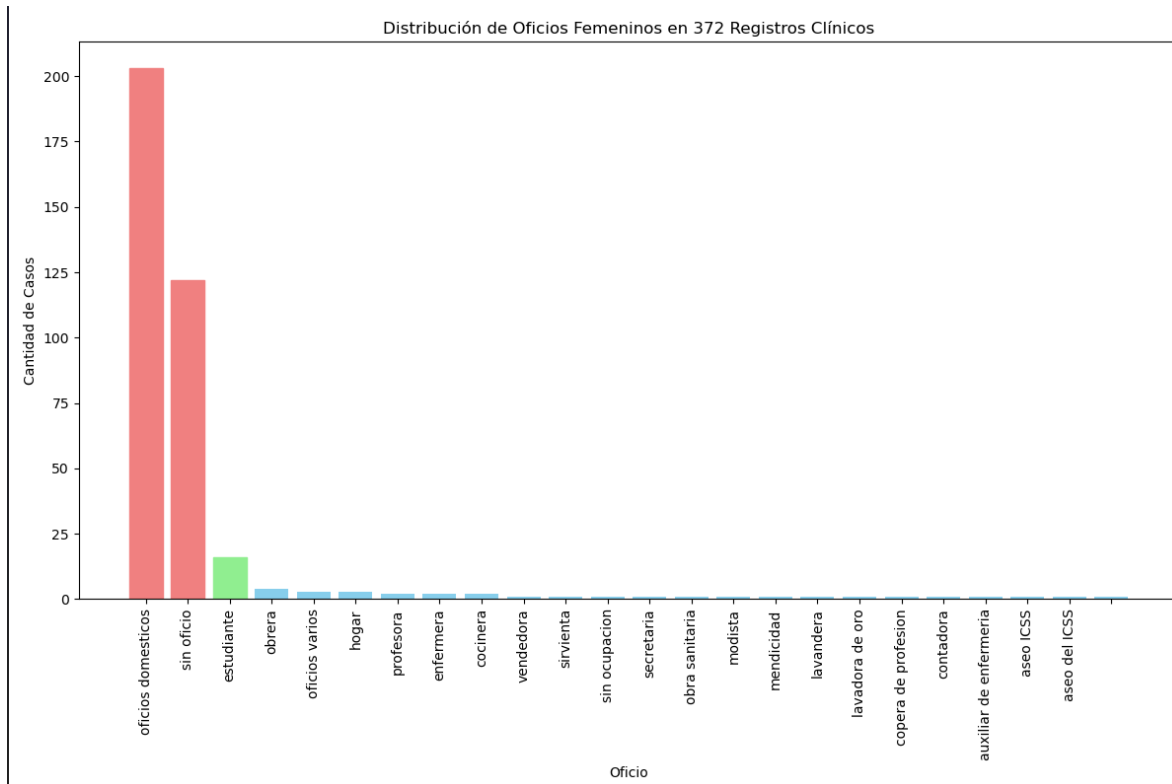
de áreas rurales o periurbanas. El grupo "Otros" engloba una variedad de oficios con frecuencia 1, sumando un total de 56 casos (15.4%). Esta categoría incluye una amplia gama de ocupaciones, desde vendedores y empleados hasta oficios específicos como carnicero, policía o maestro. La diversidad de esta categoría sugiere que la institución atendía a pacientes de diversos contextos laborales, aunque en menor proporción.

En conjunto, esta distribución por oficio proporciona una visión integral de la casuística institucional, permitiendo identificar patrones y tendencias que pueden ser explorados en mayor profundidad en estudios futuros, especialmente en relación con las construcciones sociales de la locura y su vínculo con la ocupación y la posición social.

Aunque no es el grupo más numeroso, el hecho de que más del 10% de los pacientes fueran estudiantes es relevante. Esto sugiere que la población estudiantil también enfrenta problemáticas de salud mental que requieren atención institucional, lo cual puede estar relacionado con factores como: presión académica, incertidumbre vocacional, conflictos familiares o sociales, transiciones vitales (adolescencia, adultez temprana). Este hallazgo puede ser punto de partida para estudios más específicos, comparación entre estudiantes rurales y urbanos, análisis de género dentro del grupo de estudiantes, trayectorias clínicas y diagnósticos más frecuentes en esta población.

Tabla 8. Oficios mujeres

Oficio	COUNT de IDD
oficios domésticos	203
sin oficio	122
estudiante	16
obrera	4
oficios varios	3
hogar	3
profesora	2
enfermera	2
cocinera	2
vendedora	1
sirvienta	1
sin ocupación	1
secretaria	1
obra sanitaria	1
modista	1
mendicidad	1
lavandera	1
lavadora de oro	1
copera de profesión	1
contadora	1
auxiliar de enfermería	1
aseo ICSS	1
aseo del ICSS	1
	1
Suma total	372



El análisis de los 372 registros clínicos correspondientes a mujeres revela una marcada predominancia de los oficios domésticos (54.6%) y de la categoría “sin oficio” (32.8%), lo que refleja la histórica asignación de las mujeres al trabajo no remunerado del hogar y la frecuente invisibilización de su labor en los registros institucionales. Estas cifras también pueden estar relacionadas con condiciones de dependencia económica, desempleo o subregistro, lo cual limita la comprensión integral de sus contextos de vida. En contraste, los oficios remunerados como obrera, profesora, enfermera o cocinera aparecen en proporciones muy bajas, lo que sugiere barreras estructurales de acceso al empleo formal para las mujeres en el entorno estudiado.

La categoría de “estudiante”, aunque representa solo el 4.3% del total, es significativa, ya que visibiliza a mujeres jóvenes en proceso de formación, posiblemente en transición entre roles tradicionales y nuevas aspiraciones sociales. Su presencia en los registros clínicos puede estar asociada a tensiones propias de la etapa educativa, como la presión académica, la incertidumbre vocacional o la falta de redes de apoyo. Este hallazgo invita a reflexionar sobre cómo las construcciones sociales de la locura femenina se entrelazan con los roles de género, y cómo la ocupación (o su ausencia) influye en la forma en que se diagnostica y trata a las mujeres en contextos clínicos.

3. ¿El contexto histórico del DSM y la mirada crítica de Gerald N. Grob?

Una vez realizamos la descripción de la fuente en el instrumento de descripción, observamos una gran variedad diagnóstica. Esto se refleja en la gráfica 4 donde, de acuerdo con criterios metodológicos, agrupamos ese gran abanico terminológico en 16 categorías amplias. Sin embargo, al dirigirnos a la información descrita encontramos que, en tan solo 736 historias clínicas inventariadas para este trabajo, el personal del Hospital empleó 224 formas diferentes de nombrar los trastornos mentales de las personas que acudieron a la institución. Salta a la vista que, pese a todos los esfuerzos de homogeneización diagnóstica que se buscaron adelantar desde finales de siglo XIX a nivel internacional²², persistió el eclecticismo. Esto se refleja en el uso no problemático de sistemas de clasificación decimonónicos como el alienismo, con los dos sistemas nosológicos que se volvieron hegemónicos desde mediados del siglo XX, como lo son el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE o ICD por sus siglas en inglés). De esa pervivencia y uso común se ocupa esta parte del informe.

El DSM es una herramienta desarrollada por la American Psychiatric Association (APA) que clasifica y describe los trastornos mentales reconocidos por la comunidad científica. Su propósito principal es proporcionar criterios estandarizados para el diagnóstico clínico, facilitando la comunicación entre profesionales de la salud mental, investigadores y sistemas de salud. En ese sentido, el historiador Gerald N. Grob (1931–2015)²³, quien fue una de las figuras más influyentes en el estudio de la historia de la salud mental en Estados Unidos, es un referente clave para entender cómo las clasificaciones psiquiátricas no solo reflejan conocimientos médicos, sino también contextos sociales, políticos e ideológicos.

Desde su primera edición en 1952, el DSM ha buscado estandarizar los criterios diagnósticos, facilitando la comunicación entre profesionales y permitiendo una mayor coherencia en el tratamiento de los trastornos mentales. Su impacto ha sido significativo: ha contribuido a visibilizar condiciones antes ignoradas, ha influido en políticas públicas y ha sido adoptado por

²² Sandra Caponi y Ángel Martínez-Hernández, *Kraepelin, el desafío clasificatorio y otros enredos anti-narrativos*, en *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 17, 47 (2013): 313–326, Academia.edu..

²³ Gerald Grob, “Origins of DSM-I: A Study in Appearance and Reality,” *The American Journal of Psychiatry* 148, no. 4 (1991): 421–431, <https://doi.org/10.1176/ajp.148.4.421>.

sistemas de salud en todo el mundo. Es por ello que dicho manual, se ha convertido en una herramienta central para la práctica clínica y la investigación en salud mental. No obstante, también ha sido objeto de críticas por su enfoque biomédico, su susceptibilidad a intereses institucionales y la posible medicalización de comportamientos cotidianos.

En su artículo *Origins of DSM-I: A Study in Appearance and Reality*, Grob ofrece una mirada crítica sobre el surgimiento del **DSM-I**, destacando que su creación respondió más a necesidades administrativas y organizacionales que a un consenso científico sólido²⁴. El manual fue producto de un contexto histórico específico, marcado por la experiencia de los psiquiatras durante la Segunda Guerra Mundial y la creciente influencia del modelo psicodinámico. Grob sostiene que el DSM-I fue una herramienta para legitimar la profesión psiquiátrica y organizar el sistema de salud mental, más que un reflejo fiel del conocimiento clínico. Su análisis invita a cuestionar la aparente neutralidad de las clasificaciones diagnósticas y a reconocer que estas también son construcciones sociales, moldeadas por intereses, ideologías y circunstancias históricas.

El DSM ha tenido un impacto profundo en la práctica clínica, la investigación y la educación en salud mental, ha permitido una mayor uniformidad en los diagnósticos, lo que facilita el tratamiento adecuado, la recopilación de datos epidemiológicos y el desarrollo de políticas públicas. Además, ha contribuido a la visibilización de trastornos mentales que antes eran ignorados o malinterpretados, promoviendo una comprensión más amplia y empática de la salud mental. Sin embargo, también ha sido objeto de críticas, especialmente por su enfoque biomédico, la influencia de intereses farmacéuticos y la posible medicalización de conductas normales. A pesar de ello, el DSM sigue siendo una referencia clave en el campo, y su evolución refleja el esfuerzo continuo por mejorar la atención en salud mental.

Tras comprender el impacto del DSM en la psiquiatría estadounidense y su influencia en la construcción de los diagnósticos mentales, es necesario ampliar la perspectiva hacia el sistema de clasificación más utilizado a nivel mundial: la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). A diferencia del DSM, que responde a intereses clínicos y profesionales específicos de Estados Unidos, el CIE tiene un enfoque

orientado a la salud pública global, buscando estandarizar el registro, diagnóstico y seguimiento de enfermedades en todos los países miembros de la OMS.

La historia del CIE se remonta al siglo XIX, cuando se creó como una herramienta para clasificar causas de muerte. Con el tiempo, su alcance se amplió para incluir enfermedades físicas y mentales. La versión más reciente, el CIE-11, fue adoptada oficialmente en 2022 y representa un avance significativo en la forma de abordar los trastornos mentales. Esta edición incluye un capítulo específico sobre trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo, con criterios diagnósticos más inclusivos, sensibles a la diversidad cultural y menos centrados en modelos clínicos occidentales.

Una de las principales diferencias entre el CIE y el DSM radica en su propósito: mientras el DSM se enfoca en la práctica clínica y la investigación psiquiátrica, el CIE está diseñado para facilitar la recolección de datos epidemiológicos, la planificación de servicios de salud y la formulación de políticas públicas. Además, el CIE es utilizado por profesionales de diversas disciplinas, incluyendo medicina general, psicología, trabajo social y salud comunitaria, lo que lo convierte en una herramienta más transversal.

La coexistencia de ambos sistemas ha generado debates sobre la armonización de criterios diagnósticos, especialmente en contextos institucionales donde se requiere compatibilidad entre registros clínicos y administrativos. En el caso de las historias clínicas del Hospital Mental de Antioquia, por ejemplo, es posible encontrar referencias tanto al DSM como al CIE, lo que refleja la influencia de ambos sistemas en la práctica psiquiátrica contemporánea.

3.1 Análisis de diagnósticos según la clasificación CIE-11

A partir del análisis que realicé a 736 historias clínicas, se identificaron diversos grupos diagnósticos, siendo los más frecuentes: **sin diagnóstico** (190 casos), **esquizofrenia** (106 casos), **síndrome cerebral** (82 casos) y **sin clasificar** (59 casos). Estos cuatro grupos representan más del 58% del total de registros, lo que evidencia una alta proporción de casos sin una categorización diagnóstica clara o definitiva. Es necesario señalar que estos grupos los construimos con base en las categorías o grupos observados en el DSM-I y con los respectivos equivalentes en

el CIE que señala el primer manual referido. La tabla 2 recoge la clasificación y desglosa los diagnósticos que engloba cada categoría construida:

Tabla 9. Grupos y diagnósticos desagrupados encontrados en la muestra documental

Grupo diagnóstico	Diagnósticos desagrupados	Total casos grupo
Debilidad mental	Cuadro psicótico, débil mental (profunda meningitis, reacción paranoide, debilidad mental y debilidad mental definida)	9
Deficiencia mental	000-04; 000-X90-Y; 000-X901; 000-X902; 000-X903; 000-Y901; 000-Y902; 000-Y903; 000-Y96; 000Y-902; 00Y-903; 325-2; deficiencia mental	40
Demencia senil	Demencia senil	4
Desórdenes psiconeuróticos	000-312; 000-3312; 000-X01; 000-X012; 000-X02; 000-X03; 000-X04; 000-X06	38
Epilepsia	353-01; 353-1; ataques epilepticos; convulsiones somaticas; crisis convulsiva perdida de la conciencia; crisis de gran mal; crisis subintrantes; crisis subintrantes gran mal; epilepsia; epilepsia deterioro; epilepsia jacksoniana; epilepsia lipofuscinosa cronica en deterioro; epilepsia mayor; epilepsia psicosis; epileptica; epileptico gran mal; gran mal postmeringitis	22
Esquizofrenia	000-X2; 000-X20; 000-X21; 000-X22; 000-X23; 000-X24; 000-X25; 000-X26; 300-7; deterioro esquizofrenico; esquizo paranoide; esquizofrenia; esquizofrenia afectiva; esquizofrenia catatonica; esquizofrenia cronica; esquizofrenia cronica paranoide; esquizofrenia paranoide; esquizofrenia paranoide cronica; esquizofrenia simple; esquizofrenia catatonica; reaccion esquizofrenica tipo paranoide; sindrome esquizofrenico	106
En observación o diagnóstico diferido	000-Y001; Y00-001; Y00-002; Y00-Y00	15
Psicosis	psicos postparto; psicosis; psicosis aguda no diferenciada; psicosis aguda no diferenciado; psicosis alucinatoria cronica; Psicosis involuntaria; psicosis no especificada; psicosis postpartiva recidivante; psicosis premenopausica; psicosis reactiva; psicotico; psicotico cronico	13
Reacciones maniicodepresivas	000-X11; 000-X12; 000-X13; 0060-X12; 301-1; crisis maniaca; maniaco depresiva; maniaco depresiva tipo maniaco; maniaco depresivo; maniaco depresivo con repeticiones asentadas; Psicosis depresiva; psicosis maniaco depresiva; reaccion mania depresiva	45
Reacciones paranoides	000-X30; 000-X30?; 000-X32; reaccion paranoide	15
Reacciones psiconeuróticas	000-X02; 000-X03; 000-XX0; cuadro psicotico agudo con elementos paranoide y afectivos; depresion; depresion reactiva; desarrollo neurotico depresivo; histeria de conversion; neurosis agresiva; neurosis disociativa; neurosis obsesiva; neurotico; reaccion de conversion; reaccion depresivo ansioso; reaccion psicotica involuntaria tipo depresivo	23
Reacciones psicóticas	796; 000-796; 000-7963; 000-X10; 000-X14; 000-XY0; 001-79; cuadro psicotico con pasividad y autismo; paciente en estado psicotico; psicosis; reaccion disociativa; reaccion psicotica aguda; reaccion psicotica aguda no diferenciada; reaccion psicotica paranoide; tendencias psicopaticas	38
Sin clasificar	116; 8000-5; 00-550; 000-12; 000-82; 004-001; 03-0-3; 03-0-6-02-2; 03-000-04; 2000-100; 309X; 353-19; 355-0314-X; 795,8; atrofia cerebral; confusion mental (agitada, con excitación, tóxica); enajenacion mental con accesos de furia; estado de excitacion; estado de mania aguda; estado de sensibilidad;	59

	excitacion psicomotora; excitacion reactiva; hernia inguinal; hiperactividad psicomotora; hipererotismo; hipomania; intoxicacion hidratonico; mania y mania aguda; melancolia (delirante y depresiva); oligofrenia (simple, moderada y con reaccion psicótica); perturbación mental; retardo mental; retraimiento; retraso mental fisico y psicomotora; Síndrome mental agudo; sociopatía; sufre ataques; trastorno compulsivo; trastorno mental; Y00-700	
Sin diagnóstico	Sin dato; sin diagnostico; trastorno mental	190
Síndrome cerebral	000-100; 000-30; 000-4; 000-5; 000-550; 000-7; 000-8; 000-900; 000-9550; 0009-550; 009-516; 009-550; 009-551; 009-557; 009-700; 009-79; 009-796; 009-8; 009-900; 309-0; 309-X; Síndrome cerebral; Síndrome cerebral organico; síndrome mental organico; trastorno de la nutricion	82
Trastornos de la personalidad	000-X40; 000-X41; 000-X51; 000-X52; 000-X60; 000-X61; 000-X63; 000-X641; 000-X642; 000-X70; 000-X796; 000-X8; 000-X80; 000-X81; 000-X82; 000-X842; 000-X86; personalidad dependiente; personalidad psicopática; reaccion gran estres	37
Total muestra		736

Como se mencionó anteriormente y según se evidencia en la anterior tabla, para el análisis de las historias clínicas recopiladas, se utilizó como referencia el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Primera Edición (DSM-I)*, publicado en 1952 por la *American Psychiatric Association*. Esta versión fue elaborada por el *Committee on Nomenclature and Statistics*, con el objetivo de unificar los criterios diagnósticos utilizados en hospitales psiquiátricos y centros de salud mental en los Estados Unidos. En este manual, además de proponer un código propio para su sistema de clasificación, se incluía también el código equivalente en la clasificación de la CIE, lo que nos permitió agrupar, aunque de forma escueta, en categorías más amplias tal variedad diagnóstica. Tal como se observa en la anterior tabla, encontramos más de 200 términos diferentes para conceptualizar los comportamientos de 736 personas, lo que corrobora lo mencionado por Huertas acerca de que cuanto mayor sea el número de historias clínicas analizadas, mayor es el abanico de posibilidades diagnósticas, lo que nos llevó a tratar de unificar criterios con base en uno de los principales sistemas empleados en la institución que fue el DSM²⁵.

El DSM-I clasificaba los trastornos mentales en dos grandes grupos: trastornos psiconeuróticos y trastornos psicóticos, además de incluir categorías como trastornos de la personalidad, reacciones paranoides, síndromes cerebrales orgánicos, entre otros. Esta

²⁵ Rafael Huertas García-Alejo, "Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos", *Frenia*, vol. 1, 2, (2001) pp. 7–33.

clasificación se basaba en un enfoque psicodinámico, considerando los trastornos como reacciones a conflictos internos o externos.

En este contexto, los diagnósticos encontrados en las historias clínicas —como esquizofrenia, reacciones maniaco-depresivas, desórdenes psiconeuróticos, reacciones paranoides y síndrome cerebral— se alinean con las categorías propuestas por el DSM-I. Por ejemplo:

- Esquizofrenia se incluía dentro de los trastornos psicóticos.
- Reacciones maniaco-depresivas correspondían a lo que hoy se conoce como trastorno bipolar.
- Desórdenes psiconeuróticos y reacciones psiconeuróticas eran parte de los trastornos neuróticos.
- Síndrome cerebral y demencia senil se clasificaban como trastornos orgánicos del cerebro.

Este análisis permite observar una alta carga de trastornos psicóticos y afectivos, lo cual es consistente con la literatura sobre salud mental en contextos clínicos especializados. Asimismo, la presencia de un número elevado de casos sin diagnóstico o sin clasificar sugiere la necesidad de fortalecer los procesos de evaluación y registro clínico, así como la capacitación en el uso de sistemas de clasificación como la CIE-11.

Además de esto, la historiografía local ha sido reiterativa en cuanto al aplastante peso del DSM posterior a 1950. En cierto sentido se puede verificar a partir de los diagnósticos encontrados, aunque hay que mencionar también que los mismos médicos que diagnosticaban en la institución utilizaron de forma indistinta la CIE. No obstante, no hay estudios locales que analicen desde la historia de la clínica psiquiátrica a partir del análisis seriado de expedientes, la recepción temprana tanto del DSM como de la CIE en el Hospital Mental de Antioquia. Esta es una futura ruta de investigación que se acerca a la historia de la ciencia desde una perspectiva de los agentes y las negociaciones políticas, en tanto que, a pesar de una hegemonía estadounidense posterior a 1950, el material indica la pervivencia de modelos clasificatorios y nosologías decimonónicas como la francesa y la alemana de Emil Kraepelin.

Conclusiones

Este trabajo de grado, desarrollado bajo la modalidad de descripción y valoración documental, ha permitido evidenciar el valor secundario de las historias clínicas como fuente histórica. Estos documentos, más allá de su función médica original, ofrecen un potencial invaluable para investigaciones en campos como la historia social, de la medicina, de la demografía y la antropología. En este sentido, se recomienda que la Universidad Nacional continúe con la conservación integral de estos archivos, garantizando su accesibilidad para futuras investigaciones interdisciplinarias. La preservación de estos documentos no solo contribuye al resguardo del patrimonio documental, sino que también abre nuevas rutas para el análisis histórico de la salud mental en Colombia.

La modalidad elegida para este trabajo aporta a la formación de historiadores al fomentar habilidades de análisis crítico, organización documental y reflexión sobre las fuentes primarias. Este proceso fortaleció mi comprensión sobre la relación entre archivo, memoria y poder, y me permitió acercarme a los sujetos históricos desde una perspectiva sensible y rigurosa.

Uno de los aportes más relevantes del estudio fue la identificación de los perfiles predominantes de los pacientes diagnosticados como “locos”, lo que invita a cuestionar las categorías psiquiátricas y sus implicaciones sociales. De este modo, encontramos que las personas registradas en las 714 historias clínicas provenían principalmente de Medellín y el Valle del Aburrá y fueron más mujeres que hombres. Esta población fue diagnosticada principalmente con el “sin diagnóstico”, lo que evidencia un carácter custodial aún para 1965 que fue el año en que ingresaron las últimas personas de la muestra documental. Además de este “diagnóstico”, encontramos gran prevalencia de esquizofrenia, lo que continua una tendencia señalada por otros estudios²⁶, como también la emergencia de diagnósticos más ligados a aspectos neurológicos como el síndrome cerebral.

Con respecto a los perfiles, es necesario agregar que las mujeres eran principalmente solteras, aunque fueron más las mujeres casadas que los hombres casados; ellas se dedicaban principalmente a los oficios domésticos, aunque se vislumbran un número creciente de estudiantes.

²⁶ Perlina Mena Romaña, *Descripción y valoración histórica del Fondo Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia (HOMO), 1903–2005* (Universidad de Antioquia, 2023), disponible en: <https://hdl.handle.net/10495/39132>.

Entretanto, los hombres eran principalmente solteros y se dedicaban a la agricultura aún en entornos que vivieron procesos acelerados de urbanización como lo fue Medellín en los años sesenta. Lo anterior nos indica grandes repercusiones en la salud mental producto de condiciones socioeconómicas adversas en poblaciones claramente definidas como las mujeres del trabajo doméstico y los hombres trabajadores agrícolas. Saber quiénes eran estos sujetos —sus ocupaciones, edades, géneros y contextos— permitirá reconstruir una historia de la locura desde abajo, centrada en los individuos y los mecanismos que generaron para gestionar sus procesos de enfermedad, y no solo una óptica centrada en las instituciones.

Finalmente, este trabajo sugiere al menos tres líneas de investigación futuras para la historiografía de la salud mental. Primero, la recepción y asimilación de sistemas clasificatorios psiquiátricos, que requiere una interacción dinámica entre historiadores y profesionales de la salud mental, como lo propone Huertas. Segundo, la necesidad de más estudios sobre la esquizofrenia, la cual se volvió una enfermedad que se volvió de gran prevalencia en el Hospital Mental, lo cual plantea preguntas sobre los criterios médicos, las prácticas institucionales y sus efectos en los pacientes. Finalmente, a futuro es necesaria una investigación sobre la emergencia de nuevos grupos sociales en la ciudad, observada a través de la demografía psiquiátrica. En particular, el elevado número de estudiantes diagnosticados —sus características, trastornos principales y trayectorias— constituye un hallazgo que amerita una investigación histórica más profunda.

Son las interpretaciones finales que recopilan los datos de la investigación, describe lo que se obtuvo, qué se logró y cuáles son los resultados. Guardan relación directa con lo que se mencionó en el planteamiento del problema. Pueden confirmar las hipótesis.

Fuentes primarias

Archivos y manuscritos

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

Serie Fondo de Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia

Historias clínicas 1922-1958, 1965-1982

Serie Administrativa,

“Resolución V-1036 de 2008 por la cual se aprueba el convenio de donación de historias clínicas del Hospital Mental de Antioquia”

“Convenio de donación de historias clínicas del Hospital Mental de Antioquia”,
2022.

Bibliografía

Libros

Huertas, Rafael. *Historia cultural de la psiquiatría: (re)pensar la locura*. Madrid: Los Libros de la Catarata, 2001.

Porter, Roy. *Historia social de la locura*. Barcelona: Crítica, 1989.

Edmondson, Ray. *Memoria del Mundo: Directrices para la salvaguardia del patrimonio documental*. Edición revisada. París: UNESCO, 2002.

Artículos de revistas y capítulos de libro

Caponi, Sandra. “Para una estadística universal: un debate sobre la primera clasificación internacional de enfermedades mentales (1888–1889)”. *Frenia* 1 (2011): 679

Caponi, Sandra y Ángel Martínez-Hernández. “Kraepelin, el desafío clasificatorio y otros enredos anti-narrativos”. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 17.47 (2013): 313–326.

Grob, Gerald N. “Origins of DSM-I: A Study in Appearance and Reality”. *The American Journal of Psychiatry* 148.4 (1991): 421–431. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.4.421>

Huertas, Rafael. “Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos”. *Frenia* 1.2 (2001): 7–37.

Maureira Cid, F. “Evolución histórica del problema de lo mental: desde la Edad Contemporánea hasta finales del siglo XX”. *Revista Electrónica De Psicología Iztacala* 26.2 (2023). <https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/86038>

Ríos Molina, Andrés. “Un mesías, ladrón y paranoico en el manicomio La Castañeda. A propósito de la importancia historiográfica de los locos.” *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México* 37 (2009): 71–96.

Ríos Molina, Andrés. “La locura en el México posrevolucionario: el manicomio La Castañeda y la profesionalización de la psiquiatría, 1920–1944”. *Históricas. Boletín del Instituto de Investigaciones Históricas* 84 (2009): 299

Rivera Garza, Cristina. “She Neither Respected nor Obeyed Anyone: Inmates and Psychiatrists Debate Gender and Class at the General Insane Asylum La Castañeda, Mexico, 1910–1930”. *Hispanic American Historical Review* 81.3–4 (2001): 653–688.

Salazar Bermúdez, Alejandro. “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*. Coords. Andrés Ríos Molina y Mariano Rupertuz Honorato. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México / Sílex Ediciones, 2022.

Cibergrafía

Martín Moya, Loreto. “¿Cómo se han tratado las enfermedades mentales a lo largo de la historia?” 17 de junio de 2021. <https://lamenteesmaravillosa.com/como-se-han-tratado-las-enfermedades-mentales-a-lo-largo-de-la-historia/>. www.lamenteesmaravillosa.com (2021)

Documentos normativos e institucionales

Flórez Porras, Juan Daniel, y Gustavo Adolfo Guerrero Carrillo. *Instructivo de valoración documental*. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. – Secretaría General, 2015. Disponible en: https://archivobogota.secretariageneral.gov.co/sites/default/files/documentacion-archivo/09_Instructivo

Ministerio de Salud. “Resolución número 1995 de 1999, por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica.” *Diario Oficial No. 43.655*, 5 de agosto de 1999. https://normograma.supersalud.gov.co/compilacion/docs/resolucion_minsalud_r1995_99.htm Ministerio de Salud y Protección Social. “Resolución número 839 de 2017 por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones”. *Diario Oficial No. 50.185*, 24 de marzo de 2017. https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No%20839%20de%202017.pdf

Congreso de Colombia. “Ley 80 de 1989 por la cual se crea el Archivo General de la Nación y se dictan otras disposiciones.” *Diario Oficial No. 39.116*, 22 de diciembre de 1989. <https://normativa.archivogeneral.gov.co/ley-80-de-1989/>.

Tesis e informes académicos

Mena Romana, Perlina. “Descripción y valoración histórica del Fondo Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia (HOMO), 1903–2005.” Tesis de pregrado en Historia, Universidad de Antioquia, 2023. <https://hdl.handle.net/10495/39132>.

López, Luciano, 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.

Anexos

En los anexos se incluye material complementario que apoya la documentación investigativa, tales como consentimientos informados, entrevistas, material fotográfico, etc. Evite incluir material que puede estar protegido por derechos de autor, tales como pruebas psicológicas, fragmentos de libros, artículos de revistas, patentes, etc. Recuerda no incluir en tu documento datos de personas o entidades objetos de la investigación, tales como nombres, apellidos, cédulas, números telefónicos, consentimientos informados con datos personales (Resolución 8430 de 1993), nombres de empresas sin el consentimiento escrito del representante legal, fotografías en primer plano de personas (especialmente de menores de edad) y demás información que pueda contravenir los principios emitidos en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 (Ley de protección de datos personales).

Los siguientes anexos contienen documentos de interés para el proceso de trabajo de grado, así como trucos y recomendaciones que surgen constantemente en la elaboración de un documento en Word.

Se anexa instrumento de descripción (Excel), elaborado conforme a la norma internacional general de descripción archivística ISAD (G). Descubriendo en total 747 historias clínicas.

Para publicar la base de datos, se eliminaron los campos relacionados con números de historias clínicas, nombres y demás datos sensibles que pudieran comprometer la identidad de los pacientes. En consecuencia la base de datos solo se encuentra disponible para consulta interna directamente en el laboratorio de fuentes históricas de la Universidad Nacional de Colombia- Sede Medellín.