

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

CLARA YAMILE DUARTE CUERVO
Orientadora: ROSELI ESQUERDO LOPES

**PENSAR HISTÓRICAMENTE LA TERAPIA OCUPACIONAL:
TRABAJO Y OTRAS OCUPACIONES EN EL MANICOMIO
DEPARTAMENTAL DE ANTIOQUIA, COLOMBIA (c. 1888-1958)**

São Carlos, São Paulo
2025

CLARA YAMILE DUARTE CUERVO

**Pensar históricamente la terapia ocupacional:
trabajo y otras ocupaciones en el Manicomio Departamental de Antioquia,
Colombia (c. 1888-1958)**

Texto submetido a defesa junto ao Programa
de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da
Universidade Federal de São Carlos

Orientadora: Roseli Esquerdo Lopes

São Carlos, São Paulo
2025

Inventamos las categorías -como la partitura de un vals- para comprender el mundo, y luego queremos que la historia se mueva siguiendo esos compases a la perfección. Pero la historia es un potro que corcovea, un baile frenético en el que los bailadores improvisan y se salen de la coreografía.

Está llena de paradojas, pasiones, contradicciones, matices, destiempos... no es una teleología ordenada en la que una época monolítica reemplaza a la otra.

Javier Ortiz Cassiani (2023, p. 43)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

Folha de Aprovação

Defesa de Tese de Doutorado da candidata Clara Yamile Duarte Cuervo, realizada em 11/09/2025.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Roseli Esquerdo Lopes (UFSCar)

Profa. Dra. Jaqueline Cruz Perdomo (UNIVALLE)

Profa. Dra. Patrícia Leme de Oliveira Borba (UNIFESP)

Profa. Dra. Marisa Bittar (UFSCar)

Prof. Dr. Waldez Cavalcante Bezerra (UNCISAL)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional.

AGRADECIMIENTOS

Caminé por algo más de cuatro años entre Colombia y Brasil construyendo esta investigación; no hay caminata posible sin suelo que sustente, árboles que den sombra, agua que refresque, seres que acompañen y pan que alimente. Quiero primero agradecer a Solángel García Ruiz por abrir el camino del doctorado para que, como ocurrió, lo recorriéramos y nos lo gozáramos juntas. A Ana Paula Malfitano, por mostrarnos la ruta y animarnos a emprender el recorrido, por su calidez y su estímulo para continuar y llegar hasta el fin. A Paulo, mi compañero de vida, por encargarse de desvanecer cualquier duda sobre la viabilidad del viaje, por asegurarse de que no olvidara que el mundo es pequeño y posible. A Roseli Esquerdo Lopes: suelo, luz, sombra, agua... por acompañarme con tanta sabiduría, por su respaldo y su confianza, por inquietarme con sus comentarios certeros, por inspirarme y darme más razones para enamorarme de Brasil y de su cultura; he tenido el privilegio de contar con maestras extraordinarias que me llenan de orgullo, una vez más, así fue.

Brasil me ofreció la posibilidad de entregarme por completo al placer y el privilegio de estudiar, de aprender, de escribir, de navegar en los archivos y viajar en el tiempo para seguir intentando comprender el país en el que nací y la profesión que elegí. Agradezco a la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por la beca que hizo viable esa entrega y al Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional de la Universidade Federal de São Carlos por ser el espacio que le dio sentido. En especial, al grupo de investigación Terapia Ocupacional: Memórias, Histórias e Fundamentos, componente de la línea de investigación Redes Sociais e Vulnerabilidades, por la claridad con la que han incorporado la mirada socio-histórica en las elaboraciones sobre los fundamentos teórico-metodológicos de la terapia ocupacional, por convocar y juntar a quienes, desde el Sur de América, hemos querido que nuestras búsquedas transiten por esa vereda, por nutrir mis reflexiones y cuestionamientos.

En Colombia, mi gratitud estará siempre con las amigas históricas, Aleida, Sol, Jaqueline, con quienes emprendimos la ruta y alimentamos la fascinación por los horizontes que se fueron abriendo; con Alicia Trujillo Rojas, quien dispuso las claves iniciales para mi tesis, y con Liliana Tenorio, cuyas preguntas nos llevaron a pensar en la diversidad del país, de la terapia ocupacional y de sus historias.

Quiero agradecer y celebrar el trabajo de las instituciones que preservan los archivos que consulté: el Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional de Colombia, sede

Medellín, el Archivo Histórico Departamental de Antioquia, el Archivo Histórico de Medellín, la Sala Patrimonial Historia de la Medicina y la Biblioteca Digital Patrimonial de la Universidad de Antioquia, la Sala Antioquia y el Archivo Fotográfico de la Biblioteca Pública Piloto, el Centro de Información Periodística del periódico El Colombiano, la Academia Antioqueña de Historia, las bibliotecas Nacional de Colombia y Luis Ángel Arango, y los archivos digitales Internet Archive, Gallica y Wellcome Collection. Disfruté cada minuto en esos lugares extraordinarios que contienen y expanden nuestro sentido humano. A sus funcionarias y funcionarios por su admirable trabajo, por apoyarme, orientarme y hasta emocionarse con mis pesquisas. En este sentido, debo un especial agradecimiento a Alejandro Salazar, del Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín, y ahora profesor de la Universidad de Antioquia, por la generosidad con la que compartió su conocimiento conmigo y me invitó a participar en espacios de aprendizaje e intercambio que valoro profundamente. También a Fredy Alonso Valderrama Caliz, bibliotecario en la Universidad de Antioquia.

La dicha de las temporadas en Medellín sería impensable sin la hospitalidad de mi hermano Wilson, en su casa y con su compañía y la de Polly encontré todo un centro de operaciones para planear y emprender cada indagación, para digerir todo lo que fui encontrando, para reposar las ideas y tejerlas, para evocar la ciudad un siglo atrás. En la posibilidad de imaginar el Manicomio Departamental de Antioquia, agradezco la energía y la pasión de Carlos Mario Gil Zuluaga, mediador de la Biblioteca Comfama Aranjuez.

Atesoro y agradezco la felicidad de haber tenido cerca durante este tiempo a mi familia y a mis amigas; tanto afecto presente en el momento justo, para recordar que todos los caminos son compartidos: Paulo, Julio, Sandra, Wilson, Bertha, Carlos, Sol, Livet, Pamela, Trujillo, Rocy, Joy, la Negris, Piña, Erika, Vanesa, Gaby, Aida... a las nuevas amistades que me regaló Brasil, especialmente Marina, Rodrigo, Otto y Cora, que me marcaron con su cariño y su hospitalidad inolvidables.

Para terminar, agradezco a quienes integran el jurado evaluador de esta tesis, Patrícia Leme de Oliveira Borba, Jaqueline Cruz Perdomo, Marisa Bittar y Waldez Cavalcante Bezerra, por la calidez, el entusiasmo y la generosidad con la que recibieron y acompañaron mi trabajo.

Esta tesis está dedicada a la memoria de las personas que habitaron el Manicomio Departamental de Antioquia; sus historias son nuestra historia.

AGRADECIMENTOS

Caminhei pouco mais de quatro anos entre a Colômbia e o Brasil construindo esta pesquisa; não há jornada possível sem solo para sustentar, árvores para fornecer sombra, água para refrescar, seres que acompanhem e pão para alimentar. Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à Solángel García Ruiz por abrir o caminho para o doutorado e fazer com que pudéssemos percorrê-lo e aproveitá-lo juntas. À Ana Paula Malfitano por nos mostrar o percurso e nos incentivar a empreender a viagem, pelo acolhimento e seu incentivo para continuar e chegar até o fim. Ao Paulo, meu companheiro de vida, por ter o cuidado de tirar dúvidas sobre a viabilidade da viagem, por garantir que eu não esquecesse que o mundo é pequeno e possível. À Roseli Esquerdo Lopes: solo, luz, sombra, água... por me acompanhar com tanta sabedoria, por seu apoio e confiança, pelas inquietações advindas de seus comentários certos, pela inspiração e por fornecer motivos para me apaixonar pelo Brasil e sua cultura; tive o privilégio de contar com mestras extraordinárias que me enchem de orgulho, mais uma vez, assim foi.

O Brasil me ofereceu a possibilidade de me entregar completamente ao prazer e ao privilégio de estudar, aprender, escrever, mergulhar nos arquivos e viajar no tempo para continuar tentando entender o país em que nasci e a profissão que escolhi. Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa que viabilizou essa entrega e ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos por ser o espaço que lhe deu sentido. Em especial, ao grupo de pesquisa Terapia Ocupacional: Memórias, Histórias e Fundamentos, componente da linha de pesquisa Redes Sociais e Vulnerabilidades, pela clareza com que tem incorporado a perspectiva sócio-histórica nas elaborações sobre fundamentos teórico-metodológicos da terapia ocupacional, por convocar e congregar aqueles que, desde a América do Sul, temos querido que nossas buscas transitem por esse caminho, por nutrir minhas reflexões e questionamentos.

Na Colômbia, minha gratidão estará sempre com as amigas históricas, Aleida, Sol, Jaqueline, com quem embarcamos na rota e alimentamos o fascínio pelos horizontes que se abriam; com Alicia Trujillo Rojas, que forneceu as chaves iniciais para minha tese, e com Liliana Tenorio, cujas perguntas nos levaram a pensar sobre a diversidade do país, da terapia ocupacional e de suas histórias.

Quero agradecer e celebrar o trabalho das instituições que preservam os arquivos que consultei: o Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín, o

Archivo Histórico Departamental de Antioquia, o Archivo Histórico de Medellín, a Sala Patrimonial Historia de la Medicina e a Biblioteca Digital Patrimonial da Universidad de Antioquia, a Sala Antioquia e o Archivo Fotográfico da Biblioteca Pública Piloto, o Centro de Información Periodística do jornal El Colombiano, a Academia Antioqueña de História, as biblioteca Nacional da Colômbia e Luis Ángel Arango, e os arquivos digitais Internet Archive, Gallica e Wellcome Collection. Aproveitei cada minuto naqueles lugares extraordinários que contêm e expandem nosso sentido humano. Aos seus funcionários pelo trabalho admirável, por me apoiarem, me orientarem e até se entusiasmarem com minha pesquisa. Nesse sentido, devo um agradecimento especial a Alejandro Salazar, do Laboratorio de Fuentes Históricas da Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín, e agora professor da Universidad de Antioquia, pela generosidade com que compartilhou seus conhecimentos comigo e me convidou a participar de espaços de aprendizagem e intercâmbio que valorizo profundamente. Também ao Fredy Alonso Valderrama Caliz, bibliotecário da Universidad de Antioquia.

A felicidade das jornadas em Medellín seria impensável sem a hospitalidade de meu irmão Wilson, em sua casa, com sua companhia e a de Polly, encontrei todo um centro de operações para planejar e realizar cada apuração, digerir tudo o que estava encontrando, descansar as ideias e tecê-las, evocar a cidade há um século. Na possibilidade de imaginar o Manicômio Departamental de Antioquia, agradeço a energia e a paixão de Carlos Mario Gil Zuluaga, mediador da Biblioteca Comfama Aranjuez.

Valorizo e agradeço a felicidade de ter por perto minha família e amigas durante esse tempo; tanto carinho presente no momento certo, para lembrar que todos os caminhos são compartilhados: Paulo, Julio, Sandra, Wilson, Bertha, Carlos, Sol, Livet, Pamela, Trujillo, Rocy, Joy, la Negris, Piña, Erika, Vanesa, Gaby, Aida... as novas amizades que ganhei no Brasil, especialmente, Marina, Rodrigo, Otto e Cora, que me marcaram com seu carinho e hospitalidade inesquecíveis.

Para concluir, agradeço às pessoas que compuseram a banca avaliadora desta tese, Patrícia Leme de Oliveira Borba, Jaqueline Cruz Perdomo, Marisa Bittar e Waldez Cavalcante Bezerra, pelo carinho, entusiasmo e generosidade com que receberam e acompanharam meu trabalho.

Esta tese está dedicada à memória das pessoas que habitaram o Manicômio Departamental de Antioquia; suas histórias são a nossa história.

ADVERTENCIA SOBRE EL LENGUAJE EN ESTE TEXTO

Desconozco si en el pasado el lenguaje ocupó un lugar de disputa que podamos comparar con el que hoy tiene. Lo que aprendí hace años de los estudios de género es que el lenguaje importa, porque las palabras están cargadas de sentido. También he aprendido que las palabras y los sentidos se transforman en el tiempo.

Este texto está repleto de palabras que hoy, cuando menos, nos incomodan, pero que en la época desde la cual se traen tenían una connotación distinta. Comprender esos sentidos y transformaciones es un regalo más que nos provee la historia.

Cuando viajamos, el lenguaje importa, inclusive cuando en el lugar al que vamos se hable, en teoría, nuestro mismo idioma. Bien sabrá de eso un o una brasileña que haya pasado unos días en Portugal o cualquier hispanohablante con algún recorrido por Latinoamérica.

Para viajar en el tiempo es necesario, también, viajar con las palabras.

RESUMEN

La terapia ocupacional se introdujo como profesión en Colombia en la segunda mitad de la década de 1960. Sin embargo, prácticas previas que incorporaron ocupaciones en el tratamiento de la locura han sido poco estudiadas. Análisis históricos ubican la ocupación de alienados en trabajos y distracciones como una práctica extendida, confluyen en vincular su origen con el tratamiento moral del alienismo europeo y señalan la importancia de considerar factores sociales, políticos, culturales y económicos en su apropiación en contextos particulares. La investigación examina el trabajo y otras ocupaciones en el abordaje de personas internadas en el Manicomio Departamental de Antioquia, en Medellín, Colombia, durante la existencia de esta institución. Se construyó un archivo de fuentes primarias que incluye normativas, informes, literatura científica, prensa, imágenes, historias clínicas y referentes empleados por los médicos. Otros estudios históricos fueron fuentes secundarias. El relato se centra en el uso de ocupaciones en el Manicomio, intentando identificar sus transformaciones y situarlas en el contexto de sus condiciones sociales de producción. El inicio del periodo se ubica alrededor de 1888, cuando la Academia de Medicina de Medellín recomendó disponer condiciones de medio adecuadas para el tratamiento, incluyendo espacios para la ocupación de los enajenados. Se cierra en 1958, en el ámbito de transición entre Manicomio y Hospital Mental, cuando se conformó el Departamento de Ergoterapia. En ese lapso, se identifican tres periodos: en condiciones de medio adecuadas... talleres, huertas y lugares de recreo en la creación del Manicomio (c.1888-1904); ocupación para los enajenados tranquilos (1904-1948), y llegada de la ergoterapia/terapia ocupacional (1948-1958). En el primero, la ocupación de los enajenados se insinúa como parte del tratamiento que ocurrirá por vía del secuestro en un asilo convenientemente diseñado y construido. El tratamiento fusiona elementos de la asistencia caritativa y la atención médica. En el segundo periodo, se instituye la ocupación de los enajenados tranquilos. La ocupación, en particular el trabajo, se mueve entre gran remedio de la locura, medio moral de tratamiento, auxilio para el sostenimiento de la institución y forma de vida en el confinamiento. El tratamiento se estructura conjugando medios físicos y morales, entre estos la ocupación, tomando elementos del alienismo francés. Las teorías degeneracionistas, la creciente exclusión y segregación, el interés médico en el desarrollo de tratamientos biológicos y somáticos, dan espacio para que la ocupación se convierta en modo de vida en el confinamiento. En el tercer periodo, la ocupación se configura como método sistemático de tratamiento psiquiátrico y psicoterápico al que se denomina laborterapia, ergoterapia, terapia o terapéutica ocupacional. Su efectividad se condiciona a una aplicación metódica bajo dirección médica y con él se aspira a apoyar los procesos psicoterápicos, a restablecer la capacidad productiva y las relaciones interpersonales y al autosostenimiento de la institución. Para afirmar su carácter científico, se basa, principalmente, en la terapia ocupacional estadounidense y la terapia activa alemana. Se usa como ocupación preferente el trabajo auténtico, priorizando talleres industriales que semejan las líneas de producción antioqueñas. Esta propuesta, consolidada en el Departamento de Ergoterapia, surge de un nuevo movimiento caritativo y se desenvuelve en un contexto de transición impulsado por la cooperación internacional de la posguerra mundial. La ergoterapia fue clave en la legitimación de la institución y del saber médico-psiquiátrico en el tratamiento de la enfermedad mental, lo que habría postergado la llegada a Colombia de la terapia ocupacional como profesión.

Palabras clave: Historia; Instituciones Psiquiátricas; Ocupación; Trabajo

Pensando historicamente na terapia ocupacional: trabalho e outras ocupações no Manicômio Departamental de Antioquia, Colômbia (c. 1888-1958)

A terapia ocupacional foi introduzida como profissão na Colômbia na segunda metade da década de 1960. No entanto, práticas anteriores que incorporaram ocupações no tratamento da loucura têm sido pouco estudadas. Análises históricas localizam a ocupação de alienados em trabalhos e distrações como uma prática difundida, convergem na vinculação de sua origem com o tratamento moral do alienismo europeu e apontam a importância de considerar fatores sociais, políticos, culturais e econômicos presentes em sua apropriação em contextos particulares. Esta pesquisa examina o trabalho e outras ocupações na abordagem de pessoas que foram internadas no Manicômio Departamental de Antioquia, em Medellín, Colômbia, durante a existência desta instituição. Regulamentos, relatórios, literatura científica, imprensa, imagens, prontuários médicos e referenciais utilizados pelos médicos compõem o arquivo de fontes primárias. Outros estudos históricos foram fontes secundárias. O relato enfoca o uso de ocupações no Manicômio, procurando identificar suas transformações e colocá-las no contexto de suas condições sociais de produção. O início do período de estudo se situa por volta de 1888, quando a Academia de Medicina de Medellín recomendou a oferta de condições adequadas para o tratamento, incluindo espaços para a ocupação dos doentes. O fechamento ocorre em 1958, no contexto da transição entre o Manicômio e o Hospital Psiquiátrico, quando foi constituído o Departamento de Ergoterapia. Foram identificados três períodos: em condições ambientais adequadas... oficinas, pomares e locais de recreação na criação do Manicômio (c.1888-1904); ocupação para os alienados calmos (1904-1948) e a chegada da ergoterapia / terapia ocupacional (1948-1958). No primeiro período, a ocupação dos doentes mentais é sugerida como parte do tratamento que ocorrerá por meio do confinamento em um asilo convenientemente projetado e construído. O tratamento combina assistência caritativa com assistência médica, fundindo elementos de ambas as perspectivas. No segundo período, a ocupação dos alienados tranquilos foi instituída. A ocupação, em particular o trabalho, transita entre grande remédio para a loucura, meio moral de tratamento, ajuda para a manutenção da instituição e modo de vida em confinamento. O tratamento é estruturado pela combinação de meios físicos e morais, entre eles a ocupação, tomando elementos do alienismo francês. As teorias da degeneração, a crescente exclusão e segregação, o interesse médico no desenvolvimento de tratamentos biológicos e somáticos, gradualmente, oferecem espaço para que a ocupação se torne um modo de vida em confinamento. No terceiro período, a ocupação configura-se como um método sistemático de tratamento psiquiátrico e psicoterapêutico que é denominado laborterapia, ergoterapia, terapia ou terapêutica ocupacional. Sua eficácia é condicionada por uma aplicação metódica sob direção médica e com ela aspira-se apoiar processos psicoterapêuticos, restaurar a capacidade produtiva e as relações interpessoais e garantir a autossustentabilidade da instituição. Para afirmar seu caráter científico, baseia-se, principalmente, na terapia ocupacional estadunidense e na terapia ativa alemã. O método usa o trabalho autêntico como ocupação preferida, priorizando oficinas industriais semelhantes às linhas de produção muros afora. Essa proposta, consolidada no Departamento de Ergoterapia, surge de um novo movimento caritativo e se desenvolve no contexto de transição impulsionado pela cooperação internacional no período pós-Segunda Guerra Mundial. A ergoterapia foi um elemento-chave na legitimação da instituição e do conhecimento médico-psiquiátrico no tratamento da doença mental, o que teria adiado a chegada à Colômbia da terapia ocupacional como profissão.

Palavras-chave: História; Instituições Psiquiátricas; Ocupação; Trabalho

Thinking Historically about Occupational Therapy: Work and other Occupations in the Departmental Madhouse of Antioquia, Colombia (c.1888-1958)

Occupational therapy was introduced as a profession in Colombia in the second half of the 1960s. However, earlier practices that incorporated occupations in the treatment of madness have been seldom studied. Historical analyses place the occupation of the alienated in work and diversions as a widespread practice, converge in linking its origin to the moral treatment of European alienism, and highlight the importance of considering social, political, cultural, and economic factors in its appropriation in specific contexts. This research examines work and other occupations in the care of people institutionalized in the Departmental Madhouse of Antioquia, in Medellín, Colombia, during the existence of this institution. An archive of primary sources was built, including regulations, reports, scientific literature, press, images, medical records, and reference materials used by physicians. Other historical studies served as secondary sources. The account focuses on the use of occupations in the Madhouse, seeking to identify their transformations and situate them in the context of their social conditions of production. The studied period begins around 1888, when the Academy of Medicine of Medellín recommended providing adequate environmental conditions for treatment, including spaces for the occupation of the insane, and ends in 1958, during the transition from Madhouse to Mental Hospital, when the Department of Ergotherapy was created. Three periods are identified within this span: adequate environmental conditions—workshops, gardens, and recreation areas—at the creation of the Madhouse (c.1888–1904); occupation for the tranquil insane (1904–1948); and the arrival of ergotherapy/occupational therapy (1948–1958). In the first period, the occupation of the insane is suggested as part of the treatment to be carried out through seclusion in a conveniently designed and constructed asylum. The treatment blended elements of charitable assistance and medical care. In the second period, the occupation of the tranquil insane was instituted. Occupation, particularly work, shifted between being the great remedy for madness, a moral means of treatment, an aid for sustaining the institution, and a way of life in confinement. Treatment was structured by combining physical and moral means, among them occupation, drawing on elements of French alienism. Degenerationist theories, growing exclusion and segregation, and medical interest in developing biological and somatic treatments created the conditions for occupation to become a way of life in confinement. In the third period, occupation was configured as a systematic method of psychiatric and psychotherapeutic treatment referred to as labor therapy, ergotherapy, occupational therapy, or occupational therapeutics. Its effectiveness depended on methodical application under medical supervision, aiming to support psychotherapeutic processes, restore productive capacity and interpersonal relationships, and ensure the institution's self-sufficiency. To affirm its scientific nature, it drew primarily on U.S. occupational therapy and German active therapy. Preferred occupations involved authentic work, with priority given to industrial workshops resembling Antioquia's production lines. This proposal, consolidated in the Department of Ergotherapy, emerged from a new charitable movement and unfolded in a context of transition driven by post-World War II international cooperation. Ergotherapy was key in legitimizing the institution and psychiatric-medical knowledge in the treatment of mental illness, which may have delayed the arrival of occupational therapy as a profession in Colombia.

Keywords: History; Psychiatric Institutions; Occupation; Work

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Juego de elementos que configuraron el trabajo de las personas internadas en instituciones mentales en el siglo XIX y la primera mitad del XX.	30
Gráfico 2 – División político-administrativa de los Estados Unidos de Colombia.	49
Gráfico 3 – Esquema de tratamiento proyectado para el Manicomio Departamental de Antioquia.	109
Gráfico 4 – Departamento de Ergoterapia en la cadena de tratamientos del Manicomio/Hospital.	175
Gráfico 5 – Estructura, medios y fines del Departamento de Ergoterapia.	176

LISTA DE FOTOGRAFÍAS

Fotografía 1 – Sumario del volumen 8, números 9 y 10, 1958, revista Antioquia Médica.	36
Fotografía 2 – Ordenanza 8ª (de 20 de junio de 1904) sobre Manicomio Departamental.	37
Fotografía 3 – Sala de lectura de la biblioteca del Centro Cultural Comfama Aranjuez, en las antiguas instalaciones del Manicomio Departamental de Antioquia.	40
Fotografía 4 – Fachada y puerta de ingreso al Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín.	45
Fotografía 5 – Casa de Huérfanos de Medellín, 188?	57
Fotografía 6 – Plaza Principal, Medellín, 1891.	60
Fotografía 7 – Ubicación del Manicomio Departamental de Antioquia en la loma de Bermejál, antes de 1900, según dibujo de Bernardo María Quiroz Torres (1989).	64
Fotografía 8 – Plano del Manicomio Departamental de Antioquia, publicado en la Memoria del Gobernador de 1892.	66
Fotografía 9 – Epifanio Mejía en el Manicomio Departamental de Antioquia, 1895.	72
Fotografía 10 – Vista de los enajenados, Manicomio de Medellín, 1910.	74
Fotografía 11 – Manicomio de Medellín [1910].	82
Fotografía 12 – Segundo Congreso Médico Nacional, 1913.	86
Fotografía 13 – Vista general del Manicomio, 1916.	99
Fotografía 14 – Extractos del manual Instrucciones para los enfermeros y vigilantes de manicomios, traducción publicada en 1915 para uso en el Manicomio Departamental de Antioquia.	103
Fotografía 15 – Un grupo interesante de Alienados, 1921.	113
Fotografía 16 – En el Departamento de Mujeres, 1921.	118
Fotografía 17 – Jardín interior del Manicomio, 192?	122
Fotografía 18 – Patio del Buen Pastor, Manicomio de Medellín (Dibujo de un paciente, 1954).	126
Fotografía 19 – Entorno del Manicomio Departamental de Antioquia entre 1920 y 1950, según dibujo de Bernardo María Quiroz Torres (1989).	129
Fotografía 20 – Titular de prensa. Diario El Colombiano, 18 de marzo de 1948.	132
Fotografía 21 – Patio de San José del viejo Hospital Mental.	135
Fotografía 22 – Staff del Hospital Mental, 1958.	138
Fotografía 23 – Entrega de discoteca para el Manicomio.	140
Fotografía 24 – Uno de los salones de la Ergoterapia, elaborando cajas de cartón.	143

Fotografía 25 – Panorámica del nuevo Hospital Mental, 1958.	145
Fotografía 26 – La música de cuerda para Arturito es indispensable.	148
Fotografía 27 – Magníficos resultados ha dado la campaña sobre el manicomio.	149
Fotografía 28 – Los tabacos para el gasto del Hospital, se elaboran allí mismo.	151
Fotografía 29 – Medica antioqueña viajará para especializarse en ergoterapia.	157
Fotografía 30 – Luzmila Acosta Rave, encabezando un reportaje publicado en la Revista Cromos, 1958.	158
Fotografía 31 – Luzmila Acosta Rave en la Universidad de Maryland, c. 1957.	159
Fotografía 32 – Luzmila Acosta con algunos pacientes y personal del Manicomio/Hospital en actividades en la huerta, 1958.	161
Fotografía 33 – Pacientes fabricando cajas de cartón. Hospital Mental de Antioquia, 1961.	162
Fotografías 34 y 35 – Actividades del Departamento de Ergoterapia. Hospital Mental de Antioquia, 1961.	165
Fotografía 36 – El Baile, una de las principales recreaciones.	167
Fotografías 37 y 38 – Actividades del Departamento de Ergoterapia en el taller de confección. Hospital Mental de Antioquia, 1961.	169
Fotografía 39 – Pacientes trabajando en la lavandería. Hospital Mental de Antioquia, 1961.	171
Fotografía 40 – Pacientes trabajando en la lavandería. Hospital Mental de Antioquia, 1961.	179
Fotografía 41 – Actividad de baile en uno de los patios del nuevo Hospital Mental de Antioquia.	184

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 – Clasificación y tratamiento de personas internadas en el Manicomio Departamental de Antioquia, 1915.	104
Tabla 2 - Organización de grupos de pacientes, de acuerdo con su estado mental, en el Departamento de Ergoterapia.	178

TABLA DE CONTENIDO

1	<i>¿DE DÓNDE PARTE ESTA INVESTIGACIÓN?</i>	1
2	<i>A MANERA DE HISTORIOGRAFÍA SOBRE EL TRABAJO Y OTRAS OCUPACIONES DE PERSONAS INTERNADAS EN INSTITUCIONES MENTALES</i>	10
2.1	ESTUDIOS REALIZADOS POR TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN AMÉRICA LATINA	12
2.2	ESTUDIOS SOBRE EL TRABAJO EN INSTITUCIONES MENTALES DESDE LA DISCIPLINA HISTÓRICA	19
3	<i>LLEGANDO AL MANICOMIO DEPARTAMENTAL DE ANTIOQUIA</i>	32
4	<i>CONSTRUYENDO UNA HISTORIA POSIBLE</i>	39
4.1	FUENTES PRIMARIAS TRADICIONALES	41
4.2	HISTORIAS CLÍNICAS	45
4.3	URDIMBRE DEL RELATO	47
5	<i>CONTEXTO DE EMERGENCIA DEL MANICOMIO DEPARTAMENTAL DE ANTIOQUIA</i>	49
5.1	CARIDAD Y BENEFICENCIA EN LA BÚSQUEDA DEL ESTADO NACIONAL	49
5.2	UN LUGAR PARA LOS LOCOS EN ANTIOQUIA	54
6	<i>EN CONDICIONES DE MEDIO ADECUADAS... TALLERES, HUERTAS Y LUGARES DE RECREO EN LA CREACIÓN DEL MANICOMIO</i>	60
7	<i>OCUPACIÓN PARA LOS ENAJENADOS TRANQUILOS</i>	74
7.1	EN TORNO A UN HITO: LA ORDENANZA 8 DEL 20 DE JUNIO DE 1904	74
7.2	PRESERVACIÓN, CURACIÓN, UTILIDAD: EL TRABAJO TODO LO-CURA	83
7.3	MAS ALLÁ DEL GRAN REMEDIO, LA OCUPACIÓN DE LOS ENAJENADOS BAJO LA TUTELA MÉDICA	99
7.4	COMO EN CASA PROPIA: HACIENDO UNA VIDA POSIBLE EN EL MANICOMIO	124
8	<i>LLEGADA DE LA ERGOTERAPIA/ TERAPIA OCUPACIONAL</i>	132
8.1	EL CONTEXTO DE CRISIS DEL MANICOMIO	132
8.2	DE FRANCIA A ESTADOS UNIDOS	135
8.3	CARIDAD CON ROPAS NUEVAS	140
8.4	LABORTERAPIA, MELOTERAPIA Y SANAS DIVERSIONES: EN CONTRA DE LA OCIOSIDAD MÁS ABSOLUTA	144
8.5	EL LUGAR DE LA LABORTERAPIA/ERGOTERAPIA	149
8.6	ENTRE ERGOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL: LA CLAVE DE LUZMILA ACOSTA RAVE	156
8.7	VIEJOS CONOCIDOS: LOS REFERENTES IMPORTADOS	163

8.8 UN SERVICIO CONFORMADO POR SECCIONES; UN SISTEMA DE TRATAMIENTO, ESTUDIO Y REHABILITACIÓN, UNA UNIDAD QUE PRESTA SERVICIOS DE TERAPIA OCUPACIONAL	175
8.9 ¿LABORTERAPIA, ERGOTERAPIA O TERAPIA OCUPACIONAL?	181
9 PARA CERRAR... Y CONTINUAR	185
REFERENCIAS	190
ANEXO 1. FUENTES PRIMARIAS ESCRITAS – INFORMES, PUBLICACIONES MÉDICAS.....	212
ANEXO 2. FUENTES PRIMARIAS - PRENSA	224
ANEXO 3. FUENTES PRIMARIAS PLÁSTICAS.....	229
ANEXO 4. RECREACIÓN DE UNA FICHA DEL DEPARTAMENTO DE ERGOTERAPIA, 1961.....	233

1 ¿DE DÓNDE PARTE ESTA INVESTIGACIÓN?

Los orígenes y recorridos de la terapia ocupacional en el mundo han sido un asunto de interés para la profesión; estudiarlos ha sido fundamental para conocer, comprender y reflexionar acerca de sus cimientos, principios, transformaciones, identidades, problemáticas y tendencias. Aun así, la historia ha ocupado un lugar marginal en el conocimiento y los currículos de terapia ocupacional. Como lo señala Rafael Huertas García-Alejo (2001a) para la psiquiatría, pero también pertinente para nuestro caso, la historia puede llegar a cumplir un papel epistemológico clave en la comprensión de la razón de ser de las teorías y las prácticas que hoy aceptamos, discutimos, o consensuamos, esto es, para comprender por qué hacemos lo que hacemos y decimos lo que decimos –con todas sus controversias y variantes– las y los terapeutas ocupacionales.

En Colombia, hasta el año 2014, las experiencias eran escasas. Algunas terapeutas ocupacionales se habían interesado en desarrollar ejercicios de documentación de la profesión con perspectivas históricas, entre los cuales se identifican los publicados por Alicia Trujillo Rojas (1989; 2002) y Olga Luz Peñas Felizzola (2005), que aluden al desarrollo del conocimiento y la práctica de la terapia ocupacional en el país, aunque se centran en la experiencia y la visión desde la capital, Bogotá, y en la primera escuela de formación, la de la Universidad Nacional de Colombia. En referencia a los diferentes programas académicos, los trabajos de María Cristina París (1991), María del Rosario Ángel (1991), María Emma Angulo (1991) y Olga Luz Peñas-Felizzola (2006) presentaron cronologías sucintas de sus recorridos y aportes a la profesión.

Ante la proximidad de la celebración de los cincuenta años del inicio de la formación profesional en Colombia¹, en el 2014, junto a mis colegas Aleida Fernández, Solángel García y Jaqueline Cruz, formulamos el macroproyecto *Historias de Terapias Ocupacionales en Colombia*. Tal iniciativa impulsó este campo de estudios y promovió el trabajo de grupos de investigación en escuelas de terapia ocupacional de diferentes lugares del país, un proceso que hemos documentado en diversas producciones (Duarte Cuervo, Cruz Perdomo, García Ruiz y Fernández Moreno, 2024; García Ruiz, Cruz Perdomo, Duarte Cuervo y Fernández Moreno, 2022). De allí se derivaron, al menos, cuatro líneas de estudio: reconstrucción de recorridos

¹ Celebrado en el año 2016.

locales o regionales de la formación y las prácticas profesionales; análisis de la configuración de los campos de ejercicio profesional; análisis históricos con perspectiva de género, y análisis histórico de las prácticas precursoras (Cruz, Duarte, García y Fernández, 2018). Cada una de ellas abre puertas a nuevas preguntas e intereses; esta investigación se inserta en la cuarta línea.

Ya en el doctorado, las inquietudes investigativas que emergieron con esa experiencia resonaron y se encuadraron en las discusiones sobre el lugar social de la profesión que ocupan a la línea “Redes sociales y vulnerabilidades”, del Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de São Carlos, que con convicción ha adoptado la mirada histórica en el camino hacia esa comprensión. En ese sentido, mis primeras recusas a usar el término ocupación y, luego, el lugar que terminó “ocupando” en esta investigación, se sintonizan y esperan contribuir a los debates en torno al hacer de la terapia ocupacional. En Brasil, tales debates e incomodidades ya se anunciaban desde la década de 1980 y han sido fundamentales en la concepción y la fundamentación de la terapia ocupacional social (Malfitano, Borba y Lopes, 2023); en Colombia, esos cuestionamientos apenas empiezan a asomarse en nuestras discusiones.

El análisis de las prácticas precursoras de la terapia ocupacional en Colombia, como tema general de este trabajo, sigue las pistas que trazó inicialmente la profesora Alicia Trujillo Rojas (1989; 2002) y que luego, desde el grupo de Historias de las Terapias Ocupacionales en Colombia, decidimos perseguir a través de un ejercicio investigativo cuyo resultado plasmamos en el artículo “Precursores de la terapia ocupacional en Colombia: sujetos, instituciones, oficios” (Duarte-Cuervo, Fernández-Moreno, Cruz-Perdomo y García-Ruiz, 2016).

En sus dos publicaciones, Trujillo buscaba ofrecer una retrospectiva histórica de la terapia ocupacional en el país, que permitiera “observarla como una totalidad y apreciar su estado de desarrollo, su estructura y la dinámica de sus procesos” (Trujillo, 1989, p. 11). De manera que identificó cuatro momentos, al primero de los cuales denominó “precursor disciplinar empírico: la laborterapia” (Trujillo, 1989, p. 12) o “fase precursora” (Trujillo Rojas, 2002, p. 472). Para la autora, tal momento se extiende entre comienzos del siglo XX, cuando “surgió [en Colombia] la ‘laborterapia’ como forma empírica de atender los problemas de salud mental, las deficiencias sensoriales y el retardo mental” (Trujillo Rojas, 2002, p. 474) y 1966, año en que se creó el primer programa de formación de terapeutas ocupacionales en la Universidad Nacional de Colombia. Aunque esta fase es la que menos desarrolla en los textos, de su análisis

pueden identificarse unas prácticas, algunas instituciones en las que se realizaban, unos sujetos a quienes se dirigían y unos propósitos que perseguirían.

A partir de los relatos de otros autores², la autora identificó la presencia de “experiencias de laborterapia, ludoterapia o ergoterapia” en las “casas para enfermos mentales de Medellín”, el Instituto San Camilo de Bucaramanga, el Asilo de Locas de Bogotá³, así como iniciativas de “adiestramiento en oficios y actividades manuales” en “las instituciones privadas, religiosas y de beneficencia y las organizaciones voluntarias vinculadas con las poblaciones de ciegos y sordos y con el retardo mental”, de las cuales menciona a la Asociación Nacional para el Niño Retardado⁴ (Trujillo, 1989, p. 12; Trujillo Rojas, 2002, p. 475).

Trujillo no se ocupa de delimitar el concepto de laborterapia, de manera que traer aquí la definición del psiquiatra Henrique de Oliveira Mattos (1929) resulta orientador. Esta corresponde a:

Todas las medidas tomadas para llevar a un paciente al trabajo, con cuya ejecución esperamos alcanzar una influencia benéfica sobre su estado; es un tratamiento dirigido a obtener mejoras e, incluso, curar⁵. (p. 19, traducción propia)

Cabe agregar que las palabras *laborterapia* y *ergoterapia* se refieren, en su etimología, al tratamiento mediante el trabajo; como puede notarse, además, circulan en el campo de la psiquiatría.

Aunque Trujillo da a la laborterapia un lugar principal, también alude a la ludoterapia —en su etimología, terapia de juego—, las actividades recreativas y manuales y el adiestramiento en oficios. Esto guarda relación con una concepción ampliada de laborterapia que ofrece el

² Entre estas fuentes están, principalmente, los trabajos sobre historia de la psiquiatría en Colombia del psiquiatra Humberto Rosselli Quijano (1968; 1987), además del texto “Casas para alienados mentales en Medellín”, escrito por el médico Lázaro Uribe Cálad (1958), quien fue director del Manicomio Departamental de Antioquia entre 1920 y 1946. También se cita la tesis “Desempeño educacional y ocupacional de personas con enfermedad motriz cerebral”, elaborada por Marta Janeth Beltrán y Olga Buriticá para obtener el título de licenciadas en terapia ocupacional de la Universidad Nacional de Colombia.

³ Trujillo (2002) ubica el inicio del servicio de laborterapia en ese establecimiento en la dirección de Edmundo Rico (1942-1950). Cabe agregar que, de acuerdo con Ospina Martínez (2006), para esta época la institución ya habría cambiado su nombre, al menos formalmente, al de Frenocomio de Mujeres. Esta autora vincula tal situación con la tardía medicalización de los establecimientos de este tipo destinados a las mujeres, en comparación con aquellos para hombres, lo que asocia a una comprensión generizada de la locura femenina.

⁴ Alicia Trujillo sitúa la creación de este programa en 1954, citando a Beltrán y Buriticá (1985), quienes a su vez citaban a Umaña (1971).

⁵ En el original: “*todas as medidas que são tomadas para levar um paciente ao trabalho, com a execução do qual esperamos alcançar uma influência benéfica sobre seu estado; é um tratamento, no intuito de se obter melhoras e mesmo a cura*” (Oliveira Mattos, 1929, p. 19).

Tratado de psiquiatría de Antonio Vallejo Nagera (1945, *apud* Conseglieri, 2008), en el cual se describen así sus diferentes modalidades:

Los trabajos manuales (trabajos domésticos, como en la cocina, despensa, lavandería y costura; trabajos agrícolas como granja, huerta, parque o jardín; manufacturas como talleres carpintería, sastrería, panadería; trabajos de construcción o albañilería), trabajos intelectuales (oficinas del hospital o auxiliares de los practicantes), o la ocupación de los enfermos en las horas de descanso (juegos sencillos, teatro, cine). (p. 142)

Las tres primeras instituciones que identifica Trujillo estaban dirigidas a la atención de personas “con problemas de salud mental”, en tanto las últimas se dirigían a las “poblaciones ciegas, sordas y con retardo mental”, lo que en nuestro lenguaje actual denominaríamos “personas con discapacidad”. Mientras para las personas con enfermedad mental, la autora vinculó estas prácticas con el propósito de “abordar los problemas de manejo diario”, en las otras distinguió un interés en el concepto de “adiestramiento vocacional como respuesta a la integración social para estos grupos” (Trujillo, 1989, p. 12; Trujillo Rojas, 2002, p. 475). Finalmente, sus indagaciones apuntaron a “esbozos de reconocimiento [...] sobre el valor de la ocupación para la rehabilitación, la integración social, la utilización del tiempo y la productividad” (Trujillo Rojas, 2002, p. 473-475).

Retomando tales indicios, nuestro ejercicio de 2016 se propuso ampliar la indagación de las prácticas, las instituciones y los sujetos, para ahondar en la comprensión del lugar dado a la ocupación en la atención de poblaciones históricamente marginalizadas en Colombia, antes de que llegara al país la terapia ocupacional (Duarte-Cuervo, Fernández-Moreno, Cruz-Perdomo y García-Ruiz, 2016).

Soportadas en estudios históricos disponibles y algunas pocas fuentes primarias, la búsqueda nos llevó a formas de trabajo e instrucción en oficios presentes desde el siglo XVII y que resultan más visibles para el siglo XIX e inicios del XX. Estas tenían lugar en establecimientos destinados a la atención de poblaciones consideradas peligrosas u objeto de la caridad o la beneficencia, como la infancia pobre o abandonada, las mujeres “descarriadas”, los mendigos, las personas que contravenían la ley y con discapacidad, entre otras. Además de instituciones de naturaleza similar a las señaladas por Trujillo, se identificaron otras, dentro de las cuales se destacan los hospicios; los orfelinatos, asilos, escuelas y talleres para la infancia pobre, y las casas de corrección y de reclusión (Duarte-Cuervo, Fernández-Moreno, Cruz-Perdomo y García-Ruiz, 2016).

Respecto a las instituciones mentales, lo recabado nos mostró apenas algunos indicios contradictorios que dejaron preguntas abiertas sobre el lugar que ocupó la práctica de diferentes oficios manuales, domésticos, agrícolas y actividades recreativas en los primeros establecimientos de esta naturaleza a finales del siglo XIX e inicios del XX en Colombia, y sobre la posible influencia del tratamiento moral –movimiento relacionado con los orígenes de la Terapia Ocupacional en Estados Unidos de América– en el pensamiento médico colombiano de la época. Estas cuestiones expusieron la necesidad de identificar registros de archivo que permitieran responderlas en investigaciones futuras. A su vez, la pesquisa reiteró los hallazgos de Trujillo sobre experiencias aisladas en las que ya se hablaba de ocupar a los pacientes en talleres y actividades recreativas como formas de laborterapia y ergoterapia hacia mediados del siglo XX (Duarte-Cuervo, Fernández-Moreno, Cruz-Perdomo y García-Ruiz, 2016).

Las fuentes revisadas nos mostraban otras formas de valoración del trabajo y los oficios en las instituciones proyectadas para atender los problemas sociales, donde se constituían en medios para la prevención y la corrección del ocio y la vagancia; para enmendar faltas, reformar costumbres y acceder a la moral católica; para reprimir comportamientos considerados anormales; para modelar sujetos productivos, útiles y obedientes, esto es, generar mano de obra para la productividad y el progreso, y hasta para contrarrestar los efectos de la degeneración de la raza. Al mismo tiempo, ayudaban a la manutención de los establecimientos, lo que reducía la carga económica que estos representaban, y buscaban proveer a las personas medios para su subsistencia. Nuestro análisis también daba cuenta de que fue en las instituciones mentales donde la ocupación en oficios y actividades, bajo la denominación de laborterapia o ergoterapia, entró en el repertorio de la cura (Duarte-Cuervo, Fernández-Moreno, Cruz-Perdomo y García-Ruiz, 2016).

Tal ejercicio fue otra forma de mirar hacia aquello que ya Trujillo había identificado; un viraje influenciado por la perspectiva crítica foucaultiana que venía sirviéndonos como referente y que nos condujo a advertir relaciones de saber-poder que suelen permanecer ocultas en narraciones y visiones idealizadas y altruistas sobre historia de la profesión. Relaciones que, como lo han señalado varias autoras, con frecuencia rehúyen las y los terapeutas ocupacionales al mirar hacia su pasado (y su presente) (Ernst, 2018; Freebody, 2023; Laws, 2011; Nascimento, 1991).

Es necesario subrayar, no obstante, que los documentos reseñados se derivan de ejercicios exploratorios, acotados y soportados, principalmente, en estudios dispersos cosechados en la

historia de la psiquiatría o de la educación, lo que habla de las limitaciones y el carácter parcial de sus hallazgos, al tiempo que muestra la ausencia de estudios que aborden y profundicen en la ocupación de las personas internadas en instituciones asilares en Colombia. En este sentido, señalaba Trujillo (2002):

En Colombia, las fuentes que estudian las raíces sociales de la terapia ocupacional son casi inexistentes [...]. Este tema se constituiría en un valioso proyecto de investigación. Una profesión como la terapia ocupacional no puede sustraerse de reconstruir y entender la crucial influencia que las condiciones culturales y los eventos y coyunturas políticas, económicas, educativas, de salud y de trabajo han ejercido en su aparición y configuración. La identificación en tiempo y espacio, de hechos y modos de pensar acerca de la ocupación humana como fuente de bienestar es una estrategia potente para comprender la dinámica social en que se mueve la profesión y la evolución que ha tenido la causa de la terapia ocupacional. (p. 472-473)

Aún con estas limitaciones, estos antecedentes ponen sobre la mesa que a la terapia ocupacional le precede un saber que se construyó a partir de la ocupación de las personas internadas en instituciones asilares en diferentes oficios, trabajos o actividades. Una práctica esencial en esos establecimientos, como se evidencia en los conceptos de *institución total* y de *asilo*.

El concepto de institución total fue propuesto por el sociólogo Erving Goffman para designar un “lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman, 1961, p. 13). Asilo, entre tanto, en la elaboración del historiador David Rothman (2002) que aquí se adopta, abarca una serie de instituciones –prisiones, hospitales mentales, reformatorios y *almshouses*⁶– que comparten las siguientes características comunes: el confinamiento/encierro es su principal mecanismo de castigo y tratamiento; adoptan el mismo patrón de organización, congruente con lo que Goffman definió como instituciones totales; están apartadas de la sociedad y separan a las personas internadas del exterior; en ellas, las actividades diarias se organizan en rutinas definidas que se administran y se siguen escrupulosamente; la rutina diaria tiene como centro “los principios de trabajo y soledad, de trabajo estable y aislamiento”⁷, mecanismos a través de los cuales se promete “transformar el carácter del recluso para que dejara la institución una

⁶ Consistentes con una de las acepciones de la palabra asilo en español, es decir: “Establecimiento benéfico en que se recogen menesterosos, o se les dispensa alguna asistencia” (Asilo, 2024). También podrían traducirse como hospicios o abrigos.

⁷ En el original: “at the core of the routine was a dedication to the principles of work and of solitude, of steady labor and of isolation” (Rothman, 2002, p. xxix).

persona diferente”⁸; por último, en general, estuvieron destinadas a aquellas personas ubicadas en los estratos más bajos de la escala social (Rothman, 2002, p. xxix, traducción propia).

En estos conceptos y en los textos reseñados previamente es evidente la centralidad del trabajo, si bien se trata de una concepción particular y amplia de esta actividad humana, justamente por llevarse a cabo en un espacio definido por el confinamiento y orientado, en primera instancia, a la transformación de los sujetos, más que a la producción económica. En términos generales, esa concepción de trabajo en el asilo abarcaría lo que, en la antigüedad, Aristóteles diferenció como *labor* y *trabajo*; la primera, relativa a aquellas actividades realizadas para satisfacer necesidades básicas de supervivencia, como la producción de alimentos; lo segundo, a aquellas que se dirigen a la creación de un mundo artificial de cosas que mejoran la vida colectiva y tienen un valor en el ámbito público (Ernst, 2016a). Sin desconocer la utilidad de estas categorías, Ernst (2016a) subraya la importancia de considerar la diversidad de formas de comprender el trabajo a través del tiempo, teniendo en cuenta que los contextos históricos, sociales, políticos y culturales, así como las ideas y regímenes vigentes en cada tipo de asilo, influenciaron y dieron forma a sus distintas significaciones, permeando, a su vez, las maneras en que efectivamente se administró y se experimentó en los establecimientos.

Dicho lo anterior, es preciso recalcar que el trabajo no es el único tipo de actividad en la que se *ocupa* —en el sentido de “dar qué hacer o en qué trabajar” (Ocupar, 2024)— a las personas asiladas y que se administra u organiza dentro de la rutina diaria del confinamiento. Es por lo anterior que el objeto histórico que se aborda en esta investigación se singulariza como *trabajo y otras ocupaciones*.

¿Qué lugar se dio a la ocupación de las personas internadas en los asilos en Colombia? ¿Cómo se administraban el trabajo y otras ocupaciones en la cotidianidad de los asilos? ¿A quién? ¿Con qué propósitos? ¿Cuándo se empezaron a emplear la laborterapia, la ludoterapia, la ergoterapia en las diferentes instituciones colombianas? ¿Qué se entendía por cada una de esas formas de tratamiento? ¿Con qué ideas, saberes, intereses o perspectivas se relacionaban? ¿Cómo se apropiaron y se transformaron? ¿Con cuáles elementos sociales, políticos, económicos y culturales pueden relacionarse?

⁸ En el original: “*These mechanisms promised to transform the inmate’s character so that he would leave the institution a different person*” (Rothman, 2002, p. xxix).

Estas preguntas, además de ilustrar la dimensión de los relatos ausentes, también hacen eco de las críticas de Beatriz Nascimento (1991) respecto a los estudios históricos en terapia ocupacional, en tanto tensionan versiones sobre una historia lineal y progresiva en las que “la ocupación como forma de tratamiento es tomada como verdad eterna y natural”⁹ (p. 11, traducción propia), así como aquellas en las que la producción de saber se entiende como universal y autónomo respecto al desarrollo de la sociedad, a los intereses políticos y sociales contradictorios de determinados lugares y momentos históricos. En esta última línea, refiriéndose a la construcción de las ciencias y las disciplinas, afirma Gérard Fourez (1995) que “son las demandas sociales y las maneras a través de las cuales los grupos de personas procuran responder a ellas las que determinan poco a poco la fisionomía propia de las disciplinas”¹⁰ (p.120-121, traducción propia).

En otras palabras, tales interrogantes parten del presupuesto de que ocupar a las personas internadas en los asilos colombianos de la época no ocurrió de manera espontánea y natural, que no estaba determinado “naturalmente” que allí eso debiera ocurrir, sino que se dieron una serie de condiciones, intereses, ideas, necesidades, saberes, disputas, circunstancias, que lo hicieron posible y que, en cada contexto (país, ciudad, institución), le dieron a esa práctica unas características particulares.

Esas preguntas, en consecuencia, obedecen a la necesidad de conocer y visibilizar las dinámicas locales de emergencia y transformación de esa práctica social, incluyendo las formas de apropiación de ideas, teorías, tendencias y prácticas nacidas en otras latitudes. Se trata de reconocer la existencia de contextos históricos y geográficos particulares, pero también interdependientes, en una intención de continuar descolonizando nuestras historias, de reconocernos recíprocamente como parte del mundo y parte de la historia.

Finalmente, como se reafirmará en el siguiente capítulo, una de las características y limitaciones de los estudios de corte histórico que desde la profesión se han realizado alrededor de las prácticas precursoras, incluyendo nuestros propios trabajos, es su escaso uso de fuentes primarias y de archivo a partir de las cuales hacer y provocar lecturas alternativas a aquellas que otros y otras investigadoras, desde otros saberes, han hecho sobre el tema. He pretendido con este trabajo contribuir a llenar ese vacío, reconociendo las limitaciones de mi formación,

⁹ En el original: “*a ocupação como forma de tratamento é tomada como verdade eterna e natural*” (Nascimento, 1991, p. 11).

¹⁰ En el original: “*São as demandas sociais e a maneira pelas quais os grupos de pessoas procuram responder a elas que determinam pouco a pouco a fisionomia própria das disciplinas*” (Fourez, 1995, p. 120-121).

pero también las potencialidades de las aproximaciones multidisciplinarias a la historia (Huertas García-Alejo, 2001a) y de las posibilidades de ampliar, por esta vía, la comprensión sobre la conformación de nuestro saber y de nuestra profesión, así como de sus relaciones con la sociedad. En ese sentido, esta investigación se aproxima a los territorios de la historia – con el lente, limitado, por supuesto, de una terapeuta ocupacional interesada en la historia– y espera continuar provocando ese intercambio de saberes.

2 A MANERA DE HISTORIOGRAFÍA SOBRE EL TRABAJO Y OTRAS OCUPACIONES DE PERSONAS INTERNADAS EN INSTITUCIONES MENTALES¹¹

A los estudios sobre el pensamiento y la cultura histórica alrededor de un asunto, en el campo disciplinar de la historia, se les denomina historiografía; esta, en términos generales, se ocupa del análisis de los textos producidos a partir de estudios históricos y de otras formas de evocación y representación del pasado (Tovar Zambrano, 1994). En este caso, una aproximación de ese tipo al conocimiento existente es útil para delimitar la investigación y elaborar un marco de comprensión del objeto el estudio. Este capítulo, entonces, explora cómo otras personas, desde la terapia ocupacional y la historia profesional, han estudiado e interpretado el tema del trabajo y otras ocupaciones en asilos, qué preguntas, respuestas y perspectivas dejan ver estas miradas, qué conceptos, métodos y fuentes han usado.

Esta aproximación historiográfica, como lo muestra el título de este capítulo, empieza por circunscribirse a un tipo de institución, aquella destinada a la atención de la enfermedad mental. Se trata de una delimitación práctica y necesaria, que fue haciéndose más clara a medida que avanzaba en la investigación, no solo porque abarcar el estudio histórico de los diferentes tipos de asilos es una tarea monumental que excede mis posibilidades, sino porque es en las instituciones mentales donde tradicionalmente se sitúa el hito precursor de la terapia ocupacional; esto salta a la vista en las indagaciones históricas realizadas por terapeutas ocupacionales que se presentan en este capítulo y en el anterior.

Aun así, aunque escape al alcance de esta tesis, considero importante seguir estudiando el trabajo y la ocupación de personas internadas en instituciones asilares de diferente naturaleza; pienso que esto es necesario para comprender la configuración histórica del saber y la práctica de la terapia ocupacional. Así como la historia de la psiquiatría está ligada a la historia de la locura/enfermedad mental, considero que la historia de la terapia ocupacional está unida a la de la desafiliación y la cuestión social¹², de manera que no basta con estudiar la ocupación y el

¹¹ Una versión adaptada de este capítulo se publicó en los Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional bajo el título “Trabajo y otras actividades en instituciones mentales: una aproximación historiográfica” (Duarte Cuervo y Lopes, 2024).

¹² Definida por Castel (1997) como “una aporía fundamental en la cual una sociedad experimenta el enigma de su cohesión y trata de conjurar el riesgo de su fractura. Es un desafío que interroga, pone de nuevo en cuestión la capacidad de una sociedad (lo que en términos políticos se denomina una nación) para existir como un conjunto vinculado por relaciones de interdependencia” (p. 16-17). Refiere el autor que en la sociedad liberal, alrededor de 1830, el término se usa “a partir de la toma de conciencia de las condiciones de vida de poblaciones que eran a la vez agentes y víctimas de la revolución industrial. [...] Un momento esencial, en que apareció un divorcio casi total entre un orden jurídico-político fundado sobre el

trabajo de personas internadas en instituciones mentales, como se ha señalado, esta fue una práctica común en los diferentes tipos de asilos.

La aproximación historiográfica que se presenta a continuación abarca dos niveles: estudios realizados por terapeutas ocupacionales en América Latina; y estudios desde la historia en diferentes lugares del mundo. Para el primer grupo, los textos que se analizan fueron identificados partiendo de la indagación de Gustavo Monzeli (2021) para su tesis doctoral; se incluyeron otros documentos que circulan y se citan entre investigadoras e investigadores que nos hemos interesado en los estudios históricos de la región. Para el segundo, el punto de partida fue el libro *Work, psychiatry and society, c. 1750–2015*, editado por Waltraud Ernst (2016c) en Inglaterra y que hace un recorrido por experiencias de diferentes lugares del mundo; a partir de dicha obra y de mi participación en el Seminario Historia de la Psiquiatría y la Salud Mental en el Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín¹³, se rastrearon otros estudios relevantes en América Latina.

Antes de continuar, es pertinente aclarar que, como se verá, la historiografía muestra diferentes maneras de referirse a la enfermedad mental: locura, sinrazón, enajenación, alienación, demencia, entre las más frecuentes. Estos términos suelen manejarse como sinónimos, si bien cada uno se vincula con maneras particulares de comprenderla. Al respecto, Huertas García-Alejo (2010) señala que el médico francés Phillipe Pinel estableció

una diferenciación clara entre locura —concepto social y cultural— y alienación (*alienation*) mental, noción mediante la cual los trastornos mentales entran de lleno en la jurisdicción del médico [...] la sustitución de *fou* (loco) o *insensé* (insensato, carente de sentido) por *aliéné* (extranjero), indica una ruptura radical con las visiones pretéritas de la locura: el alienado es un extranjero de sí mismo que conserva, no obstante, un núcleo inalienable de humanidad; gracias al cual se podrá establecer algún tipo de relación ‘transferencial’ que permita desarrollar una suerte de terapéutica: el tratamiento moral. (p. 22)

De ahí que el uso del término *alienación* —y la concepción de enfermedad mental que encierra— se relacione con la institución creada para su tratamiento. El término *enajenación*,

reconocimiento de los derechos del ciudadano, y un orden económico que suponía miseria y desmoralización masivas” (p. 17). Esto supuso que “lo ‘social’ debía desplegarse en el espacio intermedio, restaurar o establecer vínculos que no obedecían a una lógica estrictamente económica ni a una jurisdicción estrictamente política. Lo ‘social’ consiste en sistemas de regulación que no son los del mercado, instituidos para tratar de llenar esta brecha. En ese contexto, la cuestión social se convertía en la cuestión del lugar que podían ocupar en la sociedad industrial las franjas más desocializadas de los trabajadores. La respuesta a esta cuestión fue el conjunto de dispositivos montados para promover su integración.” (p. 17). Estas conceptualizaciones son pertinentes para el contexto de emergencia del asilo y sus estrategias de tratamiento.

¹³ Espacio al que, con motivo de mis indagaciones en el Laboratorio de Fuentes Históricas, fui invitada por el profesor Alejandro Salazar. El seminario se realizó en el segundo semestre de 2022 y durante el año 2023.

entre tanto, usado comúnmente en Colombia y entendido como estar “fuera de sí”, pareciera estar cercano al de alienación, en tanto demencia se referiría al debilitamiento de las facultades mentales (Barrios López y Márquez Valderrama, 2019).

2.1 ESTUDIOS REALIZADOS POR TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN AMÉRICA LATINA

“Las ocupaciones y el trabajo como forma de control social y de atención a la locura”¹⁴ en instituciones asilares es señalado por Monzeli (2021, p. 92, traducción propia) como un hito importante en el abordaje de las historias de la terapia ocupacional en América Latina. En las indagaciones para su tesis, además de los textos reseñados en el capítulo anterior sobre Colombia, identifica estudios realizados por colegas en los cuales se evocan esas prácticas como parte del pasado que antecede la llegada de terapeutas ocupacionales y el inicio de la formación en terapia ocupacional en los países de la región. Estos se refieren a Chile, Argentina y Brasil.

Silvia Gómez Lillo¹⁵ (2012), como parte de su relato acerca de los cincuenta años de recorrido de la terapia ocupacional en Chile, menciona la defensa del tratamiento moral y de la laborterapia en los textos de algunos psiquiatras chilenos alrededor de 1930, sin hacer alusión a prácticas concretas.

El tratamiento moral se refiere a una forma de atención a la locura que emergió en Europa a finales del siglo XVIII, dando origen al primer alienismo, precursor de la psiquiatría. Los principios del tratamiento moral se plasmaron en una serie de tratados, entre los más conocidos, los escritos por los médicos Phillipe Pinel, francés, y William Tuke, inglés, los cuales incorporaron el ejercicio, el entretenimiento, el trabajo o la ocupación del alienado entre los medios para procurar su mejoría o lograr la curación (Freebody, 2016).

Por otra parte, de manera breve y sin detalles acerca de las fuentes utilizadas como referente, el relato de Elizabeth Gómez Mengelberg¹⁶ (2007) sobre la ocupación de “dementes” en la historia

¹⁴ En el original: “*As ocupações e o trabalho como formas de controle social e de atenção à loucura*” (Monzeli, 2021, p. 92).

¹⁵ Kinesióloga y terapeuta ocupacional chilena, con formación en su país y en Argentina. Docente de la Universidad de Chile desde 1968, directora del programa de Terapia Ocupacional de la misma universidad por casi dos décadas y con una participación notable en la actividad gremial. Ha acompañado de cerca y estudiado los recorridos de la terapia ocupacional chilena (Morrison Jara, Olivares Aising, Graus Ramírez, Cifuentes Lucero *et al.*, 2016).

¹⁶ Terapeuta ocupacional argentina con formación posgraduada en metodología de la investigación y un largo recorrido profesional en el campo de la salud mental en su país. De acuerdo con su perfil en la Revista Argentina de Terapia Ocupacional [2024], es docente universitaria en la Universidad de San Martín y jefe de sección en el Hospital Borda, en Buenos Aires, al que hacen referencia los antecedentes que reseña en el trabajo de su autoría que aquí se cita.

del Hospital Borda de Buenos Aires, Argentina, permite ver tres momentos: primero, la selección de pacientes para la plantación de arboledas alrededor de 1800; luego, la organización del trabajo como recurso terapéutico y la instalación de talleres para tareas manuales a partir de la década de 1870; finalmente, por un tiempo indeterminado que empieza en 1892, la organización de la institución sobre la base del trabajo, con talleres que lo abastecían y dejaban algún beneficio económico para los internos. Concluye que mantener a estas personas en ocupaciones o realizando actividades fue una constante en el transcurrir de los años, fundamentada en cada época por las corrientes y conceptos vigentes; así, en el segundo momento relaciona las prácticas con los “dictados de Pinel”—con lo cual estaría refiriéndose a las ideas del médico francés Phillipe Pinel sobre el tratamiento moral de la locura— y en el tercero con un concepto de salud asociado a la productividad, donde la inserción social y laboral ganaba importancia (Gómez Mengelberg, 2007, p. 26).

También sobre este país, es relevante la conferencia de Daniela Testa¹⁷ (2017) “La terapia ocupacional antes de la terapia ocupacional en Argentina. Antecedentes y delimitaciones de un campo de intervención en disputa (primera mitad del siglo XX)”. En este trabajo, la autora señala la existencia de numerosas referencias acerca de la utilización de la laborterapia en Argentina desde fines de siglo XIX y hasta mediados del siglo XX en cárceles, instituciones de beneficencia y hospitales, que dan cuenta de un consenso sobre su eficacia en la organización de la estrategia terapéutica institucional. Relaciona la continuidad de esta práctica con el valor moral y disciplinador del trabajo, las ventajas económicas de su implementación en las instituciones y la transformación en la concepción sobre la utilidad social del “lisiado”, de improductivo a potencialmente rehabilitable y susceptible de inserción laboral y social.

Se ocupa Testa (2017) en este análisis, a partir de documentos producidos por médicos de la época¹⁸, del encuentro entre saberes y prácticas en disputa durante la primera mitad del siglo XX en su país. En esta perspectiva, se refiere a la concurrencia del uso terapéutico de actividades (como la laborterapia) y la terapia ocupacional. En tal encuentro, donde en los conceptos y en las prácticas los límites resultan difusos y los términos se usan frecuentemente como sinónimos, se producen diferenciaciones: la laborterapia y el uso terapéutico de

¹⁷ Es licenciada en terapia ocupacional, argentina, con formación posgraduada en políticas y programas sociales y doctora en Ciencias Sociales. Por años ha realizado estudios con enfoque histórico sobre la terapia ocupacional en Argentina y América Latina. Ha desarrollado su práctica profesional en el campo de la salud mental y es docente en la Universidad Nacional de San Martín y la Universidad de Buenos Aires (Revista Argentina de Terapia Ocupacional, [2004?]).

¹⁸ Otra fuente relevante que refiere Testa es la tesis de licenciatura de la terapeuta ocupacional argentina Sara Daneri, titulada “Antecedentes de la Terapia Ocupacional en el Hospital José T. Borda., de la asunción del Dr. Domingo Cabred como director de la institución (1892) a la presencia efectiva del primer grupo de terapeutas ocupacionales (1960).”

actividades se asocian con pacientes mentales crónicos de los cuales se tiene una escasa expectativa de recuperación, mientras la terapia ocupacional se introduce como parte del discurso médico que promete la readaptación o la recuperación del potencial productivo de personas con limitaciones motrices, especialmente aquellas derivadas de las epidemias de poliomielitis.

El caso de Brasil resulta particular, pues allí los estudios sobre la materia tienen que ver con la crisis profesional de los años 1980 en este país, desencadenada por los cuestionamientos acerca del papel de la terapia ocupacional en la sociedad y relacionada con los movimientos de desinstitucionalización y crítica a las instituciones totales. En este contexto, se reconoció la necesidad de comprender las raíces de esa coyuntura, es decir, de analizar la inserción histórica de esta práctica social y sus transformaciones en el contexto político, económico y social brasileño. Con ello se advertían, adicionalmente, las limitaciones de los relatos históricos hegemónicos, pues resultaban descontextualizados, despolitizados y ajenos a las contradicciones propias de la estructura social en las que la profesión fue creada, que la han determinado y le han dado forma (Barros, Ghirardi y Lopes, 2002; Nascimento, 1991; Soares, 1991).

En consecuencia con esta postura, varias disertaciones de maestría de finales de la década de 1980 e inicios de los 90 aluden al trabajo terapéutico en instituciones de atención a la locura en tanto práctica precursora de la terapia ocupacional, esto es, como práctica social que, por suerte de procesos de profesionalización y en el contexto de la división social del trabajo, se transformaría en terapia ocupacional. Por su aproximación al tema, me referiré a los trabajos de Lea Beatriz Teixeira Soares (1987; 1991)¹⁹, Sandra Galheigo (1988)²⁰, Lilian Magalhães (1989)²¹ y Beatriz Nascimento (1991), aclarando que solo este último se centra en el análisis histórico del trabajo y la ocupación como formas de intervención de personas internadas en instituciones psiquiátricas durante el siglo XIX e inicios del XX.

¹⁹ La disertación de Soares (1987, 1991): *Terapia ocupacional. Lógica do capital ou do trabalho? Retrospectiva histórica da profissão no Estado brasileiro de 1950 a 1980* fue defendida en 1987 como disertación de Maestría en Educación en la Universidade Federal de São Carlos. Luego, en 1991, la editorial Hucitec la publicó como libro. Aunque esta investigación no se centra en ello, hace una breve exploración de las instituciones y prácticas asilares de atención a personas con incapacidades físicas, sensoriales y enfermedades mentales que antecedieron la rehabilitación.

²⁰ En esta disertación, Galheigo (1988) se propone analizar la reproducción del saber y el poder en terapia ocupacional, contrastando la producción de conocimiento teórico con la práctica terapéutico ocupacional cotidiana en instituciones, narrada por terapeutas ocupacionales en entrevistas e intercambios orales.

²¹ Interesa a Magalhães (1989) explorar los espacios contradictorios en los cuales se ha desenvuelto la terapia ocupacional en Brasil a lo largo de su historia, haciendo énfasis en aquellas personas que tratan (trabajadoras/es de salud, terapeutas ocupacionales), más que en los procedimientos que usan para tratar.

Sea que profundicen en mayor o menor grado en el tema, las autoras parten de ubicar las raíces del trabajo terapéutico en el tratamiento moral de la locura que se instala en Europa a finales del siglo XVIII, en un contexto de reorganización de las instancias de poder en la sociedad. Según narran, los primeros reflejos del tratamiento moral europeo en Brasil se identifican hacia mediados del siglo XIX, cuando comienzan a funcionar talleres de oficios artesanales en el Hospicio Don Pedro II²², en Rio de Janeiro, a lo que seguirían otras prácticas para la educación de los internos, que se nombran laborterapia, ergoterapia o praxiterapia²³, en hospicios de los estados de São Paulo, Pernambuco, Salvador y Rio Grande do Sul. Una discontinuidad en estas prácticas ocurre alrededor del cambio de siglo, pero se retoma pronto con la creación de colonias en las que las labores agropecuarias ocupan un lugar preferente entre las actividades asignadas a las personas internadas. Aunque este punto no se aborda en profundidad, este segundo apogeo del trabajo en las instituciones psiquiátricas transcurriría en paralelo al movimiento higienista, que habría influido en el crecimiento de instituciones penales y asilares en la primera mitad del siglo XX (Galheigo, 1988; Magalhães, 1989; Nascimento, 1991; Soares, 1991).

En este segundo momento, las colonias agrícolas vendrían a integrar un sistema de establecimientos destinados a enfermos mentales, en el que aquellas se pensaban para quienes se consideraban crónicos. A su vez, las actividades realizadas por las personas internadas se diferenciaban de acuerdo con el género, la clase y la condición social: por ejemplo, ocio para las más ricas y trabajo para indigentes y pobres (Magalhães, 1989; Nascimento, 1991). Todo ello tendría coherencia con una visión de la enfermedad mental permeada por las teorías eugénicas y de degeneración de corriente alemana, en la que la incurabilidad de la locura justificaba una función de tutela y segregación de las instituciones, más que terapéutica, y la participación de las personas internadas en la manutención de los establecimientos resultaba

²² Fue el primer establecimiento dedicado al tratamiento de alienados en Brasil, creado en 1841 y puesto en funcionamiento en las instalaciones construidas para ese fin en diciembre de 1852. En 1890, tras la proclamación de la República, pasó a denominarse Hospicio Nacional para Alienados; luego, en 1911, Hospital Nacional de Dementes y en 1927, Hospital Nacional de Psicópatas. Fue un núcleo importante para el desarrollo de la especialidad psiquiátrica y la enseñanza médica en Brasil, además de la principal institución mental del país por muchos años. En 1944, las personas que permanecían internadas en las instalaciones, ya casi en ruinas, fueron trasladadas a la Colonia de Jacarepaguá, también en el estado de Rio de Janeiro (Fundação Oswaldo Cruz [FIOCRUZ], [2024?]).

²³ Aunque el término más referido en los estudios analizados es “laborterapia”, también se usan ergoterapia y praxiterapia. Este último se emplea también en estudios históricos de Argentina (por ejemplo, Agüeros y Eraso, 1999; Vanadia, 2021). De acuerdo con Soares (1991), el tratamiento por el trabajo, con énfasis en actividades rurales y bajo la denominación de praxiterapia, se habría introducido en el Hospital de Juquery, en São Paulo, durante la administración del médico Antonio Carlos Pacheco y Silva (1923-1950) (Tarelow, 2011), lo que coincide temporalmente con el uso del término en colonias agrícolas para alienados de Argentina (Vanadia, 2021).

deseable. De esta manera, su integración en el circuito productivo ocurría, pero circunscrita al mundo de la exclusión (Nascimento, 1991).

La identificación de estas instituciones y prácticas, así como la descripción de algunas de sus características, fundamentos, agentes, propósitos o funciones está basada, sobre todo, en fuentes secundarias, entre las que se destaca el trabajo de la historiadora María Clementina Cunha (1986)²⁴, centrado en el *Hospício do Juquery*²⁵, en São Paulo, entre finales del siglo XIX y la década de 1930.

En la lectura materialista dialéctica de Soares (1987, 1991), la absorción laboral de los incapacitados como ejército de reserva en la producción capitalista es regulada por la economía del país en cada momento, lo que determina el posicionamiento y la importancia atribuida a los servicios de atención de las personas con discapacidad (entre otros sujetos marginalizados) y el papel de esos servicios y de sus profesionales en el disciplinamiento, el control, la habilitación o la rehabilitación de la población excedente del capital. Así, a manera de hipótesis, señala que la opción de los alienistas paulistas por el trabajo agrícola en la primera mitad del siglo XX podría entenderse como consistente con la función económica de los enfermos mentales en el incremento de la fuerza de trabajo rural o de su ejército de reserva, en un momento en que la hegemonía agro-exportadora en Brasil decaía.

Entre tanto, los trabajos de Galheigo (1988), Magalhães (1989) y Nascimento (1991) interpretan y analizan críticamente la actividad terapéutica asilar, principalmente, a la luz de las obras de Michel Foucault²⁶ y Robert Castel²⁷, que estudian las transformaciones del tratamiento social de la locura, las condiciones de posibilidad del asilo como forma de gestión de los sujetos que amenazan romper el orden social en el Estado liberal, y el poder-saber psiquiátrico, todo ello, primordialmente, a partir de la experiencia francesa. En esta perspectiva, como forma moderna e ilustrada de gestión de la locura (poder), el tratamiento moral (saber) fue posible por cuenta de la transformación del estatuto del loco en enfermo mental y privado de la razón, quien, por esa causa, debía ser tutelado y, para ello, encerrado, excluido; en tanto enfermedad, esa gestión y tutela fueron transferidas al ámbito de la medicina (saber/poder). En el tratamiento moral, el

²⁴ También el texto *Terapêutica ocupacional psiquiátrica* (Arruda, 1962), del psiquiatra y psicólogo Elso Arruda (1916-1995), es una fuente común en las disertaciones.

²⁵ Inaugurado en 1898 como colonia agrícola para alienados en las proximidades de la ciudad de São Paulo, funcionó hasta el año 2021. La historia de esta institución está especialmente marcada por los abusos y violaciones de derechos humanos a las miles de personas que allí fueron internadas por años (Franklin, 2023).

²⁶ Se citan, en común, *Historia da loucura na Idade Clásica* (Foucault, 1978), *Nascimento da clínica* (Foucault, 1979), *Microfísica do poder* (Foucault, 1984a) y *Vigilar e punir* (Foucault, 1984b).

²⁷ Especialmente su obra *A ordem psiquiátrica* (Castel, 1978).

trabajo y la regulación de las actividades diarias tendrían un significado moral-adaptativo que sirvió como sostén al espacio cerrado, de manera que se le son inherentes y hacen parte del dispositivo disciplinario de normalización de los comportamientos, moralización y control social a través del cual se docilizaron cuerpos y almas, y se moldeó la subjetividad del trabajador ideal.

Aun cuando alineada con esta perspectiva, Nascimento (1991), en su abordaje de las condiciones de emergencia del trabajo terapéutico, remarca la pertinencia de hacer un análisis diferencial de la experiencia brasileña, advirtiendo el riesgo de asumir una transferencia de Europa a su país sin apropiaciones. En este sentido, indica que, en Brasil, “el tratamiento moral no era propuesto en el sentido ‘positivo’ de reconstrucción de un hombre nuevo, si no, exclusivamente, como garante del orden interno del manicomio y proveedor de los medios materiales para su sustento y ampliación”²⁸ (p. 94, traducción propia). Asimismo, identifica elementos contextuales, como la larga vigencia de la esclavitud, que para la época influían en la valoración social del trabajo y habrían dificultado su implementación como tratamiento en las instituciones. Soares (1991), sobre estas diferencias, refiere los cuestionamientos que otros estudios han hecho acerca de la implementación o no del tratamiento moral en Brasil, abriendo la puerta a una controversia que, en el discurso de terapia ocupacional, por lo general es ignorada. Respecto a este asunto, vale la pena traer a colación el planteamiento de Trujillo (2002):

Hasta donde es posible determinar, en lo que a la ocupación se refiere, Colombia no tuvo influencia de la filosofía del movimiento moral vigente en Norteamérica y los países europeos. Quizá porque desde la época de la conquista por España hasta los años treinta del presente siglo, cuando la administración López Pumarejo impulsó un proyecto coherente de modernización, Colombia tendía a ser una sociedad cerrada. (p. 474)

En síntesis, los estudios de las colegas brasileñas cuestionaron el carácter terapéutico del trabajo y las ocupaciones en las instituciones asilares, en tanto examinaron estas prácticas a la luz de las relaciones de poder que las constituyen. Sus análisis, llevados a la realidad del ejercicio profesional de la época que vivían, cuestionaron en qué medida calificar estas prácticas como terapéuticas, aún en los años 1980, legitimaba la segregación, la institucionalización y el encierro. A su vez, problematizaron el trabajo como “único medio de inserción social y de

²⁸ En el original: “*O tratamento moral não era proposto no sentido ‘positivo’ de reconstrução de um homem novo, mas exclusivamente como garantidor da ordem interna do manicômio e provedor dos meios materiais de sua manutenção e ampliação*” (Nascimento, 1991, p. 94).

promoción de la autonomía de todos los individuos”²⁹ (Nascimento, 1991, p. 140, traducción propia) y el papel del terapeuta ocupacional como adaptador/a psicosocial (Galheigo, 1997), recuperador/a del funcionamiento productivo y preservador/a del orden social. En consecuencia, sus contribuciones a la transformación de la terapia ocupacional brasileña y de la atención a las personas en sufrimiento psíquico, así como a la configuración de la terapia ocupacional social son invaluableles (Galheigo, 2016; Lopes, 2010).

Finalmente, para cerrar este capítulo, quiero volver a Colombia haciendo referencia a la reciente disertación de Marian Amaya Quintero (2022), elaborada en el contexto de sus estudios de Maestría en Ciencias de la Rehabilitación³⁰. Desde la comprensión de la rehabilitación como campo social a partir de Bourdieu y con interés en los procesos de profesionalización de la terapia ocupacional, este trabajo se ocupa de explorar el proceso de legitimación social y política de “la ocupación humana como un dispositivo tecnológico disciplinario” (p. 49) en la primera mitad del siglo XX en Colombia. Para ello, recurre a fuentes secundarias y primarias (principalmente documentos de ley e imágenes), que analiza usando elementos de la propuesta arqueológica de Foucault.

Por esta vía, consigue hacer un esbozo de discursos sobre la moral, la higiene, la eugenesia, la degeneración racial, la pobreza, la productividad, la beneficencia, la modernización nacional, que se habrían articulado para instalar prácticas y saberes relacionados con la ocupación como respuestas legítimas a necesidades sociales del país, facilitando la inserción de sujetos al margen de la sociedad en la producción capitalista.

Resulta interesante del trabajo de Amaya (2022), que alude a la “ocupación humana” no solo en manicomios, también en establecimientos de beneficencia, una penitenciaría y escuelas de higiene industrial³¹, aunque no profundiza en sus prácticas. En su lectura, las instituciones “cumplieron con el papel de consumir las disposiciones normativas que permitían la articulación del Estado con las personas de diferentes clases sociales del país” (p. 48), en tanto “los intelectuales funcionaron como empleados del aparato del Estado y promovieron de

²⁹ En el original: “*O que se poderia problematizar é a ideia de que o trabalho, inexoravelmente, seja o único meio de inserção social e de promoção da autonomia de todos os indivíduos*” (Nascimento, 1991, p. 140).

³⁰ Terapeuta ocupacional egresada de la Universidad Nacional de Colombia y magíster en Ciencias de la Rehabilitación. Su trabajo se inserta en un proyecto mayor de la Universidad del Rosario, en el que se indaga sobre las profesiones que se ubican en el campo de la rehabilitación en Colombia.

³¹ Se refiere la autora a instituciones dirigidas a adiestrar a los médicos en higiene industrial, un saber relacionado con el control de los riesgos asociados a la insalubridad en los lugares de trabajo.

manera consistente la disciplina y control de la población, generando racionalización de sus discursos en la población colombiana” (p. 103).

Así, en su conjunto, los estudios aquí presentados evidencian la relevancia de situar, problematizar y comprender los procesos históricos complejos de conformación del campo de saber, poder y prácticas de la terapia ocupacional en nuestros territorios, como elemento central en la constante reflexión ético-política que debe acompañar el quehacer profesional cotidiano. En general, su abordaje del trabajo y las ocupaciones de las personas internadas en las instituciones tiene un alcance exploratorio que corresponde al contexto y los objetivos de las investigaciones en las cuales se insertan. Consistente con ello, como ya se había mencionado y salvo algunas excepciones, se basan principalmente en fuentes secundarias y emplean análisis producidos a partir de otras realidades. De esta manera, aportan elementos fundamentales, al tiempo que provocan interrogantes y muestran vacíos en los relatos acerca del lugar dado al trabajo y la ocupación en el funcionamiento cotidiano de los asilos en los países de nuestra región, sus formas particulares y transformaciones, así como los saberes e intereses en disputa que, en cada contexto, las conformaron. Llenar esos vacíos es necesario para ampliar el conocimiento sobre la configuración de la prácticas terapéutico ocupacionales en América Latina, así como la comprensión, la reflexión y el debate alrededor del papel de la terapia ocupacional en la sociedad.

2.2 ESTUDIOS SOBRE EL TRABAJO EN INSTITUCIONES MENTALES DESDE LA DISCIPLINA HISTÓRICA

El libro *Work, psychiatry and society*³², c. 1750–2015, punto de partida de este apartado, fue editado por Waltraud Ernst (2016c), profesora de historia de la medicina en Oxford Brookes University, en Inglaterra. Algunos de los capítulos que lo componen se derivaron del seminario internacional de investigación “Therapy and empowerment – Coercion and punishment”³³, que se llevó a cabo en junio de 2013 en St Anne’s College, en Oxford, Inglaterra. Ambas iniciativas respondieron a la escasa atención que se había prestado en las historias de la psiquiatría y la medicina al tema del trabajo de las personas internadas en instituciones psiquiátricas en la época moderna, aun cuando se trató de una práctica bastante extendida (Ernst, 2016a). De manera que el libro se constituyó en un intento por “examinar el trabajo de los pacientes en una gama amplia

³² Trabajo, psiquiatría y sociedad.

³³ Terapia y empoderamiento – Coerción y castigo.

de instituciones psiquiátricas y conceptualizar el significado del trabajo en relación con sus contextos socioculturales, económicos y políticos específicos”³⁴ (Ernst, 2016a, p. 1, traducción propia).

Coherente con este propósito, el libro recoge análisis situados en Francia, Reino Unido, Alemania, Toscana, Irlanda, la Primera República de Austria, Wurtemberg, Canadá, las Indias Occidentales Británicas, Rumania, Estados Unidos de América y Japón. Una cobertura geográfica que, además de interesante y pertinente para este estudio, lleva a pensar en los procesos de modernización/colonización a través de los cuales se logró la expansión del discurso del tratamiento moral de la locura, del correspondiente modelo asilar y del trabajo de las personas internadas en instituciones mentales. En este sentido, no parece casual que el libro se abra y se cierre con capítulos centrados en los principios del tratamiento moral, planteados en Europa desde finales del siglo XVIII y que se erigieron como referentes para la organización de los asilos de alienados alrededor del mundo.

En lo que responde a mi interés, este libro aborda siete temas: la relación entre trabajo y tratamiento moral; la relación entre capacidad para trabajar y enfermedad mental; las adaptaciones y apropiaciones del trabajo en las instituciones psiquiátricas; los modelos institucionales psiquiátricos que incorporaron el trabajo de los pacientes; el debate entre beneficio económico y terapéutico del trabajo; los significados atribuidos al trabajo en las instituciones psiquiátricas; y la profesionalización del tratamiento por el trabajo en la primera mitad del siglo XX.

Para abordar la relación entre trabajo y tratamiento moral, Jane Freebody³⁵ (2016) estudia una selección de documentos producidos desde finales del siglo XVIII en Francia, Inglaterra y Toscana, en los cuales se apela a este tratamiento por sobre otros métodos en el manejo de la locura. Entre sus hallazgos, destaca que las primeras publicaciones incluidas en su muestra no contemplaban el trabajo como parte integral del tratamiento moral, lo que recomendaban era

³⁴ En el original: “*attempt to examine patient work in a wide range of psychiatric institutions and to conceptualise the meaning of work in relation to its specific sociocultural, economic and political contexts*” (Ernst, 2016a, p. 1)

³⁵ Para 2016, era estudiante de posgrado en el Departamento de Historia, Filosofía y Religión en Oxford Brookes University. Entre sus áreas de interés se destacan la terapia moral, las nociones de bienestar y terapia ocupacional entre 1750 y 1980 y la comparación entre los enfoques terapéuticos francés e inglés. En 2023 publicó el libro *Work and occupation in French and English mental hospitals, C. 1918-1939* (Freebody, 2023), basado en su tesis doctoral, en el que se dedica al análisis comparado del uso de la ocupación y el trabajo en las instituciones mentales de Francia e Inglaterra.

un régimen³⁶ diario que, alineado con las *seis cosas no naturales*³⁷, incluía el ejercicio físico, pero no en forma de trabajo, así como diversas formas de entretenimiento y recreación para el cuerpo y la mente. Aclara, no obstante, que lo que ocurría al interior de los asilos en este sentido, no necesariamente correspondía con lo que se declaraba en los textos, pues observadores reportaban que veían a los pacientes asistiendo en las tareas de la casa o en el mantenimiento de las instalaciones, lo que parecía obedecer a motivaciones económicas y prácticas, más que terapéuticas.

Identifica la autora que los tratados que analizó transitan entre la mera indicación del ejercicio físico, la recomendación de actividades y ocupaciones de diferente naturaleza de acuerdo con las características, deseos y habilidades del enfermo, y la prescripción de formas de trabajo más detalladas y organizadas, esta última tendencia alcanzó una mayor sofisticación después de 1820 en Inglaterra, donde la industrialización penetró con más fuerza (Freebody, 2016).

Concluye Freebody (2016) que la emergencia del trabajo en los escritos sobre tratamiento moral ocurrió en diferentes momentos, asociada con tres factores: la preferencia del autor por controlar el comportamiento del paciente a través de métodos internos –que podríamos denominar de autocontrol– por sobre la contención externa; las circunstancias políticas, socio-industriales o económicas imperantes, y el menor o mayor apego del autor a la tradición clásica en lo relativo a las recomendaciones sobre ejercicio y diversiones.

Un segundo tema remite a la relación entre trabajo y enfermedad mental, que adopta diferentes matices. James Moran³⁸ (2016) analiza este asunto a través de la documentación de los juicios civiles sobre locura en New Jersey, Estados Unidos de América, en el siglo XIX. Los

³⁶ Freebody (2016) no se detiene en el concepto de “régimen”, sin embargo, refiere su reiterada aparición en los textos que analizó. Las alusiones a este concepto y a los seis no naturales la llevan a afirmar que los autores de los tratados sobre tratamiento moral estuvieron fuertemente influenciados por los antiguos. En la descripción de las prescripciones del tratamiento moral presentada por la autora, el concepto de régimen es central, en el sentido de un modo de vida cotidiano ordenado de tal forma que conduzca al equilibrio y a la salud.

³⁷ “Los seis no naturales comprendían el aire, la comida y la bebida, el ejercicio y el descanso, el sueño y la vigilia, la plenitud y la evacuación, y las pasiones y las emociones. Estos tenían que ser cuidadosamente regulados para mantener un equilibrio entre los cuatro humores corporales. De este modo, la salud se mantendría en una persona sana y se restauraría en una persona enferma. Los no naturales aparecieron en la obra de muchos médicos influyentes del siglo XVII [...]. Su influencia se refleja en los primeros textos sobre el tratamiento moral, que subrayan la importancia de la rutina, la dieta y el entorno del paciente, así como el ejercicio y las diversiones. El ejercicio es un aspecto recurrente, y a menudo no explicado, de los textos sobre tratamiento moral. (*The six non-naturals comprised air, food and drink, exercise and rest, sleep and waking, repletion and evacuation and the passions and emotions. These had to be carefully regulated in order to maintain a balance between the four bodily humours. Health would thus be maintained in a well person and restored in a sick person. The non-naturals featured in the work of many influential seventeenth-century physicians [...]. Their influence is reflected in the early texts on moral treatment, which stress the importance of routine, diet and the patient's surroundings, as well as exercise and amusements. Exercise is a recurrent, and frequently unexplained, aspect of the moral treatment texts. Moderate exercise was an important aspect of the six non-naturals and was discussed by a number of early modern writers*)” (Freebody, 2016, p. 34).

³⁸ Profesor de historia en la Universidad de Prince Edward Island, en Canadá. Sus publicaciones tratan la historia de la salud mental, la locura y la psiquiatría en Canadá (Ernst, 2016c).

testimonios de quienes participaron en esos litigios muestran que la capacidad o incapacidad para trabajar de manera eficiente y productiva se constituyó en un elemento determinante de la racionalidad o la irracionalidad de un individuo, en consecuencia, de su competencia para responder por sí mismo y por sus bienes, o la necesidad de ser tutelado. Sonja Hinsch³⁹ (2016), entre tanto, estudia los registros de personas remitidas a establecimientos de trabajos forzados en la Primera República Austriaca (1919-1934), encontrando cómo los límites entre enfermedad e inmoralidad se desdibujaron cuando estas nociones se construyeron sobre la base de la incapacidad para trabajar o para hacerlo de una manera moralmente aceptable. En síntesis, estos dos trabajos dan cuenta del problemático lugar de indicador o prueba de enfermedad mental que ocupó el desempeño laboral por fuera de parámetros social y culturalmente aceptados.

Una articulación distinta muestra la investigación de Thomas Müller⁴⁰ (2016) sobre las instituciones mentales en el contexto de la Alemania Nazi, cuando la doctrina de salud nacional socialista, basada en ideas de higiene racial, determinó la ejecución de las personas allí internadas. Su condición de enfermas mentales las situaba de antemano en una posición de inferioridad racial que justificaba la esterilización y la muerte, de manera que el potencial de explotación productiva de su fuerza de trabajo se convirtió en criterio decisivo para determinar quién moría y quién continuaba viviendo.

En el marco de la expansión del tratamiento moral y el asilamiento de las personas consideradas enfermas mentales, un asunto que cobra relevancia es el de las adaptaciones y apropiaciones del trabajo dentro de los regímenes de tratamiento que se dieron en diferentes contextos. En el libro, estos procesos se vinculan, especialmente, con los valores sociales atribuidos al trabajo y las relaciones de género, raza, clase y posición social. Así, por ejemplo, en las instituciones que se implantaron en colonias británicas del Caribe a finales del siglo XIX, el trabajo tuvo un claro papel de explotación de mano de obra que reprodujo las relaciones de dominación y las funciones atribuidas a las poblaciones colonizadas; aun así, esto coexistía con ideas respecto a su poder curativo (Smith, 2016)⁴¹. A su vez, la influencia de elementos socioculturales se

³⁹ Socióloga de la Universidad de Viena, en Austria. Investigadora en el proyecto “The production of work” (La producción del trabajo), financiado por el European Research Council. Se ha interesado en el estudio histórico de las instituciones de trabajo forzado y los programas de asistencia laboral en Austria (Ernst, 2016c).

⁴⁰ Doctor en Medicina, profesor asociado y jefe de la Unidad de Investigación para la Historia de la Medicina en la Universidad de Ulm, en Alemania. Curador del Württemberg Museum of Psychiatry. Entre sus temas de investigación se destacan la historia de las psicoterapias y de la psiquiatría, la historia comparada de la medicina y la introducción de la historia de la medicina en los currículos de formación en Medicina (Ernst, 2016c).

⁴¹ Leonard Smith es investigador honorario sénior en la Unidad de Historia de la Medicina de la Universidad de Birmingham, en el Reino Unido. Se formó como trabajador social psiquiátrico. Tiene una extensa obra dedicada a la historia de las

manifestó en los tipos de actividades que se recomendaron, se impusieron o de las cuales se eximió a las personas internadas en diferentes lugares y momentos, de modo que tales elementos terminaron por conjugarse o sobreponerse a los criterios terapéuticos (Chaney, 2016⁴²; Ernst, 2016b; McKay, 2016⁴³; Smith, 2016; Walsh, 2016⁴⁴).

El capítulo de Valentin-Veron Toma⁴⁵ (2016) muestra la variedad de opciones de intervención que se transfirieron y apropiaron a lo largo de un siglo en Rumania, con base en el estudio de modelos europeos y respondiendo a dinámicas políticas, socio-económicas y culturales intrincadas y a criterios de costo-efectividad y eficiencia terapéutica: el asilo, en donde se involucraban el trabajo doméstico y los talleres; la colonia agrícola de puertas abiertas⁴⁶, con énfasis en labores agrícolas; el sistema inglés de casa-pabellón, en el que las personas atendidas participaban en talleres, jardinería y otras actividades, y el modelo belga de cuidado familiar bajo supervisión médica, que se combinó con la colonia agrícola de puertas abiertas.

Así mismo, diferentes variaciones de cuidado familiar de las personas con enfermedad mental también emergen en el libro, estas oscilan entre una alternativa diferenciada, en disputa con el cuidado medicalizado (Nakamura, 2016)⁴⁷, y una estrategia complementaria al cuidado asilar que contemplaba entre sus ejes el trabajo en un entorno familiar como preparación para la eventual salida del asilo (Müller, 2016). En las derivas del trabajo en las instituciones mentales alemanas, el cuidado familiar se convertiría en proveedora de mano de obra barata para su explotación; pero, a su vez, cuando las hambrunas y la escasez de personal para la atención llegaron por cuenta de las guerras mundiales, las colonias agrícolas y el cuidado familiar se transformaron en opciones a la muerte (Müller, 2016).

instituciones mentales en Inglaterra durante los siglos XVIII y XIX y también ha investigado sobre el manejo de los trastornos mentales en las antiguas colonias británicas de las Indias Occidentales (Ernst, 2016c).

⁴² Sarah Chaney es doctora en Historia e investigadora en el Centro de Historia de las Disciplinas Psicológicas de University College London, en el Reino Unido. Entre sus intereses investigativos están la historia de las lesiones autoinflingidas en el discurso psicológico y psiquiátrico, las narrativas de pacientes alrededor de los cuidados en salud mental y el papel del arte y las prácticas artísticas en hospitales psiquiátricos durante el siglo XX (Ernst, 2016c). Se dedica además a la divulgación del conocimiento histórico en espacios museográficos.

⁴³ Kathryn McKay es doctora en Historia. Trabaja en Canadá. Se interesa principalmente en la intersección entre colonialismo y psiquiatría, especialmente en relación con los pueblos de las Primeras Naciones de la Columbia Británica a finales del siglo XIX y principios del XX (Ernst, 2016c).

⁴⁴ Oonagh Walsh es historiadora y profesora de Historia en la Glasgow Caledonian University, en Escocia. Interesada en la historia moderna de Irlanda, incluyendo el desarrollo del sistema asilar durante el siglo XX (Ernst, 2016c).

⁴⁵ Trabaja en el Instituto de Antropología Francisc I. Rainer en Bucarest, Rumania. Es médica con formación posgraduada en antropología social y doctorado en Psiquiatría. Entre sus intereses están la antropología médica, la psiquiatría cultural y la historia de la psiquiatría (Ernst, 2016c).

⁴⁶ De origen alemán y conocida ampliamente en América Latina con su nominación en inglés: *open door*.

⁴⁷ Osamu Nakamura es profesor de Filosofía en la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad de la Prefectura de Osaka, en Japón. Se ha interesado en investigar el cuidado familiar de pacientes con enfermedades mentales desde mediados del siglo XVIII en Iwakura, Kioto, Japón, su ciudad natal (Ernst, 2016c).

De cualquier manera, aun en el caso de Japón, el referente moderno europeo, en primera instancia, y luego el norteamericano, especialmente después de la Segunda Guerra Mundial, penetraron de tal forma que el cuidado institucional se instauró por encima de modelos basados en la familia y la religión, en los que el trabajo no hacía parte del tratamiento (Hashimoto, 2016; Nakamura, 2016)⁴⁸.

Un elemento que atraviesa los capítulos del libro es el debate entre beneficio económico y terapéutico del trabajo de las personas internadas, que lejos de resolverse, pareciera conducir a tres cuestiones: la administración, indispensable en las naciones modernas o que aspiraban a serlo –pero costosa–, de un grupo social que crecía exponencialmente y cuyas posibilidades de reintegración a la sociedad se reducían; la valoración social del trabajo, y la legitimación del saber médico-psiquiátrico, que tomó para sí el problema social que representaba la locura.

En relación con lo anterior, se identifican altibajos en la confianza de los médicos respecto al poder terapéutico del trabajo, vinculados, especialmente, con las transformaciones en las teorías sobre la enfermedad mental. Esto, sin embargo, no condujo a que el trabajo dejara de usarse, más bien, a que se resignificara y se justificara en cada contexto, mezclando argumentos de diferente naturaleza respecto a la utilidad y la conveniencia de su uso, entre ellos, que era un elemento necesario o deseable en el sostenimiento económico de los establecimientos, sobre todo de aquellos financiados con recursos públicos y destinados a los más pobres; un indicador de calidad y un generador de ingresos para la institución, en ocasiones, también para las personas asiladas; un facilitador de la administración y del mantenimiento del orden; una manera de contrarrestar el tedio y combatir la ociosidad; una medida para estructurar la rutina diaria; un medio para instalar hábitos; un elemento de socialización; una forma de facilitar la reintegración al trabajo en la comunidad; una forma de ejercicio físico; un proveedor de bienestar para el cerebro; un medio para mejorar el sueño y el descanso, lograr el autocontrol del comportamiento, contener la introspección mórbida, recuperar las facultades racionales y la energía emocional o traer de vuelta los pensamientos al mundo material (Ankele, 2016; Ernst, 2016b; Harris, 2016; Laws, 2016; McKay, 2016; Müller, 2016; Smith, 2016)⁴⁹.

⁴⁸ Akira Hashimoto es profesor de la Universidad de la Prefectura de Aichi, en Japón. Es doctor en Ciencias de la Salud con estudios en Japón y Alemania. Se interesa por investigar la historia de la psiquiatría en Europa y Asia Oriental en los siglos XIX y XX, desde una perspectiva comparada (Ernst, 2016c).

⁴⁹ Ben Harris es profesor de Psicología e Historia en la Universidad de New Hampshire, Estados Unidos. Es doctor en Psicología Clínica. Sus investigaciones abordan la intersección entre historia de la psicología, historia de la medicina e historia de la ciencia. Fue presidente de la Sociedad de Historia de la Psicología (Ernst, 2016c).

Estas concepciones acerca del trabajo de las personas internadas eran, primordialmente, las de médicos y directores de los establecimientos; los documentos de ciencia, administrativos y financieros que produjeron son las principales fuentes usadas para investigarlas. Solo el capítulo de Monika Ankele⁵⁰ (2016) se aproxima a la perspectiva de quienes recibieron el tratamiento, a través del estudio de los registros clínicos de dos instituciones en el periodo de la historia alemana denominado República de Weimar⁵¹. En general estas personas, inclusive aquellas consideradas crónicas, percibían su trabajo más como una preparación para la reinserción laboral en el mundo exterior que como una medida permanente, por ello, en ocasiones, cuestionaron si las tareas que se les asignaban eran útiles para el desarrollo de habilidades y solicitaron ser asignadas a talleres que les proporcionaran mejores herramientas. Hubo también quienes expresaron que preferían permanecer en las instituciones, pues sabían del desempleo y las condiciones difíciles que se vivían afuera, así que temían no lograr engancharse. Relata Ankele (2016) que durante las crisis, algunos establecimientos se convirtieron en refugio y los equipos tuvieron que proporcionar a sus pacientes planes graduales de salida mientras lograban la incorporación laboral.

En relación con este carácter complejo y contradictorio que salta a la vista cuando se analiza el uso y la significación del trabajo en las instituciones, Jennifer Laws⁵² (2016) elabora, como cierre del libro, una sugestiva reflexión respecto a la racionalización de los atributos de la terapia por el trabajo, y a los lentes de la razón y la racionalidad con los cuales se han intentado comprender, en el pasado y el presente, los “encuentros terapéuticos con el trabajo⁵³” (p. 352, traducción propia).

⁵⁰ Historiadora especializada en la historia de la psiquiatría alemana, con interés particular en la vida cotidiana, la historia de los pacientes y la cultura material. Investigadora en el Departamento de Historia y Ética de la Medicina de la University Medical Centre Hamburg-Eppendorf, en Alemania.

⁵¹ O *Deutsches Reich* (1918 – 1933). Relata la autora: “El fin de la Primera Guerra Mundial marcó el fin del *Kaiserreich* alemán (1871-1918), y la revolución de 1918 condujo a la proclamación de la República y a una nueva constitución democrática en 1919. El período Weimar estuvo marcado por condiciones similares a las de una guerra civil en los primeros años de la República y por hiperinflación, seguida de pobreza y alto desempleo, y por un corto periodo de expansión económica y estabilidad política (la llamada “edad de oro”) cuyas condiciones comenzaron a deteriorarse durante la Gran Depresión de 1929 y llevaron a la transición a la era nazi en 1933. En la historia alemana, el período Weimar aún representa la democratización (fallida), la implementación y el desarrollo del sistema de bienestar, las reformas sociales y el fortalecimiento del trabajo organizado. (*The end of World War I marked the end of the German Kaiserreich (1871-1918), and the revolution of 1918 led to the proclamation of the Republic and a new democratic constitution in 1919. The Weimar period was shaped by civil war-like conditions in the first years of the Republic and by hyperinflation, followed by poverty and high unemployment, and by a short period of economic expansion and political stability (the so called “golden age”), with conditions starting to deteriorate during the Great Depression of 1929 and leading to the transition to the Nazi-Era in 1933. In German history the Weimar period still stands for (failed) democratisation, for the implementation and development of the welfare system, for social reforms as well as for the strengthening of organised labor*) (Ankele, 2016, p. 238).

⁵² Académica vinculada al Departamento de Geografía de la Universidad de Durham, en el Reino Unido. Sus intereses de investigación incluyen las relaciones entre trabajo y salud mental, la filosofía de las terapias activas y la construcción de la individualidad activa.

⁵³ En el original: “*therapeutic encounters with work*” (Laws, 2016, p. 352).

Finalmente, aunque este libro no se declare como un texto sobre la historia de la terapia ocupacional, un último tema que toca es el de la administración científica y la profesionalización del tratamiento por el trabajo y la ocupación en la primera mitad del siglo XX. Este proceso, si bien alude especialmente a la terapia ocupacional, también se refiere a otras especialidades. De acuerdo con las narraciones, la aparición de la terapia ocupacional, las terapias industriales (en Inglaterra) y la ergoterapia científica (en Alemania) al interior de los establecimientos acompañó diferentes tensiones y transformaciones atadas a las dinámicas locales e institucionales particulares y a procesos de legitimación más amplios. Entre ellas, se cuestionó la manera como las actividades eran administradas (no tanto su uso en sí mismo) e incluso en algunos contextos sirvió para reafirmar el carácter terapéutico del trabajo, se suscitaron pugnas entre las nuevas profesionales y el personal que ya venía desarrollando funciones de supervisión o acompañamiento a las actividades, se trazaron fronteras, generalmente difusas, y surgieron nuevas disputas sobre lo que era o no terapéutico, rehabilitador, preventivo, productivo, mientras las prácticas continuaron coexistiendo (Ernst, 2016b; Hall, 2016; Harris, 2016; Toma, 2016)⁵⁴.

Pasando al contexto latinoamericano, el estudio del trabajo en instituciones mentales tampoco parece haber ocupado un espacio sobresaliente en la historiografía de la región. No obstante, se destacan algunas pesquisas localizadas en Argentina y México, en las que algunas historiadoras han abordado el tema con una profundidad que permite rastrear sentidos, transformaciones, transferencias teóricas, instituciones y prácticas concretas. El libro antes reseñado y otro coeditado previamente por la misma autora (Ernst y Mueller, 2010) referencian el trabajo de la historiadora Yolanda Eraso, quien por más de una década abordó el caso argentino. Por otro lado, en el Seminario Historia de la Psiquiatría y la Salud Mental, tuve conocimiento de que, en México, la historiadora Cristina Sacristán también ha dedicado parte de sus investigaciones a este asunto. El seguimiento de la producción de estas dos autoras me llevó a los escritos que a continuación se citan.

La historiadora Yolanda Eraso⁵⁵, interesada en el discurso médico en Argentina, ha indagado por los sentidos del trabajo desde finales del siglo XIX, pero particularmente en la primera

⁵⁴ John Hall es psicólogo clínico de formación e historiador de la salud. Profesor de Salud Mental en Oxford Brookes University, en Inglaterra, e investigador en el Centro de Salud, Medicina y Sociedad de la misma universidad. Se interesa por la historia de la salud mental en el siglo XX (Ernst, 2016c).

⁵⁵ Es licenciada en historia de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Su trabajo final de licenciatura se tituló “Trabajo alienado. Aportes para la comprensión del trabajo de los enfermos mentales en una institución psiquiátrica pública: Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados en Oliva (provincia de Córdoba), 1914-1934”. Es magíster y doctora en Historia de la

mitad del siglo XX, identificando las ideas y propuestas de algunos psiquiatras que dieron forma a dos modelos de atención a los alienados (Agüeros y Eraso, 1999; Eraso, 2002a, b, 2010). Primero, el asilar propiamente dicho, en el que se combinaron los objetivos de exclusión, regeneración y adaptación, y el trabajo era entendido como parte de las estrategias para lograrlos. Para la autora, en los asilos argentinos se creía en la moralización a través del trabajo y en la posibilidad de reeducar y transformar al enfermo mental. Más adelante, el modelo de colonia se implementó sobre las ideas de incurabilidad y cronicidad, pero además, en un esquema que correspondería más a la asistencia social que a la atención médico-psiquiátrica, respondiendo al creciente problema de la superpoblación de los asilos y a los retos de su sostenibilidad económica. El Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados de Oliva es su principal exponente.

Resulta también interesante en el análisis de Eraso (2002b), la alusión al discurso sobre las colonias agrícolas en Argentina como un modelo genérico de asistencia en el cual se impondría la regeneración, a través de la actividad laboral, de todas aquellas personas que se alejasen del trabajo, bien fuesen consideradas vagas, delincuentes o locas.

Ocupa además a la autora, la transferencia de teorías y propuestas desde Europa. Resalta los fuertes lazos de intercambio con Alemania en el contexto del preludio y el desarrollo de la Segunda Guerra Mundial y el auge de las teorías eugenésicas de la higiene racial nazi. En este escenario, la “terapia activa” del alemán Hermann Simon llegó a la Argentina y, en su implementación, se vio atravesada por los debates alrededor del costo económico de la asistencia social y la filantropía, las ideas del darwinismo social (selección natural) que circulaban entre los psiquiatras y el cuestionamiento acerca del papel de las instituciones en la producción de seres improductivos, de manera que se produjeron transferencias, pero también desviaciones a la propuesta de Simon (Eraso, 2010).

Señala, por último, que el método de Hermann Simon habría tenido influencia en otros países de América Latina (Eraso, 2010). De hecho, la versión en español de su libro *Tratamiento ocupacional de los pacientes mentales* (Simon, 1937) fue publicada en 1937 y habría circulado en la región. Al respecto, De Carlo y Bartolotti (2001) refieren que este texto era una referencia obligatoria para los psiquiatras brasileños de la época.

Siguiendo las líneas trazadas por Eraso, un trabajo más reciente de la psicóloga Laura Natalia Vanadia⁵⁶ y la historiadora María Laura Rodríguez⁵⁷ (2019) se interesó no solo en el discurso médico, sino en las prácticas concretas que se revelan a través del análisis de las historias clínicas del Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados de Oliva en Argentina. De esta manera, las autoras reconstruyeron y analizaron un caso particular para tensionar y ampliar lecturas sobre la institución como un mero dispositivo de poder al servicio del Estado. En esta perspectiva, se reconocen esfuerzos de teorización alrededor de la laborterapia, la coexistencia de criterios científicos y económicos en su administración, así como la complejidad de las historias de vida atravesadas por el sufrimiento psíquico.

En lo que se refiere a México, la historiadora Cristina Sacristán⁵⁸ (2003; 2005) se ha interesado por analizar la confluencia entre las propuestas de tratamiento por el trabajo de los enfermos mentales y las ideas y proyectos políticos de los gobiernos mexicanos que llevaron al despliegue de las granjas agrícolas entre 1945 y 1968. Una aproximación similar es la que hace la historiadora Manuella Meyer⁵⁹ (2019) para la Colonia Juliano Moreira en Rio de Janeiro, Brasil, en la que el trabajo de los enfermos mentales, más que un valor productivo, habría adquirido un valor simbólico que reafirmaba el lugar central del trabajo y del trabajador para la nación⁶⁰.

Los trabajos de Sacristán (2003; 2005) diferencian dos momentos y modelos institucionales que coinciden con el patrón argentino, si bien en México el modelo de colonia —aquí granja agrícola— se habría implementado un poco más tarde. A diferencia de Eraso, para Sacristán (2005), en el Manicomio de La Castañeda, el trabajo no se sustentaba en ideas terapéuticas, sino que era la forma en que quienes no podían pagar retribuyeran por los cuidados que recibían. No obstante, ante la crisis de legitimidad del tratamiento asilar alrededor de 1930, los psiquiatras promovieron la idea de que a través de la terapéutica por el trabajo podría emerger el potencial productivo de los enfermos mentales, una propuesta que caló en los gobiernos

⁵⁶ De acuerdo con los datos que se reportan en el artículo, es licenciada en Psicología y adelantaba para entonces el Doctorado en Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional de Córdoba.

⁵⁷ A partir de la misma fuente, es licenciada en Historia y doctora en Ciencias Políticas.

⁵⁸ Es licenciada en Etnohistoria, magíster en Historia de México y doctora en Antropología Social y Cultural. Su trabajo se ha enfocado en la historia de la locura, del conocimiento psiquiátrico y de la profesionalización de la psiquiatría mexicana, especialmente a través del caso del Manicomio de La Castañeda (1910-1968). Sus investigaciones le han merecido importantes premios a lo largo de su carrera. Es docente e investigadora en el Instituto Mora de México (Instituto Mora, [2024?]).

⁵⁹ Profesora de Historia en la Universidad de Richmond, en Estados Unidos de América. Sus investigaciones se centran en la historia política y social de la Medicina en América Latina, especialmente, en la historia de la psiquiatría y su papel en la salud pública. Varias de sus publicaciones abordan la psiquiatría en el estado de Río de Janeiro, Brasil (University of Richmond, 2024).

⁶⁰ Vale la pena recordar que la revisión de literatura para la elaboración de esta aproximación historiográfica no fue exhaustiva, siguió la ruta de los dos libros antes citados y se centró en estudios desde la disciplina de la historia, de manera que pueden haberse omitido otros análisis sobre el trabajo en instituciones psiquiátricas brasileñas y de otros países de América Latina.

posrevolucionarios, ya que se alineaba con los propósitos de integración a la vida productiva que perseguía la asistencia pública.

La primera granja, San Pedro del Monte, se consideró un modelo exitoso que inspiró a las once que le sucedieron en el territorio mexicano y en ella se incorporaron, además de labores agrícolas, talleres de manufactura, actividades recreativas, deportivas y lúdicas, e incluso trabajos fuera de la institución, de manera que se fueron organizando como comunidades autárquicas, relativamente autosuficientes y con escaso contacto con el exterior (Sacristán, 2005). Coincidiendo nuevamente con Eraso, sostiene Sacristán (2003; 2005) que en las granjas se priorizó el carácter social del tratamiento.

Por último, en Colombia, hasta donde me ha sido posible rastrear⁶¹, el trabajo y las ocupaciones de las personas internadas en las instituciones mentales, la implementación, los sentidos y las transformaciones de la laborterapia o la ergoterapia no han sido temas de interés específico para historiadoras e historiadores. En los trabajos sobre historia de la psiquiatría en el país escritos por el psiquiatra Humberto Rosselli Quijano⁶² (1968) y el profesor Jairo Gutiérrez Avendaño⁶³ (2019), que se retomarán en el siguiente capítulo, apenas se tocan dentro del inventario de opciones terapéuticas que se incorporaron, lo que, sin embargo, aporta pistas valiosas en la tarea de situar prácticas e instituciones.

Así pues, este balance da cuenta del enorme universo que se abre cuando la atención se vuelca sobre una práctica que parece haber despertado tan poco interés en los estudios históricos, a pesar de su permanencia en el tiempo y de exponer con tanta fuerza las enormes contradicciones con las que las sociedades y las profesiones se encuentran al intentar responder la pregunta por

⁶¹ Para rastrear estudios sobre el trabajo en asilos en Colombia, se realizó en el segundo semestre de 2022 una revisión de artículos publicados en diez reconocidas revistas disciplinares de historia (Historia Crítica; Historia y Sociedad; Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura; HistoRelo - Revista de Historia Regional y Local; Revista Colombiana de Psiquiatría; Revista Fronteras de la Historia; Revista Memoria y Sociedad; Revista Historia y Memoria; Asclepio, Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia; História, Ciências, Saúde-Manguinhos). No se estableció límite temporal y el rastreo se hizo directamente en los buscadores de los sitios web de las revistas, usando palabras clave (laborterapia, ergoterapia, praxiterapia, ludoterapia, “uso de actividades”, “adiestramiento en oficios”, “tratamiento moral”). Solo se identificaron cuatro artículos que tocan el tema del trabajo en instituciones mentales en el país, ninguno de ellos se dedica a su análisis.

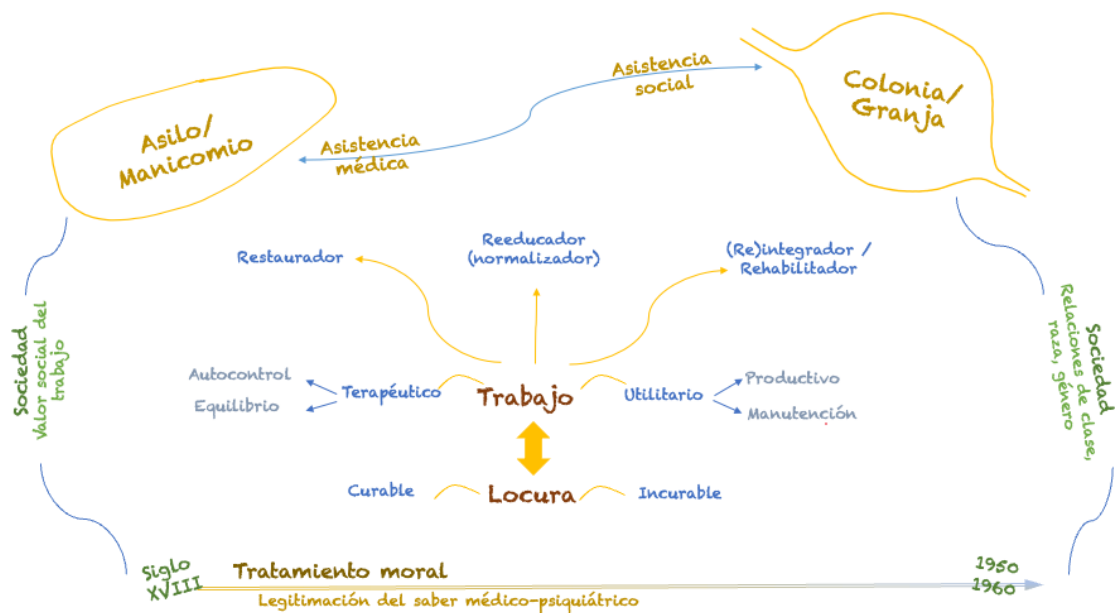
⁶² Médico psiquiatra y psicoanalista, Humberto Rosselli Quijano (1923-2009) se graduó como médico de la Universidad Nacional de Colombia en 1948 con una tesis sobre historia de la medicina en la independencia de Colombia, que resultó laureada. Fue profesor en la misma universidad, donde alcanzó la categoría de profesor honorario. Fue miembro de la Academia Colombiana de Historia, miembro fundador y presidente de la Sociedad Colombiana de Historia de la Medicina. Su producción escrita sobre historia de la psiquiatría lo convirtió en una de las principales referencias en la materia en el país y en América Latina (Sánchez Torres, 2022). Lo anterior se evidencia en las indagaciones de Alicia Trujillo, que dieron origen a esta investigación.

⁶³ Filósofo, magíster en Educación y doctor en Ciencias Humanas y Sociales. Es profesor e investigador en la Universidad Católica Luis Amigó y en la Institución Universitaria de Envigado, en Antioquia, Colombia (Gutiérrez Avendaño, 2019).

el lugar en la sociedad de las personas que no se adaptan a los patrones aceptados de comportamiento y funcionamiento social.

A partir de estos estudios, es posible trazar una síntesis del juego de ideas, significados y perspectivas acerca de la locura, el loco y su trabajo en el asilamiento que, de acuerdo con los textos revisados, lo configuraron a lo largo del siglo XIX y la primera mitad del XX (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Juego de elementos que configuraron el trabajo de las personas internadas en instituciones mentales en el siglo XIX y la primera mitad del XX.



Fuente: elaboración propia, a partir de los textos revisados.

El tratamiento moral aparece como base que dio sustento al trabajo y la ocupación en actividades dentro del régimen del espacio cerrado y que, amparado en un saber médico-psiquiátrico en proceso de legitimación, se transforma, adapta y apropia en contextos económicos, políticos y socioculturales particulares. En esas configuraciones particulares, la valoración social del trabajo y las relaciones de clase, raza y género tienen una especial influencia. Las concepciones respecto al carácter curable o incurable de la locura, ligadas a perspectivas teóricas sobre la enfermedad mental, dan a la ocupación de las personas internadas un cariz terapéutico o utilitario, atribuyéndole potencial de autocontrol o equilibrio, de reeducación o normalización/disciplinamiento, de (re)integración en la sociedad o

rehabilitación. En este juego, el manicomio/asilo y la colonia agrícola se proyectan como modelos institucionales extremos, en una diversidad de propuestas que se mueven entre la asistencia médica y la asistencia social. Estos elementos conforman un referente útil para analizar e intentar comprender el trabajo y otras formas de ocupación de los enfermos en las instituciones mentales. Sobre todo, para reconocer matices, desviaciones, trasposiciones y otras particularidades de contextos concretos.

En definitiva, explorar y analizar estas prácticas implica escarbar en las fuentes primarias con el foco puesto en la cotidianidad de la vida en las instituciones, desde las disposiciones que apuntaban a regularla hasta los relatos y los registros que la documentan. Supone entender el asilo como herramienta de control social, pero también como espacio en el que la vida transcurrió y resistió, donde circularon, se apropiaron, se construyeron y se disputaron saberes y valores. Conlleva, además, comprender cada establecimiento y su cotidianidad en el contexto social, político, económico, cultural en el que se produjo. A una aproximación de ese tipo se aspiró con este trabajo, centrando la mirada en una institución colombiana.

Para cerrar este capítulo, quiero volver sobre la conexión directa que trazan algunas historiadoras e historiadores entre las prácticas alrededor del trabajo en las instituciones mentales y la terapia ocupacional, pues no deja de resultarme llamativa. Pareciera que fuese más difícil para nosotras, terapeutas ocupacionales, reconocer ese vínculo. Considero esto, cuando menos, otra prueba de nuestra necesidad de pensar históricamente la terapia ocupacional.

3 LLEGANDO AL MANICOMIO DEPARTAMENTAL DE ANTIOQUIA

A diferencia de otros países de América Latina, en Colombia no se fundó un establecimiento de carácter público y nacional para la atención de la locura (Rios Molina, 2019). Las primeras instituciones se crearon a finales del siglo XIX en Bogotá y Medellín, los principales centros urbanos del país, y sus recorridos disímiles, ligados a dinámicas regionales y locales diferenciadas, ameritan análisis particulares. Como ya se mencionó, dos libros han intentado dar cuenta de un panorama abarcador acerca del recorrido histórico del conocimiento, la práctica psiquiátrica y sus instituciones en el país. El más reciente se titula *Locura y sociedad. Alienismo tardío, psicopatología e higiene mental en la modernidad colombiana 1870-1968* (Gutiérrez Avendaño, 2019), el otro, *Historia de la Psiquiatría en Colombia* (Roselli, 1968).

He señalado previamente que estos textos apenas tocan el tema de la ocupación de las personas asiladas, en trabajos y otras actividades, como parte del tratamiento que recibían en las instituciones; tales menciones, no obstante, son fundamentales para empezar a profundizar en él. En la obra de Gutiérrez Avendaño (2019), se alude a la introducción de la laborterapia en el Manicomio Departamental de Antioquia entre 1950 y 1955, y de la “terapia ocupacional y recreativa” en 1954 en el Asilo San Isidro de Cali⁶⁴ (p. 132). El libro de Roselli (1968), entre tanto, revela otros datos.

Dejando de lado lo relativo al Manicomio Departamental de Antioquia, al que nos dedicaremos más adelante, en las narraciones de Roselli (1968) se ubica la introducción del servicio de laborterapia en el Frenocomio de Mujeres de Bogotá durante la dirección del doctor Edmundo Rico (1942-1950) y su ampliación a inicios de la década de 1960. Asimismo, cita diversos informes sobre el Instituto Psiquiátrico San Camilo en Bucaramanga, Santander, que dan cuenta de “un departamento muy diligente de terapéutica por el trabajo” (Esquibel, 1966, p. 579), “un taller o salón múltiple para terapia recreativa y ergoterapia con un cupo para unos 60 enfermos” (Serpa y Villar, 1967, p. 579) y el trabajo de los hombres en laborterapia en la huerta y de las mujeres en tareas de cocina, lavandería y servicios domésticos (Serpa Flórez, 1959).

⁶⁴ De acuerdo con Gutiérrez Avendaño (2019), en 1961, el Asilo de San Isidro pasó a una nueva edificación y se convirtió en Hospital Psiquiátrico San Isidro.

A estas dos instituciones de beneficencia pública, que ya habían sido reseñadas por Trujillo (2002), se suma el Sanatorio Frenopático de Sibaté, que según el relato del médico Benjamín Otero D'Costa (*apud* Roselli, 1968), contaba en 1957 con

amplios campos de juego para los enfermos y el personal asistencial (football, tennis, tejo, etc.), sala de billares y ajedrez [...]; espaciosa huerta donde se practica, en regular escala, la ergoterapia, lo mismo que en los talleres de costura, carpintería, etc., dirigidos por buenos operarios. (p. 481)

Esta institución, a la que se trasladó el Asilo o Manicomio de Varones de Bogotá en 1937, a diferencia de otras que se asentaron en construcciones diseñadas para otros usos, se proyectó como establecimiento psiquiátrico que contemplaba facilidades para la atención médica, la vida cotidiana en confinamiento, así como el trabajo y la recreación de los internados. Al respecto, refiere Valentina Simpson Beltrán (2015):

Este micromundo que se creaba con la construcción de un hospital psiquiátrico a las afueras de la ciudad no fue sino el resultado de una búsqueda de legitimidad científica que solo se lograba con la materialización de las ideas psiquiátricas en un espacio y tiempo determinado, donde el objeto de estudio tuviese un lugar determinado que legitimara ya no un discurso de exclusión, sino un espacio terapéutico con fines científicos para la mejora de vida del individuo enfermo, pero también (y sobre todo) para fines de la sociedad organizada. (p. 42)

Relata además esta autora, que entre los espacios que se consideraron en los primeros planos para la construcción del Sanatorio de Sibaté se incluían talleres, una granja agrícola y un pabellón para 150 enfermos denominados “trabajadores”, esto es, con capacidad para trabajar en la institución (Simpson Beltrán, 2015).

Adicionalmente, de lo compendiado por Roselli (1968) puede colegirse que entre las “nuevas fundaciones psiquiátricas” (p. 525) públicas y privadas que se construyeron o se remodelaron en las décadas de 1950 y 1960, fue un elemento común la disposición de espacios para el trabajo y la recreación de los y las pacientes, de manera que las denominadas laborterapia, ergoterapia y terapia recreativa eran prácticas extendidas para ese entonces.

Así, la Clínica San Juan de Dios de Manizales, inaugurada en 1953 y dirigida a pacientes varones, contaba con “terrenos apropiados para la ganadería y la agricultura, actividades que son atendidas por los mismos enfermos al cuidado del personal apropiado, trabajo que se les remunera y sirve a la vez como terapia” (Giraldo Rivera, 1959, *apud* Roselli, 1968, p. 571). La Clínica Santo Tomás de Bogotá, fundada en 1944 por dos psiquiatras, “a partir de 1962 aumenta con nuevas construcciones su capacidad para 94 pacientes e inaugura modernas salas para

laborterapia y terapia recreativa" (Roselli, 1968, p. 552). La Clínica del Atlántico, fundada en 1952, también por psiquiatras, funcionaba en un edificio "planeado y construido para tal fin" en el cual se efectuaban "tratamientos biológicos, laborterapia y terapia recreativa" (Roselli, 1968, p. 565). La Casa de Reposo de Chía, clínica privada creada y administrada por los Hermanos de San Juan de Dios desde 1935, a partir de su transformación en 1965, contaba "con modernas instalaciones que atienden más de 200 pacientes, en especial crónicos, con amplios jardines y facilidades para laborterapia y recreación" (Roselli, 1968, p. 544). Finalmente, sobre el Hospital Mental San Rafael, puesto en funcionamiento en 1937 en la ciudad de Pasto, Nariño, los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios informaban en 1967:

El alto índice de cronicidad en nuestros pacientes nos ha impuesto la necesidad de organizar un departamento de terapéutica ocupacional. Gozamos de la dirección de un ergoterapeuta profesional y se han logrado éxitos en este sentido [...] estamos empeñados en un programa que incluya la utilización terapéutica de todos los recursos del hospital. Tratamiento que incluye farmacoterapia, cuidado hospitalario, laborterapia y la orientación vocacional. (citados por Roselli, 1968, p. 528)

Si bien relatos como el anterior sugieren la conexión entre cronicidad y trabajo de las personas asiladas, esta no resulta clara y consistente, de manera que plantean un asunto por abordar. Por otra parte, sobre los "buenos operarios" del Sanatorio de Sibaté o el "ergoterapeuta profesional" en el Hospital de Pasto, el texto de Roselli (1968) no nos provee más información. Puede advertirse sí, que el servicio de laborterapia del Frenocomio de Mujeres de Bogotá funcionaba bajo la dirección de un médico y que las misiones extranjeras que recorrieron las instituciones mentales del país desde finales de la década de 1940⁶⁵ evaluaron la existencia y la calidad de estas opciones terapéuticas y repararon en la ausencia de personal calificado en Colombia para proveerlas.

Entre tanto, la controversia respecto al uso utilitario o terapéutico del trabajo en las instituciones también deja verse en los dos libros a los que nos estamos refiriendo, si bien no es un tema del que se ocupen los autores. De acuerdo con lo reseñado por Gutiérrez Avendaño (2019), en los primeros años del Hospital Psiquiátrico San Isidro de Cali, es decir, después de 1961, una de las críticas a la terapia ocupacional "era que los criterios de selección para esta terapia obedecían más a las capacidades laborales de los pacientes que a fundamentos psicoterapéuticos que les permitiera comprender su personal situación existencial y hacerla inteligible" (p. 132). A su

⁶⁵ Cita Roselli (1968) tres: la misión del Unitarian Service Committee de 1948; la visita a los departamentos de psiquiatría de las facultades de medicina de Medellín, Cali y Bogotá por parte de los profesores Robert Heath y Francisco Silva de la Facultad de Medicina de la Universidad de Tulane, en Estados Unidos de América, en 1960, y la del médico Augusto Esquivel para la Oficina Sanitaria Panamericana en 1965.

vez, Roselli (1968) cita el informe del consultor de la Oficina Sanitaria Panamericana, el médico brasileño Augusto J. Esquibel, quien después de visitar en 1965 los establecimientos mentales colombianos manifestó respecto al Hospital Neuropsiquiátrico de Sibaté: “posee una gran extensión de terreno que podría utilizarse para la ergoterapia, sin embargo, la administración del hospital parece estar explotando los terrenos más bien como fuente de ingresos de la institución antes que como instrumento terapéutico” (p. 499).

Llama la atención que mientras el trabajo y la ocupación de las y los pacientes se asocia con el tratamiento moral, fundamento del alienismo que, según Gutiérrez Avendaño (2019), pervivió en Colombia hasta los años 40 del siglo XX, estas prácticas se documentan especialmente en las décadas de 1950 y 1960, cuando ocurrían transformaciones importantes en la asistencia psiquiátrica: la construcción de grandes hospitales, las críticas al modelo manicomial, la introducción de los psicofármacos y la psicoterapia, los intentos por reducir la internación e implementar servicios de consulta externa, el paso de la influencia europea a la estadounidense. Cabe entonces preguntarse, en lo que se refiere a la ocupación de las personas asiladas, ¿puede pensarse en alguna influencia del tratamiento moral en los primeros manicomios colombianos? ¿qué propósitos, perspectivas, circunstancias, pueden ayudarnos a comprender la práctica de la laborterapia/ergoterapia/terapéutica por el trabajo, o la ludoterapia/terapia recreativa, todas ellas basadas en la ocupación de las personas internadas? ¿Se trató tan solo, como lo insinúa Gutiérrez Avendaño (2019), de la producción de sujetos capaces de producir y de la reducción de costos de sostenimiento?

En línea con lo anterior, vale la pena ahora revisitar uno de los textos de Alicia Trujillo. La autora dice:

Uribe (1958) al reseñar las casas para enfermos mentales en Medellín durante los primeros años del siglo veinte, describe la organización de la ergoterapia y el valor que representa para la persona con problemas mentales. Rosselli (1987) al abordar el tema de la evolución de la psiquiatría en Colombia señala cómo “La Asamblea de Antioquia en 1904 [...] dispuso además la ocupación remunerada para todos los enajenados tranquilos. Este fue el primer intento de institucionalizar la terapia ocupacional, tan aceptada hoy en todos los medios. (p. 158)”. (Trujillo, 1989, p. 12)

Los dos médicos citados por Trujillo se refieren al Manicomio Departamental de Antioquia, la institución que por 26 años, entre 1920 y 1946, dirigió el primero de ellos, el alienista, como el mismo se denominaba, Lázaro Uribe Cálad. Ese escrito de Uribe Cálad, descubriría en el camino de esta investigación, hizo parte de una edición de 1958 de la revista *Antioquia Médica* (Fotografía 1) dedicada casi en su totalidad al nuevo Hospital Mental de Antioquia.

Fotografía 1 – Sumario del volumen 8, números 9 y 10, 1958, revista Antioquia Médica.

SUMARIO:	
EDITORIAL	
Informaciones generales sobre el Hospital Mental.—Dr. Luis Carlos Posada G.	359
TRABAJOS ORIGINALES	
Casas para Alienados Mentales.—Dr. Lázaro Uribe Cálad	364
Cómo se gestó el Hospital Mental en Antioquia y quiénes fueron sus Gestores.—Dr. Alberto Morales Tobón	367
Ergoterapia (Hospital Mental de Antioquia).—Dr. Augusto Díez y Dra. Luzmila Acosta R.	370
Psicopatología general de Karl Jaspers.—Dr. Horacio León Restrepo M.	379
Estudio Comparativo entre la Lobotomía Prefrontal Bilateral de Poppen y la Lobotomía Bimedial.—Dr. Luis C. Posada G.	397
La Reserpina en 200 Enfermas del Hospital Mental de Antioquia.—Dr. Oscar Robledo Restrepo	403
Las Epilepsias Originadas en el Lóbulo Temporal.—Dr. Rodrigo Londoño L.	408
La Función Aperceptiva del Lóbulo Temporal.—Dr. Pedro Turó G.	414
Queratoplastias.—Dr. Ivar Echeverri G.	421
Dos Casos de Meninocemia con Síndrome de Waterhouse-Friderichsen Observados en el Hospital Mental de Antioquia.—Dr. Hernán Cano A.	424
Amibiasis y Parasitosis Intestinal en el Hospital Mental de Antioquia.—Dres. David Botero Ramos, Federico López, Hernán Cano A. y Gabriel Vélez Restrepo	431
Resumen del Segundo Congreso Internacional de Psiquiatría.—Dr. Pablo Pérez Upegui	439
ACTIVIDADES DE LA ACADEMIA	
Resolución. (Fenómeno de Medina)	450
Discurso pronunciado en el Aniversario de la fundación de la Academia por el Dr. Jorge Camacho Gamba	450
ACTIVIDADES DE LA FACULTAD	
Boletín N° 71	471
NOTICIAS	
Cartas a la Dirección	480

Fuente: tomado de Antioquia Médica (1958, p. 358).

El Hospital sería inaugurado próximamente en el municipio de Bello y allí serían trasladadas poco a poco las cerca de mil personas que permanecían en el viejo Manicomio de Bermejál, así conocido por su ubicación en el Alto de Bermejál de la ciudad de Medellín, capital del departamento de Antioquia. Para entonces, Uribe Cálad, rondando los 85 años, ya no era más su director, pero ocupaba el curioso cargo de médico consultor, una posición creada a su medida⁶⁶, tal vez, para que pudiera permanecer hasta su muerte cerca de la que había sido su obra, su casa, el lugar de “los señores Uribes”⁶⁷.

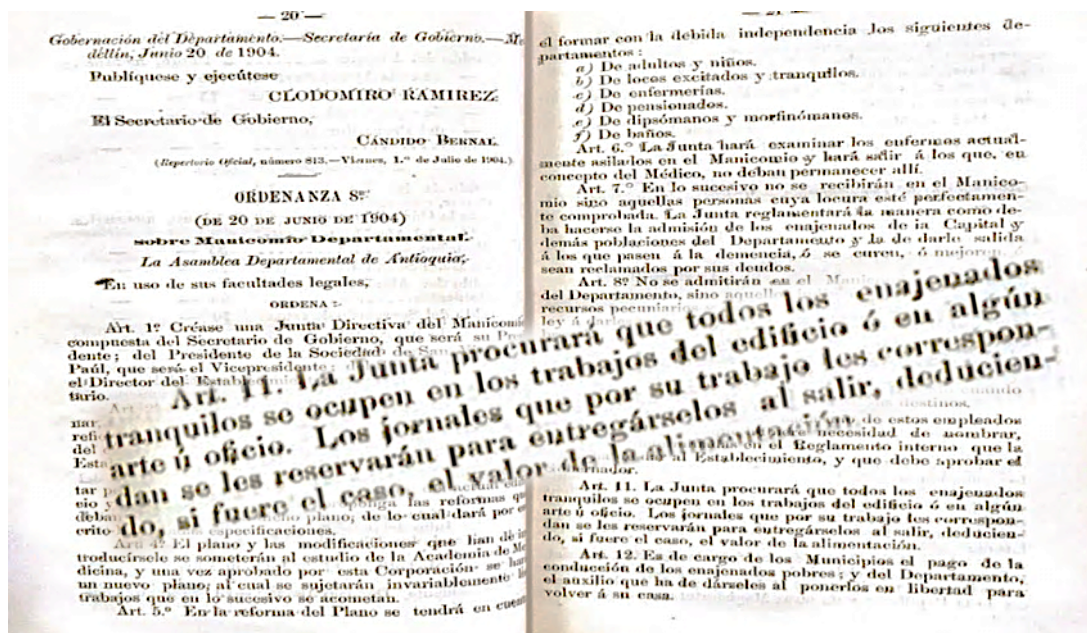
⁶⁶ Soporto esta afirmación en lo referido por López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz (2004): “Tal vez como homenaje a la labor desempeñada por el doctor Uribe Cálad, la Gobernación de Antioquia creó el cargo de Médico Consultor del Manicomio Departamental, con una asignación mensual de \$600. Y como para que no quedara duda alguna de esto, entre las condiciones para poder ejercerlo se necesitaba, fuera de ser médico titulado, haber desempeñado por un lapso, siquiera de 25 años el puesto de director del manicomio; se exigía también haber sido profesor de psiquiatría al menos por diez años y tener más de 70 años” (p. 125).

⁶⁷ En una crónica publicada en 1934 en el periódico El Colombiano, el periodista Luis Yagari narra que, durante una visita al Manicomio (que debió ocurrir, si se tienen en cuenta sus protagonistas, entre 1926 y 1929), habría ocurrido este diálogo entre el gobernador de Antioquia, general Pedro Berrio, y el secretario de gobierno, Francisco “Pacho” Pérez: “—Bueno, Pacho, ¿no te parece muy loco Lázaro? —Pues yo no sé, general. Lo único es que aquí, cuando traen un loco, llega al patio y el saludo es éste: —Señores Uribe!” (Yagari, 1934, p. 3).

La historiadora Dina Herrera Marín (2015), en su biografía del médico, cita una versión un poco diferente de esta misma anécdota, tomada por Rosselli del *Diccionario jilósófico del paisa*, en el que se incluye la entrada “URIBE: Loco, desclavado,

El texto de Uribe Cálad (1958) resulta extraño, pues hace difícil discernir si está hablando del pasado o del presente; solo el contraste con otros documentos me permitiría ubicar temporalmente, con más precisión, lo que narra. De acuerdo con Gutiérrez Avendaño (2019) y Salazar Bermúdez (2022), la introducción de la laborterapia⁶⁸ en el Manicomio habría ocurrido en la década de 1950, no en las primeras del siglo. Esta incógnita se iría despejando con el hallazgo, en la Sala de Historia de la Medicina de la Universidad de Antioquia, de aquel número de la revista Antioquia Médica.

Fotografía 2 – Ordenanza 8ª (de 20 de junio de 1904) sobre Manicomio Departamental.



Fuente: registro personal. Archivo Histórico Departamental de Antioquia. Septiembre de 2022.

Entre tanto, la disposición de la Asamblea de Antioquia citada por Rosselli (1987) es la Ordenanza 8 del 20 de junio de 1904 (Antioquia, 1904) (Fotografía 2), que sin ser un reglamento, daba algunos lineamientos sobre la organización y el funcionamiento del Manicomio Departamental de Antioquia, institución que había entrado en funcionamiento doce años antes, en 1892. Resulta curioso que el psiquiatra considerara ese artículo de la Ordenanza de 1904, “el primer intento de institucionalizar la terapia ocupacional⁶⁹” (Roselli, 1987, p. 158),

suelto del coco. Es sinónimo de todos estos voquibles, más realmente, se trata de un ilustre apellido. Parece ser que la declinación se le debe al doctor Lázaro Uribe Cálad, Director del Manicomio de Medellín” (Lalinde Botero, 1966, *apud* Roselli, 1968, p. 65). En cualquier caso, diversas fuentes alimentan la idea de que, en el imaginario popular de la época, el apellido del psiquiatra se asociaba con locura y a los asilados en el Manicomio se les conocía como “señores Uribes”.

⁶⁸ No se refieren a ergoterapia.

⁶⁹ En el libro *Historia de la psiquiatría en Colombia*, publicado previamente por el mismo autor, se encuentra un texto bastante parecido, sin embargo, en lugar de terapia ocupacional, dice: “Este primer intento de institucionalizar la *laborterapia*” (Roselli, 1968, p. 254) (la cursiva es mía).

cuando faltaba más de una década para que el icónico grupo de fundadoras y fundadores se reuniera en la Hull House de Chicago, Estados Unidos de América, a crear la Sociedad para la Promoción de la Terapia Ocupacional, hito fundacional en la historia oficial de la profesión.

Con lo anterior, el Manicomio Departamental de Antioquia se presenta como una institución propicia para rastrear y reconstruir algunas huellas de esa “práctica precursora” en el contexto colombiano. Un establecimiento que resulta además llamativo, si se toma en cuenta el interés que hemos planteado por descentrar las historias de la terapia ocupacional y reconocer trayectorias locales y regionales (Duarte Cuervo, Cruz Perdomo, García Ruiz y Fernández Moreno, 2024; García Ruiz, Cruz Perdomo, Duarte Cuervo y Fernández Moreno, 2022). Adicionalmente, porque a pesar de ser Medellín la segunda ciudad del país, la consolidación de la formación en terapia ocupacional en el centro occidente colombiano ha sido tardía y difícil. En esta región solo funciona actualmente un programa de formación en terapia ocupacional, el de la Universidad María Cano, en Medellín, reabierto en 2022 después de una corta existencia entre 1993 y 1997. En esta zona también funcionó el programa ofrecido por la Universidad Católica de Manizales, pero solo permaneció activo por cuatro años, entre 1999 y 2003 (García Ruiz, Cruz Perdomo, Duarte Cuervo y Fernández Moreno, 2022).

De manera que a partir de los indicios antes referidos, esta investigación se orientó a historizar el trabajo y otras ocupaciones de las personas internadas en el Manicomio Departamental de Antioquia, centrándose, inicialmente, en el periodo que se tensiona alrededor de los dos hitos antes mencionados, es decir, entre 1904, con la Ordenanza 8, y 1958, con la organización de la ergoterapia y el fin del Manicomio. Con base en las líneas de análisis que sugiere la historiografía reseñada en el capítulo anterior, las preguntas que guiaron este estudio fueron: ¿Cómo se emplearon y significaron el trabajo y la ocupación de las personas asiladas en el Manicomio Departamental de Antioquia? ¿Cómo se administraron en la cotidianidad del Manicomio? ¿Con qué propósitos? ¿Qué se entendió por laborterapia, ludoterapia/terapia recreativa/recreación, ergoterapia en el Manicomio? ¿Cómo se transformó la ocupación de las personas internadas en el Manicomio con el paso del tiempo? ¿Con cuáles intereses, perspectivas, valores o circunstancias se pueden relacionar esas prácticas y sus transformaciones? En lo que se refiere a la ocupación de las personas internadas, ¿podría hablarse de influencia del tratamiento moral en el Manicomio?

4 CONSTRUYENDO UNA HISTORIA POSIBLE

Cuando planteo que con esta investigación se pretendió *historizar* el trabajo y otras ocupaciones de personas internadas en el Manicomio Departamental de Antioquia, me estoy refiriendo, siguiendo a la historiadora Graciela Velásquez Delgado (2023), al ejercicio de reconstrucción del contexto sociohistórico de producción de esa práctica a partir de la investigación sobre las fuentes disponibles. En otras palabras, estoy hablando de un esfuerzo por comprenderla a partir de su historicidad.

En el ámbito de esta tesis y de las preguntas planteadas al final del capítulo anterior, tal ejercicio significó descubrir y reconstruir, a través de las fuentes, las características del trabajo y otras ocupaciones en dicha institución, sus continuidades y transformaciones en el tiempo. Contrastar el discurso médico, los reglamentos, las ordenanzas a este respecto, con las prácticas y la cotidianidad en el Manicomio. Intentar articular elementos sociales, económicos, culturales, que rodearon el funcionamiento de la institución, el saber y la práctica psiquiátrica en su interior, y propiciaron sus transiciones. Lo anterior puede encuadrarse en la triada *heurística – crítica – interpretación*, “operaciones fundamentales [e interdependientes] para conseguir los fines que se propone la historia a partir de la pregunta investigante”(Matute, 1999, p. 11).

El trabajo heurístico-crítico, es decir, de localización, recolección, descubrimiento, selección y clasificación de fuentes que efectivamente contribuyeran a conocer los hechos que aquí interesan, comenzó con la lectura de investigaciones sobre el Manicomio Departamental de Antioquia. Después de los escritos de Trujillo, ya suficientemente comentados, el libro de Gutiérrez Avendaño (2019), antes citado, y el artículo del historiador Álvaro León Casas Orrego, titulado “Desplazamiento y aislamiento. Alienados mentales en la ciudad de Medellín. 1878-1930” (Casas Orrego, 2008), fueron los primeros textos que nutrieron esta tarea. Estos me llevaron a algunos de los archivos que consulté y de las fuentes primarias que empleé en este trabajo. En especial, me hablaron sobre el Fondo de Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia, preservado y gestionado en el Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín. También, me condujeron a otros estudios históricos sobre el Manicomio, y estos, a su vez, a ampliar o ratificar archivos y posibles fuentes. Se fue desplegando para mí un mapa que iría ampliándose, aclarándose y refinándose con las estancias que realicé en Medellín en los meses de abril, septiembre y octubre de 2022 y en febrero de 2023.

Durante esas temporadas, para acceder a las fuentes identificadas en las investigaciones y descubrir otras, visité y exploré los archivos del Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional de Colombia, el Archivo Histórico Departamental de Antioquia, el Archivo Histórico de Medellín, la Sala Patrimonial Historia de la Medicina y la Biblioteca Digital Patrimonial de la Universidad de Antioquia, la Sala Antioquia y el archivo fotográfico de la Biblioteca Pública Piloto, y el archivo de prensa microfilmado y digitalizado del Centro de Información Periodística del periódico El Colombiano. Además, recorrí con un guía extraordinario, Carlos Mario Gil Zuluaga, los vestigios de las instalaciones en las que hace más de setenta años tuvieron lugar los hechos y prácticas que aquí intento reconstruir, hoy convertidas en una biblioteca y un centro cultural llenos de vida y de gente (Fotografía 3). En este mismo espacio, visité en febrero de 2023 la exposición “El Manicomio. De la locura a la memoria” organizada en alianza entre la Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín, y la caja de compensación familiar Comfama.

Fotografía 3 – Sala de lectura de la biblioteca del Centro Cultural Comfama Aranjuez, en las antiguas instalaciones del Manicomio Departamental de Antioquia.



Fuente: foto de Carlos Alberto Velásquez, tomada de Franco Salazar (2022).

Cada uno de estos archivos tiene sus propios mecanismos para realizar la búsqueda de los documentos. La Biblioteca Pública Piloto, el Archivo Histórico de Medellín y la Universidad

de Antioquia cuentan con catálogos públicos en línea, a través de los cuales se pueden identificar previamente los fondos y documentos que luego se consultarán físicamente en sus salas. El Archivo Histórico Departamental de Antioquia me facilitó algunas bases en Excel para localizar documentos, mientras la consulta en el diario El Colombiano se hizo a través de palabras clave directamente en los periódicos microfilmados y digitalizados; estos dos archivos implicaron un trabajo más artesanal y demandante que, con certeza, dejó posibles fuentes fuera de mi alcance en este estudio. Algunos documentos adicionales se consultaron en la Academia Antioqueña de Historia, en las bibliotecas Nacional de Colombia y Luis Ángel Arango de Bogotá, así como en los archivos digitales de Internet Archive⁷⁰, Gallica (de la Bibliothèque Nationale de France)⁷¹ y Wellcome Collection⁷². En la mayoría de estos lugares, conté con el generoso apoyo de bibliotecarios, bibliotecarias y archivistas. Al proceso en el Laboratorio de Fuentes Históricas me referiré posteriormente.

Esta investigación se basa en fuentes primarias documentales que clasifiqué en dos tipos: tradicionales e historias clínicas. Hablaré primero, de manera general, sobre las fuentes escritas y plásticas que se ubican en el primer tipo (estas se listan en los [anexos 1 al 3](#), con miras a proveer insumos para futuras investigaciones). Me detendré luego en las historias clínicas. Cabe agregar que esta investigación se apoya también en fuentes secundarias, entre ellas, estudios históricos sobre el Manicomio Departamental de Antioquia, así como sobre historia social y política de Colombia.

4.1 FUENTES PRIMARIAS TRADICIONALES

Se trata de normativa (reglamentos, ordenanzas), informes sobre el funcionamiento del Manicomio elaborados por las directivas y por observadores externos, publicaciones científicas, publicaciones en prensa, fotografías y un video. De estos, en particular los documentos escritos han sido las fuentes más usadas por historiadoras e historiadores para estudiar las instituciones mentales, la salud mental, la psiquiatría o los saberes psi⁷³; por esta razón y para diferenciarlas de las historias clínicas, me refiero a ellas como fuentes tradicionales.

⁷⁰ Es una organización sin fines de lucro, asentada en los Estados Unidos de América, que administra y provee acceso abierto a una librería de artefactos culturales digitalizados. Internet Archive puede ser consultado en este enlace: <https://archive.org>.

⁷¹ Gallica es la biblioteca digital de la Biblioteca Nacional de Francia, que provee acceso abierto a documentos históricos digitalizados, de diferentes épocas. Gallica puede ser consultada ingresando a este enlace: <https://gallica.bnf.fr>.

⁷² Wellcome Collection es un museo y librería gratuita ubicada en Londres, Inglaterra, que reúne artefactos culturales físicos y digitalizados acerca del pasado, el presente y el futuro de la salud. Hace parte de la fundación Wellcome, una organización caritativa global. Su colección digital puede ser consultada a través de este enlace: <https://wellcomecollection.org/collections>

⁷³ Se denomina de esta manera a un campo que abarca tres disciplinas: psiquiatría, psicoanálisis y psicología.

En el Archivo Histórico Departamental de Antioquia reposan las disposiciones normativas departamentales y los informes que las directivas del Manicomio entregaban anualmente a las autoridades del Departamento. En términos generales, la normativa fue útil para conocer el proyecto institucional, la forma como se pensó el funcionamiento del Manicomio desde el Gobierno local, del cual participaba y en el que tenía una cierta injerencia el cuerpo médico; esto también se revela en algunos escritos incluidos en publicaciones médico-científicas. Los informes de las directivas, por su parte, permitieron dar cuenta de aspectos administrativos del funcionamiento: actores, jerarquías, relaciones, funciones. Mostraron también contradicciones, dificultades para llevar a la realidad los proyectos y las normativas. Escritos generalmente por el médico director, dan cuenta también de la visión que se quería transmitir a las autoridades. Leídos casi entre líneas, revelaron algunos aspectos de la vida cotidiana en la institución. Algunos informes que no pude localizar en el Archivo Departamental me fueron facilitados por uno de los investigadores del Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional. Aunque no fue posible acceder a todos los que corresponden al periodo estudiado (especialmente los relativos al final del periodo, es decir, entre 1948 y 1958), cubren una parte importante.

Mi indagación en el Archivo Histórico de Medellín respondió a que allí reposan algunos pocos documentos relativos al Hospital o Casa de Enajenados de Medellín, institución que antecedió al Manicomio. En ellos buscaba sondear informaciones respecto a su funcionamiento y al trato que allí recibían las personas internadas. Entre los documentos revisados en este centro están algunas disposiciones normativas, notas y correspondencia fechadas entre 1878 y 1892, que suministraron indicios sobre ese establecimiento.

De otro lado, los escritos médicos en revistas científicas, libros y tesis se exploraron y localizaron principalmente en la Universidad de Antioquia y en la Sala Antioquia de la Biblioteca Pública Piloto. Estos facilitaron una aproximación a la construcción del saber médico-psiquiátrico a partir de la práctica en el Manicomio, en diálogo con referentes teóricos, algunos de los cuales también se exploraron y contrastaron para develar la manera como fueron apropiados. Estos documentos hacen referencias a la cotidianidad y al funcionamiento del establecimiento, pero también a lo que se aspiraba que fuese, exponen la racionalidad que sostuvo las prácticas, las contradicciones y las dificultades que tuvieron que enfrentarse para materializar los proyectos y teorías. Allí también encontré textos que los médicos colombianos trajeron de sus viajes a Francia y que se tradujeron al español para ser usados en el Manicomio,

así como reconstrucciones históricas sobre la institución que realizaron siendo o no protagonistas de los hechos que narran.

En los archivos digitales de Internet Archive, Gallica y Wellcom Collection pude ubicar algunos de los textos citados por los médicos del Manicomio para soportar su práctica, entre ellos, publicaciones sobre tratamiento de las enfermedades mentales escritos por alienistas y psiquiatras extranjeros, principalmente franceses y alemanes. Otras fuentes citadas por el cuerpo médico del Manicomio disponibles en papel, bien en sus ediciones originales o reediciones, se adquirieron para esta investigación.

Los informes de observadores externos, algunos de los cuales fueron localizados también en los archivos de la Universidad de Antioquia, hablan del funcionamiento del Manicomio desde una mirada técnico-científica que describe al tiempo que evalúa y contrasta lo existente con patrones o ideales foráneos. Estos documentos fueron leídos en el contexto del tránsito de la influencia francesa a la estadounidense en la medicina y la salud colombiana, que obedece a las dinámicas geopolíticas de la primera mitad del siglo XX, marcadas especialmente por las Guerras Mundiales⁷⁴.

La Biblioteca Pública Piloto de Medellín, por su parte, resguarda materiales de diferente naturaleza que son considerados parte del patrimonio de la ciudad, el departamento y el país. En la Sala Antioquia pude localizar documentos escritos publicados principalmente en libros y revistas científicas y de divulgación. Además de varios documentos sobre historia de la psiquiatría en el país y en la ciudad, se identificaron algunos reportajes sobre el Manicomio y textos que registran el pensamiento médico-psiquiátrico de la primera mitad del siglo XX en Medellín. Las referencias al trabajo y las ocupaciones en el Manicomio en estos textos son escasas, pero suministran información de contexto.

Otros artículos de prensa fueron localizados en la búsqueda en el acervo del periódico El Colombiano, diario de la ciudad de Medellín publicado desde febrero de 1912, y pocos más en la Biblioteca Nacional de Colombia y la Biblioteca Luis Ángel Arango de Bogotá. Estos muestran cómo el Manicomio fue visto por la sociedad medellinense. Especialmente las

⁷⁴ Sobre este tema, con énfasis en el papel de la cooperación internacional en la expansión de la rehabilitación y la terapia ocupacional en América Latina entre las décadas de 1940 y 1960, la tesis doctoral de Gustavo Monzeli (2021) hace importantes aportes. El tránsito de la influencia francesa a la norteamericana en la medicina y la salud en Colombia es abordada ampliamente en la historiografía, pueden consultarse, entre otros, los textos de Quevedo, Pérez, Miranda, Eslava *et al.* (2010, 2013) y de Hernández, Obregón, Miranda, García *et al.* (2002).

crónicas cuentan sobre la cotidianidad del establecimiento desde la subjetividad y con el filtro periodístico de sus autores, al tiempo que recogen y reproducen las voces de otros actores, de manera que sirvieron para recrear, contrastar con otras fuentes, reconstruir el escenario.

Por otro lado, la búsqueda en el Archivo Fotográfico de la Biblioteca Pública Piloto me llevó a localizar un conjunto de fotografías sobre el Manicomio y los primeros años del Hospital Mental. El examen e interpretación de estos documentos, para alimentar la reconstrucción que aquí se presenta, se hizo a la luz del contexto en el que fueron producidos, de las descripciones que los acompañan y de informaciones que proveen otras fuentes (De las Heras Herrero, 2015). Para el uso de esas fotografías en esta tesis, se gestionó el respectivo licenciamiento con la Biblioteca.

Finalmente, a través de la pesquisa en la Sala Patrimonial Historia de la Medicina de la Universidad de Antioquia, específicamente del número de la revista Antioquia Médica de 1958 al que ya me he referido, llegué a un personaje clave en lo que se refiere a la implementación de la ergoterapia en los últimos años de existencia del Manicomio y los primeros del Hospital Mental, que hasta ese momento permanecía invisible en las historias de la terapia ocupacional, la psiquiatra Luzmila Acosta Rave (1928-2019) (conocida también como Lucila Acosta de Ochoa, por su apellido de casada). El historiador encargado de la Sala me ayudó a localizar algunos documentos escritos que contienen información biográfica sobre esta médica, así como un video con una entrevista que hizo pública la Gobernación de Antioquia en 2014, pocos años antes de su muerte. Estos materiales también se convirtieron en fuentes para la investigación. Alguna información sobre la formación de la psiquiatra en Estados Unidos de América fue consultada en los boletines publicados por la Universidad de Maryland, disponibles en el Internet Archive.

Para organizar y analizar estos materiales, construí una planilla en Excel en la que describí, inicialmente, los datos básicos de identificación del documento (autor, título, fecha de emisión, tipo de fuente, ubicación). Registré también allí comentarios, preguntas y reflexiones que iban surgiendo durante su lectura, relectura y en el contraste con otras fuentes primarias y secundarias; consigné y resalté fragmentos extraídos de cada documento que consideré relevantes. En el mismo libro de Excel, en hojas separadas, manejé el material de prensa y las fotografías, siguiendo la lógica descriptiva y analítica para cada fuente. En el caso de las fotografías, incluí las descripciones que el Archivo Fotográfico de la Biblioteca Pública Piloto tiene para cada una de ellas, las cuales sirvieron para su contextualización y análisis.

4.2 HISTORIAS CLÍNICAS

Fotografía 4 – Fachada y puerta de ingreso al Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín.



Fuente: registro personal. Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín. 25 de abril de 2022⁷⁵.

En lo que respecta al Fondo de Historias Clínicas del Hospital Mental de Antioquia, se trata de un acervo de 95.878 historias donadas en los años 2008 y 2018 al Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín (Fotografía 4). Para cuando realicé las consultas, del total de historias, 8.492 habían sido digitalizadas y estuvieron a mi disposición en archivos en formato de documento portátil (PDF). Dada la protección de datos personales y el carácter confidencial de estos documentos, la revisión podía hacerse únicamente en el Laboratorio y en el computador que allí me proveían, donde contaba con una base en Excel, en la que se describen los datos básicos de cada historia, y los archivos en PDF. Asimismo, está prohibido hacer cualquier registro electrónico o fotográfico de las historias, así

⁷⁵ El retrato de la fachada corresponde a Fabiola Lalinde, madre de Luis Fernando Lalinde, quien fue capturado, torturado, asesinado y enterrado como NN por unidades del Batallón Ayacucho del Ejército Colombiano en 1984. Para recuperar el cuerpo de su hijo y establecer la responsabilidad del Estado en este y otros crímenes similares, Fabiola emprendió la recopilación de un archivo documental que fue declarado por la Unesco en 2015 como parte del patrimonio de la humanidad y que ella misma donó en 2018 al Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional de Colombia (Laboratorio de Fuentes Históricas, 2022; Uprinmy Yepes, 2022). Este mural fue pintado durante mi primera estancia en el Laboratorio.

como el uso o divulgación de los nombres de sus titulares. De manera que el material sobre este acervo debió acopiarse transcribiendo a mano la información pertinente.

Realicé una primera consulta del Fondo, previa gestión y autorización del Laboratorio, en abril de 2022, regresé para completar la revisión y verificar algunos datos en septiembre del mismo año. Las historias clínicas están organizadas y enumeradas de forma consecutiva, de la más antigua a la más reciente, de acuerdo con la fecha del primer ingreso de su titular a la institución. Aunque las primeras historias corresponden a personas internadas a partir de 1903, fueron escritas por el director del Manicomio, Lázaro Uribe Cálad, en 1920, de manera que contienen resúmenes con los datos que este consideró relevantes y son documentos relativamente cortos, de una o dos páginas, generalmente manuscritas. Para la década de 1930, las historias van ganando otras voces, especialmente de médicos, e incorporando hojas de registros de diferente naturaleza (reportes de exámenes y procedimientos, entre otros), de manera que paulatinamente se van volviendo más extensas, al punto que algunas de ellas pueden tener decenas de páginas. Las últimas historias clínicas digitalizadas corresponden a personas que ingresaron al Hospital Mental de Antioquia a comienzos de la década de 1960.

El volumen del material implicó, entonces, implementar un muestreo cualitativo basado en dos criterios: la cobertura del periodo de estudio planteado inicialmente y la identificación de continuidades o transformaciones en lo escrito en estos documentos respecto al trabajo y las ocupaciones de las personas internadas. Las primeras 380 historias se revisaron una a una, lo que me permitió identificar ciertas continuidades y cambios, así como abarcar un largo periodo, pues las notas de estos registros cubrían, inclusive, la década de 1940, esto por cuenta de las largas internaciones y los reingresos. En adelante, se revisaron muestras de diez historias de personas ingresadas cada año entre 1926 y 1931, luego, el mismo número para 1935 y 15 con primer ingreso en 1940. Cabe aclarar a este punto, que varias de estas historias ya presentaban anotaciones y salidas correspondientes a la década de 1950 y posteriores. A partir de la historia clínica n.º 5003 (primer ingreso en 1940), utilizando los filtros de Excel, decidí ir a aquellas historias que tuvieran fechas finales (de salida) posteriores a 1950, buscando identificar anotaciones relacionadas con laborterapia o ergoterapia, a las que ya Gutiérrez Avendaño (2019) y Salazar Bermúdez (2022) habían hecho referencia. De esta manera, resultaron 38 historias más por revisar. Finalmente, también filtrando la base, identifiqué y revisé 31 historias clínicas de personas que ingresaron entre 1950 y 1959 y de 13 que entraron en 1961. Aunque el Manicomio se transformó en Hospital Mental en 1958, el hallazgo de una ficha del

Departamento de Ergoterapia fechada en 1961 me llevó a buscar otros registros similares en estas últimas fechas. Así, revisé en total 547 historias de igual número de personas que ingresaron a la institución entre febrero de 1903 y octubre de 1961.

Las historias clínicas son una fuente ideal para ir de los proyectos, las ideas y las teorías a las prácticas concretas en las instituciones, para establecer contrastes entre estas dos instancias, pues, como lo señala Huertas García-Alejo (2001), estas “sugieren las características reales de una praxis clínica que no siempre coincidió con los conocimientos o los paradigmas imperantes” (p. 8). Ahora bien, dado que la práctica que se pretendía rastrear transita entre un elemento del régimen de vida asilar y una medida terapéutica concreta, la exploración en las historias no solo abarcó alusiones directas a laborterapia, ergoterapia o la prescripción de actividades, sino que buscó aproximarse a la vida cotidiana en esta institución, a las maneras como se administraban cotidianamente las actividades y a las continuidades y transformaciones en el lenguaje y la práctica clínica relacionada. En ese sentido, las historias clínicas y las fuentes tradicionales se complementaron y contrastaron.

La información levantada a partir de las historias clínicas se dispuso también en una planilla de Excel en la que se registraron, para cada persona, los datos demográficos, diagnóstico, pronóstico, antecedentes familiares o personales que se consideraron relevantes para la investigación, fecha del primer ingreso, fecha de salida, tiempo de atención en la institución, motivo de la salida, fechas de otros ingresos, anotaciones de interés para la investigación, fechas de las anotaciones de interés. En la medida que se fue avanzando en el análisis, esto es, en la lectura de esas informaciones por sí solas y en contraste con lo encontrado en otras fuentes, se fueron registrando memos u observaciones que sirvieron en la construcción del relato.

Como se ha explicado, el tratamiento de la información extraída de las historias clínicas demanda la protección de la identidad de las personas titulares de esos documentos. De ello se desprende que este documento no revela sus nombres. En su lugar, buscando una manera de atender y respetar su existencia humana, para la narración, decidí usar seudónimos.

4.3 URDIMBRE DEL RELATO

Siguiendo los rastros del trabajo y otras formas de ocupación de las personas que fueron internadas en el Manicomio Departamental de Antioquia, con base en sus continuidades y

discontinuidades, fue posible distinguir tres momentos o periodos alrededor de los cuales se expresó el relato que leerán a continuación.

Antes de enunciarlos, es relevante anticipar que los dos hitos que delimitaron inicialmente el estudio se tensionaron con el análisis de las fuentes primarias, pues si bien la Ordenanza 8 de 1904 dictó la ocupación de los enajenados tranquilos, se identificó que esta se concibió desde la misma emergencia del Manicomio, cuando la Academia de Medicina de Medellín subrayó la importancia de disponer condiciones de medio adecuadas para el tratamiento, lo cual incluía espacios e instalaciones para la ocupación de los pacientes. Entre tanto, el final del periodo se mantuvo en 1958, considerando que ese año marca tres acontecimientos: la conformación del Departamento de Ergoterapia en el Manicomio, el retorno al país de Luzmila Acosta Rave, trayendo el referente de la terapia ocupacional estadounidense, y la transformación del Manicomio en otra institución, el Hospital Mental, que se sella con la inauguración y el inicio del traslado a la nueva sede. El estudio se delimita, entonces, entre 1888 y 1958, si bien se abarca un momento previo que inicia a finales de la década de 1860, teniendo en cuenta la relevancia de situar las condiciones de emergencia de la práctica que nos ocupa.

Esos setenta años se historizan en torno a tres periodos: en condiciones de medio adecuadas... talleres, huertas y lugares de recreo en la creación del Manicomio (1888-1904); ocupación para los enajenados tranquilos (1904-1948), y llegada de la ergoterapia/terapia ocupacional (1948-1958).

En cada periodo, el relato se teje en torno a las formas, propósitos y sentidos que cobró la ocupación de las personas internadas; su lugar en el contexto de la cotidianidad del Manicomio y del saber que se construía alrededor del manejo de la locura en Antioquia, y los actores y elementos sociales, económicos, políticos y culturales que, en lo que me fue dable rastrear y articular, hicieron posibles sus configuraciones y transformaciones en el tiempo.

5 CONTEXTO DE EMERGENCIA DEL MANICOMIO DEPARTAMENTAL DE ANTIOQUIA

5.1 CARIDAD Y BENEFICENCIA EN LA BÚSQUEDA DEL ESTADO NACIONAL

Gráfico 2 – División político-administrativa de los Estados Unidos de Colombia.



Fuente: Erhard Schiëble (1883). Título original: Antiguo virreinato de la Nueva Granada, hoy Estados Unidos de Colombia y República del Ecuador.

A más de medio siglo de independiencia de España, los Estados Unidos de Colombia (1863-1886) conformaban un país empobrecido, fragmentado en regiones aisladas que se miraban unas a otras con recelo y con más intenciones que posibilidades reales de modernizarse. Entre otras razones, esto puede explicarse como consecuencia de las sucesivas guerras civiles – motivadas por la incesante puja entre facciones liberales y conservadoras en torno al modelo de nación–; una economía inestable que ponía sus ilusiones en el modelo agroexportador, y la segmentación del territorio asociada a las condiciones geohistóricas, la precariedad de las vías y medios de transporte, las disputas político-ideológicas y el orden confederado de la Constitución de Rionegro (1863), asentado en la soberanía de los nueve Estados que

conformaban la Unión⁷⁶ (Gráfico 2) (Cruz Rodríguez, 2010; Gutiérrez Ardila, 2024; Palacios, 2003; Palacios y Safford, 2012).

Se trataba de un territorio predominantemente rural de campesinos independientes que entre la agricultura en pequeñas parcelas y la artesanía lograban alguna autosuficiencia. Deshabitado en buena parte y con movimientos migratorios de colonización campesina alrededor de las cordilleras, tenía haciendas ganaderas, azucareras y bananeras con alguna inversión extranjera, especialmente en el Caribe y el valle del río Cauca, así como muestras de industrialización en torno a la explotación minera, también con participación foránea, en particular en Antioquia y Cauca (Molina Londoño, 2011; Palacios, 2003; Poveda Ramos, 2002). Para 1870, solo Bogotá y Medellín, ejes de la actividad administrativa y comercial, sobrepasaban los 20.000 habitantes, concentrando apenas el 2,5% de la población total del país (Palacios, 2003).

Beatriz Castro Carvajal (2007) afirma que, para finales del siglo XIX, más de la mitad de la población colombiana vivía en condiciones precarias, aunque era en los centros poblados donde la pobreza se concentraba, resultaba más visible y se consideraba un problema. En Medellín, por ejemplo, en 1880 se reportaba que “más de 3.000 de sus 37.000 habitantes vagaban por las calles sin techo ni alimentación regular” (Palacios, 2003, p. 62), al tiempo que “el 4% de los pobladores de más alto estatus eran los más ricos y acaudalados comerciantes, mineros y dirigentes políticos de la región” (Jurado Jurado, 2010, p. 64). Se posicionaban en la agenda social y política la preocupación y la necesidad de atender fenómenos como la vagancia, la mendicidad, la indigencia, la horfandad, la locura o la delincuencia (Castro-Carvajal, 2007).

Para la época, una élite reducida de hombres accedía a la universidad, enarbolaba un incipiente discurso científico y viajaba al viejo mundo con la ilusión de importar, adaptar o recrear los referentes institucionales que permitirían al país ingresar en el escenario de las naciones civilizadas (Castro-Carvajal, 2007; Martínez, 2001). Las instituciones de beneficencia, en particular, fueron campo predilecto de los viajeros colombianos en Europa en la segunda mitad del siglo XIX, quienes no solo visitaban sus instalaciones, sino que importaban y traducían sus planos y reglamentos (Martínez, 2001).

El historiador Frederick Martínez (1996) señala el año 1867 como punto de inflexión en el que el país pasó del ciclo de creación de la libertad política –iniciado con la independencia de

⁷⁶ Eran estos, los Estados Soberanos de Magdalena, Bolívar, Santander, Antioquia, Panamá, Boyacá, Cundinamarca, Tolima y Cauca.

España⁷⁷— al ciclo de búsqueda y construcción del Estado nacional. Este último, elabora el autor, se valió del referente europeo para desembocar hacia finales de siglo en un “nacionalismo cosmopolita”, un proyecto de nación que fusionó con eclecticismo la importación de referentes institucionales europeos con un nacionalismo centralista y homogenizador, desilusionado ante el fracaso del federalismo y la república liberal europea (Martínez, 2001). La fundación de los primeros establecimientos destinados a personas con enfermedad mental en el país ocurrió en este contexto, en el marco de la proliferación y la especialización en la respuesta institucional a los problemas sociales. Se trata de un fenómeno que no sobrevino al margen de las disputas entre modelos antagónicos de nación que marcaron la segunda mitad del siglo XIX, por el contrario, puede relacionarse, al menos, con dos elementos centrales de ese debate: el papel que la Iglesia católica y la religión debían desempeñar en la sociedad, y las formas de disminuir la amenaza política y social que representaban los pobres, esto es, lo que en la época se conocía como “cuestión social”(Martínez, 2001).

En términos generales, el ideario liberal, proclive a destruir cualquier rezago de herencia colonial, veía el referente republicano liberal europeo como modelo a seguir. Con ello, abogaba por la separación entre Iglesia y Estado y la secularización de las instituciones, como aquellas destinadas a la educación y la asistencia de los necesitados, confiadas a la Iglesia desde la Colonia. Conforme a este modelo, los liberales consideraban que la movilidad social era posible a través del trabajo, la educación y la libre competencia (Bidegain, 1987; Cruz Rodríguez, 2010; Martínez, 2001), de manera que defendían la educación obligatoria, gratuita y laica, y se mostraban contrarios a la caridad, en tanto esta “fomentaba la pereza e impedía que las masas asimilaran con rapidez los ideales capitalistas”, constituyendo un obstáculo para la libre competencia y, por tanto, para el progreso económico (Bidegain, 1987, p. 153). A esta resistencia se sumaba que la caridad reafirmaba el poder de la Iglesia entre las masas populares y, por esa vía, el de los conservadores (Bidegain, 1987; Cruz Rodríguez, 2010; Martínez, 2001).

Entre tanto, la ideología conservadora fue encontrando sus referentes en la reivindicación del legado español, la república católica y un culturalismo basado en el rechazo a la imitación de modelos foráneos y la exaltación de una supuesta identidad nacional agraria, conservadora y católica (Martínez, 1996; 2001). Desde este punto de vista, la conjunción entre Iglesia y Estado era indispensable para garantizar el orden social, pues aquella cumplía una función moralizadora y unificadora en torno a un ethos basado en la autoridad, la jerarquía y el orden,

⁷⁷ Declarada en 1819.

que se consideraba instaurado desde la Colonia. De modo que la educación debía ser voluntaria, católica y privada, reservada a una franja privilegiada, al tiempo que la Iglesia tendría que centralizar y administrar la asistencia a los pobres, bajo el entendido que estos ocupaban una posición social necesaria que debía ser aceptada y preservada, siendo indispensable para ello prestarles asistencia y procurar su formación, por vía de la experiencia, en los oficios que “naturalmente” les correspondían; su educación, entonces, no solo no era necesaria, sino que resultaba peligrosa. Así, a través de la caridad se lograría cumplir un deber moral y asistir a los menesterosos preservando el orden (Bidegain, 1987; Cruz Rodríguez, 2010; Martínez, 2001).

Con los liberales en el poder, hacia mediados del siglo XIX se produjeron reformas que abordaron la remoción de los privilegios coloniales de la Iglesia y el establecimiento de un Estado más secular⁷⁸. Y aunque la atención a quienes no contaban con los medios para proveerse la propia existencia pasó a considerarse una actividad estatal y, desde entonces, se incluyó lo social en las agendas de gobierno (Castro-Carvajal, 2007; Sánchez Salcedo, 2014), los radicales⁷⁹ guardaron por cerca de dos décadas un relativo silencio e indiferencia respecto a la cuestión social, de manera que las iniciativas oficiales en este sentido fueron escasas (Bidegain, 1987; Martínez, 2001).

Tal inacción dejó el campo abierto para la expansión de las organizaciones de caridad –como la reconocida Sociedad San Vicente de Paúl– dirigidas por conservadores pero en las que participaba también un número importante de liberales, las cuales lograron posicionarse en el terreno del bienestar de las clases populares ante la ausencia de instituciones estatales, y fueron instalando la conveniencia de implantar en el país comunidades religiosas católicas procedentes de Europa para que asumieran, con su experticia, la atención de los más necesitados (Bidegain, 1987; Cruz Rodríguez, 2010; Martínez, 2001).

Ante esta situación, pero también permeados por el temor a la amenaza que representaban los pobres⁸⁰, los radicales implementaron una política de ayuda financiera a las instituciones caritativas, cuyo principal instrumento fue la Junta General de Beneficencia del Estado

⁷⁸ Refiere Beatriz Castro Carvajal (2007) que particularmente las reformas liberales de 1851, 1863 y 1876 abordaron la remoción de los privilegios coloniales de la Iglesia y el establecimiento de un Estado más secular.

⁷⁹ Se denomina de esta manera al ala liberal que gobernó el país entre 1864 y 1877 y de la que se separó un grupo de liberales denominado “independiente”, el cual estaba liderado, entre otros, por Rafael Núñez, quien llegó a la presidencia en 1880 y con cuyo mandato iniciaría en firme el proceso conocido como Regeneración (Cruz Rodríguez, 2010).

⁸⁰ Refiere Martínez (2001) que se trataba de un miedo importado, relacionado con la miseria material y moral de la clase obrera y los levantamientos populares en Europa, que se conjugó con el temor a la insurrección de los artesanos y otros grupos de las clases populares que empezaban a aparecer como actores políticos a mediados del siglo XIX en Colombia.

Soberano de Cundinamarca, creada en 1969. En este marco, los auxilios para hospitales, asilos, lazaretos y otras instituciones se multiplicaron (Bidegain, 1987; Martínez, 2001).

A mediano plazo, la conquista de este territorio por parte de las organizaciones caritativas y la Iglesia –lo que Martínez (2001) denomina “el movimiento de la caridad” (p. 104)– tendría un lugar determinante no solo en la proliferación de instituciones de asistencia a los pobres en las últimas tres décadas del siglo XIX, sino en el desplazamiento del poder, primero hacia los liberales independientes y, luego, hacia el conservatismo, y en la (re)instauración de un orden nacional católico durante la Regeneración, un proceso político que tuvo como antesala el declive del orden confederado y liberal establecido en la Constitución de Rionegro (1863) y que con la confluencia de liberales independientes y conservadores moderados logró instaurar un nuevo orden nacional, plasmado en la Constitución Política de 1886. En este nuevo orden, entre otras importantes reformas, se pasó de un Estado confederado a uno centralizado, denominado ahora República de Colombia y organizado en departamentos, y se restituyó la relación estrecha entre Estado e Iglesia católica. Este proceso dio pie al periodo de gobiernos de orientación conservadora conocido como Hegemonía Conservadora, que habitualmente se ubica entre 1885 y 1930 (Gutiérrez Ardila, 2024; Martínez, 2001). Al respecto, refiere Martínez (2001):

La nueva tendencia liberal a apoyar la acción de la Iglesia y de las sociedades caritativas provoca simpatías conservadoras y eclesiásticas, pero no basta para crear el consenso. En primer lugar, porque la ayuda financiera del Estado sigue siendo limitada; pero sobre todo, quizá, porque las intenciones de un gran sector del clero y del conservatismo van más allá de la búsqueda de favores por parte de un Estado que combaten. El deseo de implantar en el país congregaciones religiosas europeas, que comienza a dar sus frutos en los años setenta, persigue algo más que la simple consolidación de la caridad: busca reemplazar el incipiente orden liberal por un orden nacional católico. El éxito de esos primeros intentos de reconquista católica de la sociedad colombiana convencerá a la mayor parte del clero de la necesidad de continuar apoyando a los conservadores en su búsqueda del poder. (p. 104-105)

Así las cosas, para finales de siglo, impulsado por una nueva Constitución Política y por el Concordato firmado entre el Estado colombiano y el Vaticano en 1887, el papel de la Iglesia en las instituciones dirigidas a los pobres, así como en la educación, se afirmaba. De manera que la beneficencia pública, como se denominó en la Constitución de 1886, estaba a cargo de las instituciones de ayuda a los pobres deseados, entre las cuales se incluían asilos, hospicios y hospitales. En ella confluían recursos públicos y privados; la buena voluntad de ciudadanos y ciudadanas de las élites, frecuentemente organizados en asociaciones; el saber científico,

particularmente médico, del que disponían unos pocos privilegiados; la experiencia de las comunidades religiosas en la administración de los establecimientos y en la atención y orientación moral y espiritual de los sujetos; finalmente, las autoridades departamentales, encargadas de garantizar el funcionamiento. Esta compleja amalgama entre caridad y beneficencia muestra, como lo afirma Castro Carvajal (2007), la coexistencia y complementariedad de dos conceptos que, para entonces, “fueron revitalizados y casi homologados” (p. 22).

5.2 UN LUGAR PARA LOS LOCOS EN ANTIOQUIA

Aunque desde el inicio de la República⁸¹ las políticas gubernamentales ya contemplaban “separar del cuerpo social a aquellos habitantes que significaban mayor peligro para el bienestar de las gentes ‘de bien’”(Restrepo Zea, 2002, p. 84), a partir de la segunda mitad del siglo XIX se perciben cambios en las concepciones sobre los sujetos de atención y los propósitos de las instituciones. Con ello, paulatinamente se iba dando cuerpo a criterios de clasificación con base en los cuales se determinaba a qué institución era derivado un individuo y, en consecuencia, el tratamiento que recibía (Castro-Carvajal, 2007). Aun así, la clasificación básica que separaba a los pobres entre deseados e indeseados permanecía, reafirmando la frontera entre quienes eran merecedores de recibir ayuda y quienes no. En cualquier caso, el confinamiento fue por décadas la opción de primera línea, aunque cada vez con establecimientos más especializados en los que se conjugaban valores y conocimientos diversos para el tratamiento de cada categoría.

Esta clasificación básica de los pobres, sostiene Castro Carvajal (2007), provendría de Europa, donde había sido usada desde el siglo XVI y tenía entre sus principales objetivos:

La regulación estricta contra la mendicidad en las calles, junto con la idea de confinamiento de los pobres. Los pobres deseados recibirían asistencia de las instituciones religiosas o de los individuos filantrópicos, mientras que los indeseados serían sujetos de control secular y disciplina. (p. 70)

Cabe recordar, no obstante, que en Colombia el manejo de los establecimientos de castigo, es decir, en esta lógica, de aquellos dirigidos a pobres indeseados, también estuvo por largo tiempo a cargo de comunidades religiosas, especialmente aquellos destinados a mujeres (Castro Carvajal, 2014; García Amézquita, 2015).

⁸¹ Es decir, a partir de 1819, cuando se declara la independencia de España.

En lo que respecta a la locura, esa frontera resultaba más difusa. Antes de la creación de las casas de locos o enajenados, e incluso estando ya en funcionamiento, cuando perturbaban a sus familiares o alteraban el orden público, estas personas, por lo general, eran recluidas en hospitales generales⁸², asimiladas a criminales y entonces encerradas en establecimientos de castigo, o bien consideradas indigentes o mendigos, de manera que se les internaba en los asilos u hospicios destinados a este grupo (Castro-Carvajal, 2007; Gutiérrez Avendaño, 2019; Restrepo Zea, 2011; Roselli, 1968). En el Asilo de Indigentes Varones de Bogotá, por ejemplo, habitaban “locos, ciegos y tullidos que antes vagaban por las calles mendigando el pan” (Vicente Arbeláez, 4 jun. 1871, *apud* Restrepo Zea, 2011, p. 476); “indigentes, inválidos, lisiados, valetudinarios, ancianos, ciegos, sordos, mudos, i⁸³ demás”; “ensimismados, carentes de sentido, necios, sombríos, taciturnos y pesarosos” (Vicente Arbeláez, 1 ene. 1873, *apud* Restrepo Zea, 2011, p. 483-484). En el país, la separación institucional de locos o enajenados de indigentes y delincuentes ocurrió gradualmente en los departamentos que crearon establecimientos diferenciados para cada grupo, lo cual no significó que desaparecieran las ambigüedades; en otros lugares, la convivencia se mantuvo por largo tiempo (Castro-Carvajal, 2007; Gutiérrez Avendaño, 2019).

Para 1875, cuando la Junta Suprema del Hospital del Estado Soberano de Antioquia resolvió hacer una colecta para fundar una Casa de Alienados (De Los Rios, 1980; Londoño, 1933; López Vélez, Rueda y Suarez Quiroz, 2004), Medellín, su capital, sobrepasaba ya los veinte mil habitantes y a ella empezaba a asomarse el afán por la modernización y el progreso (Melo, 2018). Comparada con otras del país, Antioquia era una región relativamente próspera por cuenta de las inversiones en minería y la actividad comercial; al mismo tiempo, con un fuerte arraigo conservador y católico que se reflejó en sus gobernantes –predominantemente conservadores, aun en tiempos de los liberales radicales en el poder central– y en su ordenamiento social e institucional (Ortiz Mesa, 2010). A lo anterior, añade Ortiz Mesa (2010):

Una élite minera, comercial y de hacendados, predominantemente conservadores, asumió actitudes modernizantes sin entrar en conflictos con la Iglesia y más bien recibió su apoyo. La élite antioqueña conjugó sus actitudes de enriquecimiento con una ética católica y esto hizo que defendiera sus negocios ante cualquier intruso, e irrigó, entre buena parte de la población, una cultura básicamente federalista, católica y ahorrativa. [...] En esta región arraigó, aparejado con el fortalecimiento institucional, un sentido ético de la

⁸² Refiere Castro Carvajal (2007) que los hospitales fueron “la única ayuda institucional durante el periodo colonial e incluso hasta las cuatro primeras décadas de la República [...]. Solo en Bogotá un orfanato fue establecido en siglo XVII” (p. 99) y serían estos los únicos establecimientos de ayuda a los más necesitados hasta 1860. La autora también señala la existencia de una “sala para los lunáticos”, al menos desde 1739, en el hospital de Bogotá.

⁸³ Se conserva la forma del español de la época.

religiosidad, asociado a la superación económica, el racionalismo práctico y la iniciativa individual, pero también y, en gran medida, por el fortalecimiento de unas mentalidades colectivas que se fundaron en instituciones, prácticas y discursos que echaron raíces en la población. (p. 170-171)

Con las donaciones de los “principales vecinos de la ciudad” (Londoño, 1933, p. 240), la colecta logró recaudar más de \$7.000 pesos para la Casa de Alienados, pero su destino incierto se disputa entre la guerra civil de 1876⁸⁴ y el control de una plaga de langosta. De manera que fue por Acuerdo de la Corporación Municipal de la ciudad que tres años más tarde entró en funcionamiento el Hospital de Enajenados (Corporación Municipal, 1883, 15 de mayo; De Los Rios, 1980; Londoño, 1933; López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz, 2004).

El Hospital tenía la doble intención de separar a los enajenados de los criminales y de proteger a la sociedad de los perjuicios que podían causar. Sus primeros habitantes fueron hombres y mujeres transferidos desde la cárcel del Distrito, donde permanecían después de que la policía los detuviera por estar vagando por las calles o perturbando el orden con su comportamiento, que el Hospital de Caridad se negara a recibirlos amparado en su propio reglamento y que no se encontraran familiares que pudieran o quisieran hacerse cargo de su cuidado (Casas Orrego, 2008; De Los Rios, 1980; Silva Mantilla, 2012). Descartadas la familia, la calle, el hospital general y la cárcel, era necesario crear en Medellín un lugar para los locos.

Así lo establecía el Acuerdo del 13 de abril 1878:

Artículo 3°. Al hospital que se crea por este Acuerdo serán trasladados los locos que existan en la cárcel del Distrito y se continuarán admitiendo en el establecimiento a los pacientes de la misma afección en los términos que disponga el reglamento que debe expedirse. (*apud* Londoño, 1933, p. 244)

Se reconocía de esta manera su condición de enfermos y la necesidad de un trato diferencial, pero aunque se les nombraba pacientes afectados de locura, en las fuentes disponibles es poco lo que puede advertirse respecto al trato que recibían como tales, mas sí como seres peligrosos que debían ser contenidos y pobres merecedores de la caridad cristiana y de la ayuda gubernamental.

⁸⁴ De acuerdo con Ortiz Mesa (2010), aunque Antioquia había permanecido relativamente al margen de las sucesivas guerras civiles que tuvieron lugar en el actual territorio colombiano a lo largo del siglo XIX, esto no fue así en la que se produjo entre 1876 y 1877. Este conflicto, conocido como Guerra de las Escuelas, tuvo entre sus principales motivos la voluntad del gobierno central de instaurar en todo el territorio de los Estados Unidos de Colombia una educación secular, lo que desencadenó una oposición violenta por parte de facciones conservadoras alentadas por el clero.

La Casa de Enajenados o Casa de Locos, como terminó llamándosele, se sumó a otras tantas instituciones que en Medellín se destinaron a “socorrer a los desvalidos” y a “hacer llevaderas las miserias humanas”, como el Hospital de Caridad, la Casa de Asilo, la de Beneficencia, la de Refugio o la de Huérfanos, que satisfacían “urgentes necesidades, a las cuales el Gobierno no puede atender directamente [por lo cual] ha sido preciso que la caridad cristiana se ponga en frente de ellas”(Mejía, 1888, 15 de junio, p. XXIV-XXV).

Fotografía 5 – Casa de Huérfanos de Medellín, 188?



Fuente: Gonzalo Gaviria [188?]. Captura de pantalla reproducida con autorización de la Biblioteca Pública Piloto.

De hecho, tanto la Casa de Locos como la de Huérfanos permanecieron por años bajo la dirección de María Jesús Upegui, una mujer reconocida por su prolífica obra caritativa⁸⁵, y del médico Tomás Quevedo Restrepo (ambos en la fotografía 5) (Londoño, 1933; Posada Arango, 1903; Roselli, 1968).

⁸⁵Además de su trabajo en la Casa de Enajenados y la de Huérfanos de Medellín, en 1903 fundó una comunidad religiosa católica a través de la cual continuó su obra caritativa. Como homenaje a su trabajo, el Hospital Mental de Antioquia lleva hoy en día su nombre y actualmente se adelanta un proceso en la Iglesia católica para su beatificación y canonización.

En sus 14 años de existencia, la institución pasó por tres casas alquiladas en la ciudad, cuyas condiciones, a juzgar por las reiteradas peticiones y reclamos de la directora, del médico y del síndico, no preveían mayores consideraciones. Diferentes fuentes se refieren a las malas condiciones de las casas donde funcionó el Hospital y de aquellas que ofrecía la administración municipal para trasladarlo; a la insuficiencia de recursos, como camas, cobijas, alimentos y vestido para las personas internadas, dinero para salarios del personal y otros gastos, y a la necesidad de recurrir a la caridad para obtener dinero o donaciones, incluso de medicamentos (Amador, 1883, 2 de julio; Llano, 1884; Ospina, 1885, 28 de agosto; Quevedo, 1881, 10 de mayo; Upegui, 1887, 3 de febrero; Upegui E., 1888, 30 de mayo; Upegui M., 1887, 18 de junio; Vélez, 1892, 27 de febrero).

Los recursos para el sostenimiento de la Casa de Locos, siempre insuficientes y sujetos a vaivenes políticos y administrativos⁸⁶, provenían principalmente del Municipio, del Estado/Departamento –que debía pagar por el sostenimiento de los enajenados provenientes de otros municipios–, de las cuotas que sufragaban los familiares con capacidad de pago y de la caridad, que en el decir del gobernador Juan de Dios Mejía (1888, 15 de junio), especialmente en Medellín, hacía prodigios. Durante la existencia de la Casa, el Estado Soberano de Antioquia se transformó en Departamento de Antioquia, esto en el contexto de los conflictos políticos antes referidos. Tales disputas y las consecuentes transformaciones administrativas terminaron por afectar su funcionamiento; de acuerdo con el informe que en 1888 entregaba el Síndico al Secretario de Gobierno, llevaron a que, por momentos, se retiraran o disminuyeran aportes al Hospital e, incluso, a que dejara de contarse allí con un médico (Upegui E., 1888, 30 de mayo).

De cualquier forma, la presencia del médico en la Casa no era permanente, de modo que la atención directa, el mantenimiento de la disciplina y, en general, la administración de la cotidianidad⁸⁷ corrían por cuenta de la directora y del personal con quien ella habría contado: una subdirectora, “tres o cuatro asistentes fuertes y decididos”, cocinera, criadas y otros asistentes (Corporación Municipal, 1883, 15 de mayo; Upegui, 1887, 3 de febrero; Upegui E., 1888, 30 de mayo). Como medios para calmar la agitación y contener los accesos de furia se dispusieron cepos, jaulas y cadenas, y se acudía a medicamentos que eventualmente escaseaban

⁸⁶ Entre ellos, las comunicaciones se refieren, en particular, a la dificultad para conseguir que otros municipios asumieran los pagos correspondientes a las personas que se remitían de fuera de Medellín (Llano, 1884; Upegui, 1887, 3 de febrero).

⁸⁷ En el reglamento de la Casa, las funciones de la directora incluían mantener la disciplina interna y residir constantemente en el establecimiento, ordenar los gastos, manejar la despensa, llevar los registros de altas y bajas de enajenados y presentar las cuentas por cobrar. Además, hacía parte, junto al médico y el presidente del Cabildo Municipal, de la Junta Administrativa del Hospital, responsable de la administración interna, incluyendo determinar los asistentes que se requirieran (Corporación Municipal, 1883, 15 de mayo).

(Barrientos, 1885, 26 de agosto; Corporación Municipal, 1883, 15 de mayo; Ospina, 1885, 28 de agosto; Upegui E., 1888, 30 de mayo; Vélez, 1885, 3 de septiembre). En cualquier caso, según lo relataba Londoño (1933), se trataba de “una enfermedad en aquellos tiempos poco conocida y por lo mismo mal tratada, pues no se poseían los elementos indispensables para asistir y curar convenientemente los enfermos según la forma del trastorno que revelaban sus facultades anímicas” (p. 246).

Entre las fuentes revisadas, apenas se encontró una alusión a la utilidad que representaría alguna forma de distracción o recreación en el bienestar de los enajenados. Era del síndico J. Baltasar Melguizo, quien tras referirse en su informe de 1890 a la precariedad del tratamiento que los locos recibían en la Casa, recomendaba programar en el establecimiento una retreta semanal con la banda de música del departamento, pues, afirmaba: “bien sabido es que la locura es enfermedad que requiere, sobre todo, recreación para el espíritu” (Melguizo, 1890, *apud* López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz, 2004, p. 38).

Así, puede entenderse que el confinamiento en el Hospital o Casa de Enajenados obedecía básicamente a razones de preservación del orden, en un contexto de progresiva urbanización e incipiente modernización de Medellín. Se asignaba de esta manera, desde el gobierno local, un lugar para los locos, al tiempo que se centralizaba allí la ayuda que se les proveía, integrando recursos públicos y de caridad. La Casa, más allá de separar a los sujetos del resto de la sociedad, no parece reunir las características de un asilo, en el que, como lo define Rothman (2002), se organizara y administrara la rutina diaria de actividades, se incorporara el trabajo como principio o se aspirara a transformar el carácter de las personas internadas. Asimismo, la ausencia de referencias a un ambiente o a un régimen de vida orientados a la curación, a medios de contención alternativos al uso de la fuerza o a la relación médico-enajenado hacen pensar que, en la concepción y funcionamiento de esta institución, no hubo influencia alguna del tratamiento moral de la locura.

6 EN CONDICIONES DE MEDIO ADECUADAS... TALLERES, HUERTAS Y LUGARES DE RECREO EN LA CREACIÓN DEL MANICOMIO

Fotografía 6 – Plaza Principal, Medellín, 1891.



Fuente: Fotografía Rodríguez (1891). Captura de pantalla reproducida con autorización de la Biblioteca Pública Piloto.

La propuesta de establecer en el territorio antioqueño un manicomio moderno que supliera las necesidades a las que con precariedad respondía la Casa de Locos se había puesto sobre la mesa pocos años después de que esta entrara en funcionamiento. Según el relato del médico Juan Bautista Londoño (1933), en 1882, las autoridades del Estado Soberano de Antioquia intentaron crear un manicomio a través de la expedición de la Ley 127, pero esta disposición no llegó a concretarse. Más tarde, en medio de la transición y la reorganización del territorio nacional tras la promulgación de la Constitución Política de 1886, la Asamblea del ahora Departamento de Antioquia decidió, a través de la Ordenanza 24 de 1888, crear tal institución y disponer los recursos para la construcción de un edificio adecuado (Antioquia, 1888). Siguiendo a Londoño (1933) –quien, a la usanza de la época, habría llegado recientemente de Francia tras perfeccionar sus estudios de medicina⁸⁸ (Robledo, 1960, *apud* Roselli, 1968)–, la presentación

⁸⁸ Sostiene Martínez (2001) que la medicina ocupaba el primer lugar entre quienes viajaban a París para realizar estudios superiores. Añade que “la norma de la medicina francesa es absolutamente dominante en Colombia” (p. 124) y que la obtención del diploma de la Facultad de Medicina de París “se constituye una etapa obligatoria para quien desee, a finales del siglo XIX, tener algún éxito en el ejercicio de la medicina en Colombia” (p. 131).

del proyecto que dio vida a esta Ordenanza se produjo después de que él mismo, en su calidad de diputado de la Asamblea de Antioquia, visitara la Casa de Locos junto con otros miembros de esa corporación.

La Ordenanza n.º 24 de 1888, continuando la vocación del Hospital de Enajenados, da cuenta de un establecimiento que respondía a motivaciones de defensa del orden y protección de la seguridad. Así lo muestran los artículos 1 y 4 de esta normativa:

Art. 1.º Establécese en la capital del Departamento una casa para asilo de enajenados, que se llamará *Manicomio del Departamento*, y donde serán retenidos todos aquellos individuos que por razón de su locura puedan ser perniciosos á la sociedad o dañarse á sí mismos⁸⁹.

Art. 4.º Los locos furiosos y aquellos monomaniacos que atenten contra su vida, los exhibicionistas y los de manía incendiaria, serán asilados de preferencia. (Antioquia, 1888, p. 212)

A su vez, la denominación del establecimiento, ya no hospital, como se pretendió diez años atrás, sino manicomio, así como el lenguaje que se emplea en la norma para delimitar los sujetos a los que se destinaba, lo aproximan de manera más clara al terreno de la medicina. En este sentido, refiere Cristina Sacristán (2009):

Según la etimología de la palabra [mani-comio], del latín "manía" y del griego "cuidar", la manía es una "especie de locura, caracterizada por delirio general, agitación y tendencia al furor", donde expresiones como delirio, agitación y furor la inscriben en el campo médico y apuntan a lo que por siglos se conoció simplemente como furiosos, es decir, peligrosos [...].

En su significado literal, el manicomio sería ese territorio destinado a cuidar, tanto en el sentido de atender como en el de vigilar, a peligrosos y diferentes. (p. 166)

La alusión a “monomaniacos” y a “manía incendiaria”, entre tanto, remitirían a la nosografía elaborada por el alienista francés Jean-Etienne Dominique Esquirol (1772-1840) –discípulo y continuador del trabajo de Phillipe Pinel– para clasificar las enfermedades mentales (Huertas García-Alejo, 1999). Esta muestra de alguna proximidad con el alienismo francés en la concepción del nuevo manicomio y en la redacción misma de la Ordenanza podrían atribuírsele a la presencia del médico Juan Bautista Londoño en la Asamblea Departamental, teniendo en cuenta no solo sus recientes estudios en Francia, sino la referencia en sus escritos, como

⁸⁹ En todas las citas extraídas de fuentes primarias se conservan las formas del español de la época, así como los errores ortotipográficos originales.

veremos más adelante, a autores como el mismo Esquirol, su discípulo, Jean Pierre Falret (1704-1870), entre otros, y a instituciones mentales francesas.

No obstante, ese cuidado de la locura pernicioso que se instalaba en el territorio del Manicomio del Departamento –nos deja ver la Ordenanza en sus artículos 3, 5 y 7– no se inscribía apenas en el campo de la medicina, sino, incluso con más fuerza, en el de la beneficencia pública, donde las autoridades civil y eclesiástica se conjugaban, como se consagraba en la naciente Constitución Política, para mantener el orden social.

Art. 3.º El Gobernador podrá poner el Manicomio bajo la administración de las Hermanas de la Caridad ó de cualquiera otra asociación ó de persona de su confianza.

Art. 5.º Para proveer y arreglar el establecimiento con todos los útiles y comodidades indispensables, el Gobernador solicitará el concurso de la Academia de Medicina.

Art. 7.º El Gobernador se pondrá de acuerdo con el Ilustrísimo Sr. Obispo de la Diócesis, con el fin de que las autoridades civil y eclesiástica exciten á los pueblos á que contribuyan con limosnas y cuotas voluntarias para el citado Establecimiento. (Antioquia, 1888, p. 212-213)

De hecho, la administración del Manicomio se confió en principio a una serie de personas reconocidas por su labor caritativa, entre quienes figuraban algunas que ya venían haciendo lo propio en el Hospital de Enajenados. En abril de 1892, la señora María de Jesús Upegui se trasladó, junto con los 39 enajenados que permanecían en la Casa, a las instalaciones del nuevo Manicomio en el alto de Bermejál, mientras, por algún tiempo, el doctor Tomás Quevedo Restrepo fungió como médico y el “gran filántropo”⁹⁰ Wenceslao Barrientos lo hizo como síndico. Pocos años más tarde, la Gobernación del Departamento firmó un contrato con la Sociedad San Vicente de Paúl para que asumiera la tarea; así que su presidente, Ricardo Escobar Ramos, asumió los cargos de médico y síndico, en tanto la administración se le delegó a otra dama caritativa, doña Candelaria Uribe de Velásquez, a quien le acompañaban en el manejo de la casa: su hija, una costurera, una dispensera y varias sirvientas (Londoño, 1933).

Consideraba Escobar Ramos que la principal causa de la locura entre los pacientes del Manicomio era la pobreza o la carencia de medios de subsistencia (Londoño, 1933), de manera que puede entenderse que los locos entraban, como los demás desdichados que atendía la Sociedad San Vicente de Paúl, en la categoría de pobres merecedores de la consideración de las sociedades cristianas. Para 1906, después de que el gobernador celebrara un contrato con las

⁹⁰ Como lo denominaba Londoño (1933, p. 250).

Hermanas de la Caridad, la administración del Manicomio pasó por fin, como se había previsto desde su creación, a esta comunidad religiosa (Londoño, 1933; Uribe; Gaetan, 1905, 28 de octubre); las hermanas permanecerían en la institución hasta 1965 (López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz, 2004).

La Sociedad San Vicente de Paúl, de origen Francés, se estableció en Bogotá en 1857. Para finales de la década de 1860, sus núcleos se multiplicaban por el país, al punto que en 1880 se contaban 27; llegó a Medellín en 1882. Estaba conformada por hombres⁹¹ católicos de las élites locales –el mismo Juan Bautista Londoño hacía parte de esta (Londoño, 1933)– y su labor, enmarcada en la caridad, se enfocaba en instruir a los pobres en la moral cristiana y aliviar sus desgracias.

Además del Manicomio, entre otros establecimientos, la Sociedad se hizo cargo en Medellín de la Casa de Mendigos, donde se enseñaba a los niños allí internados a labrar la tierra y el oficio de la zapatería, y fundó los Talleres de San Vicente, que proporcionaban educación básica e instrucción en artes y oficios a niños huérfanos. Los Estatutos y Reglamento General de la Sociedad en la ciudad consagraban entre sus prioridades “procurar ocupación lucrativa á aquellas personas, especialmente mujeres, que están en la indigencia pero que tienen alguna aptitud para el trabajo” (*apud* Botero Herrera, 1995, p. 40). La formación en oficios artesanales para los varones y domésticos para las mujeres, de tal modo que con ellos pudieran ganarse la vida, hizo parte de la labor de la Sociedad en Medellín y otras ciudades (Castro-Carvajal, 2007; Martínez, 2001; Morales Mendoza, 2011).

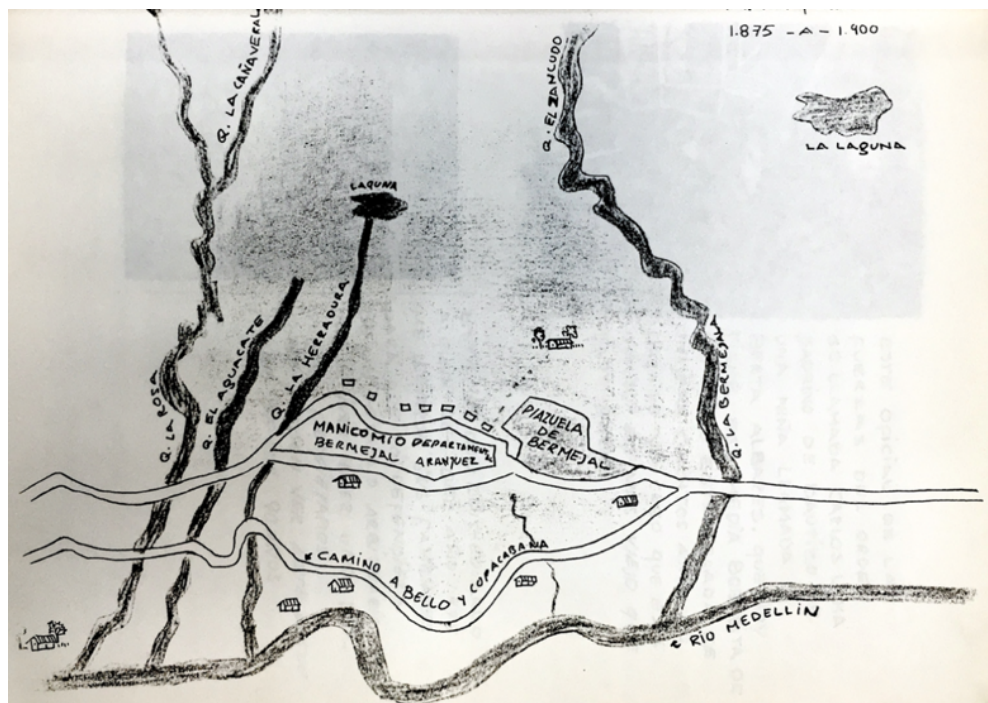
Diversos documentos de la Sociedad dejan claro que su trabajo era considerado como un antídoto para las ideas socialistas, a las cuales los pobres eran particularmente vulnerables (Botero Herrera, 1995; Castro Hernández, 1994; Morales Mendoza, 2011); tales ideas, argumentaban las corrientes conservadoras de la segunda mitad de siglo, venían de la mano con el liberalismo y alimentaban el miedo a la insurrección de la plebe en el que se apoyó la retórica de los ideólogos de la Regeneración (Martínez, 2001).

⁹¹ La participación de mujeres como socias, a través de conferencias femeninas, vendría a ocurrir después de la década de 1920, según Castro-Carvajal (2007) o en 1958, de acuerdo con lo relatado por Botero Herrera (1995). No obstante, señala Botero Herrera (1995) que, con frecuencia, las esposas de los socios participaban de otras obras caritativas y que incluso existieron numerosas obras de caridad dirigidas por mujeres. Sin ir más lejos, debe recordarse el papel de María de Jesús Upegui en la Casa de Locos y la Casa de Huérfanos de Medellín.

Para inicios del siglo XX, la Sociedad San Vicente de Paúl seguía ejerciendo una influencia importante en los asuntos del Manicomio; la Ordenanza 8 de 1904, inclusive, delegaba en su presidente la función de vicepresidente de la Junta Directiva del establecimiento (Antioquia, 1904).

En cuanto al concurso de la Academia de Medicina de Medellín, respondiendo a lo dictado en la Ordenanza de 1888, actuó como órgano consultivo que, aun antes de iniciar la construcción, conceptuó para la Gobernación respecto a la conveniencia de la ubicación, el terreno, los planos y el desarrollo de la obra. Además de los fines prácticos e incluso estéticos alrededor de los planos y construcciones del Manicomio, sus conceptos, como se verá a continuación, hablan de la función que se esperaba que el establecimiento cumpliera y de las condiciones materiales que se estimaban necesarias para proveer tratamientos útiles. Meses después de la emisión de la Ordenanza, una comisión de la Academia, conformada por tres médicos, visitó el sitio de Bermejales que había sido escogido para edificar el Manicomio (Fotografía 7).

Fotografía 7 – Ubicación del Manicomio Departamental de Antioquia en la loma de Bermejál, antes de 1900, según dibujo de Bernardo María Quiroz Torres (1989).



Fuente: Quiroz Torres (1989, s.p.)

De su informe, se extrae lo siguiente:

La creencia definitiva de la Academia es que el paraje de que tratamos se adapta bien á las exigencias de actualidad y a las que vengan más tarde cuando el aumento de población pida que se dé mayor ensanche á esta humanitaria fundación.

[...] Cosa bien sabida es que las enfermedades mentales no se tratan en la época presente con métodos de rigor, sino que antes, por el contrario, se buscan para su aplicación todos los medios de hacer entrar en reposo el espíritu agitado de los enfermos. La detención forzada y la camisa de fuerza quedarán reservadas á los infelices que padezcan locura furiosa é indomable, pero los otros pacientes obtendrán de la pureza del aire, de la frescura de los baños, de la limpieza de la atmósfera y de la belleza del medio en que vivan grandes efectos saludables.

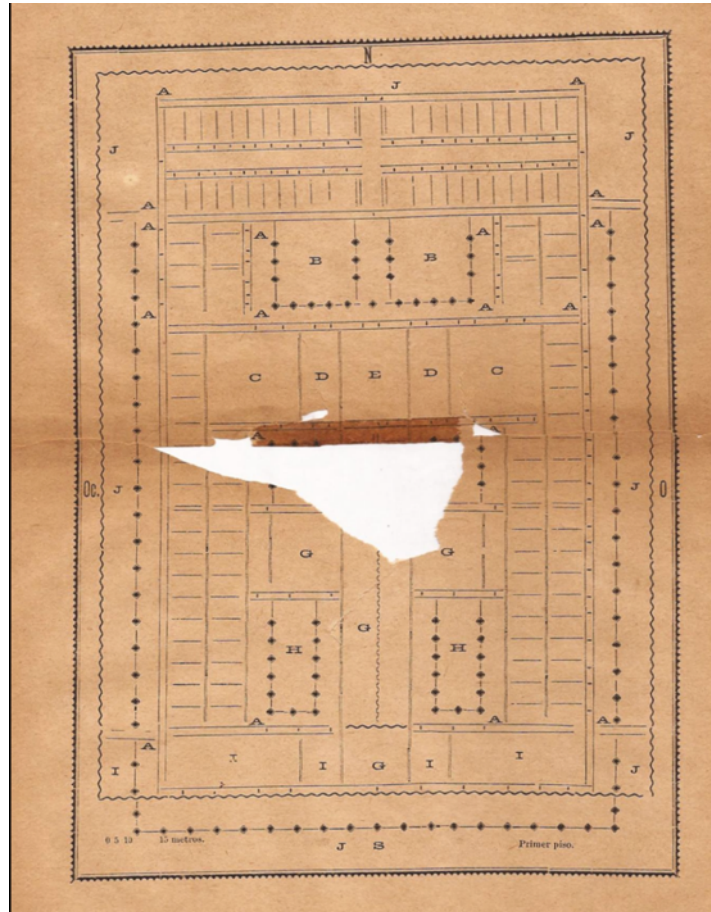
[...] La Academia piensa que lo primero que debe ejecutar el Gobierno consiste en adquirir la propiedad de mayor cantidad de terreno para el desenvolvimiento posterior de un asilo que con el transcurso de los años deberá prestar inmensos servicios á la sociedad; [...] el manicomio deberá continuarse sobre bases que se adapten más tarde á la ejecución de un hospital modelo. (Uribe, Arango y Uribe, 1889, p. 70)

Así, desde la concepción del Manicomio, crear y proveer un ambiente apropiado fue un asunto relevante en la perspectiva médica, una parte esencial del tratamiento. Y para “tener las condiciones de medio terapéutico”, ese ambiente debería tener, además de una ubicación conveniente, un terreno suficientemente amplio y agradable con jardines, huertas, plantaciones, parques y talleres donde “poner á cada loco en condiciones de medio opuestas á las que dieron origen ó nacimiento á la enfermedad” (Londoño, 1897, p. 201, 205). Estas últimas condiciones, no obstante, en opinión de la Academia de Medicina, no las cumplía el Manicomio ni cuando fue abierto, en circunstancias apenas habitables, ni cinco años después, cuando continuaba en construcción. Así lo especificaba Juan Bautista Londoño, a título personal, pero también en representación de la Academia, en un nuevo concepto emitido en 1897 como respuesta a la solicitud del general Bonifacio Vélez, gobernador del departamento, en el sentido de proveer las bases científicas para la reglamentación interna de la institución (Londoño, 1897).

El escrito de Londoño (1897) parte de un análisis del plano del Manicomio con el cual pretendía probar lo inadecuado del edificio para un tratamiento médico de la locura que hiciera posible “curar a los curables y mejorar ó aliviar á los incurables” (p. 205). Dicho plano había sido diseñado por el arquitecto Luis Johnson, quien ante la insuficiencia del espacio, aseguraba Londoño, se había visto obligado a “construir un convento en vez de una casa de enajenados” (p. 201). En su crítica, el médico subrayaba las escasas dimensiones del edificio en general, de las 132 celdas que contenía y del “¡TERRENO LIBRE QUE PUEDE EMPLEARSE PARA

HUERTAS! ¡JARDINES! ¡CORRALES DE AVES!”⁹², contrastando con el tamaño de la capilla (Fotografía 8).

Fotografía 8 – Plano del Manicomio Departamental de Antioquia, publicado en la Memoria del Gobernador de 1892.



- | | | | |
|------------|---|--|-------------------------|
| A – Celdas | B- Grandes patios | C – Comedores | D – Despensa |
| E- Cocina | F (no perceptible por daño en el mapa) y H - Patios ⁹³ | G – Capilla con dos salones adyacentes y una sacristía | I – Terreno para huerto |
| | | | J – Jardines |

Fuente: Londoño (1897, p. 203).

Alineada con lo anterior, la Academia se abstenía de indicar detalladamente las bases del reglamento del Manicomio, en tanto, argumentaba, “el local actual no tiene ni los departamentos, ni el agua, ni los baños, ni los excusados, ni los lugares de recreo, ni los empleados necesarios” (Academia de Medicina de Medellín, 1897, p. 206). En su lugar, se reiteraba la recomendación de ensanchar el local comprando para ello un terreno adyacente, y

⁹² El énfasis a través de la mayúscula sostenida y los signos de admiración son del autor.

⁹³ Para precisar esta información, se contrastó con la versión del plano publicado por Roselli (1968, p. 169) y Díez Estrada (1978) al que los autores le atribuyen el año 1888 como fecha de elaboración.

se sugerían reformas que incluían: mejorar las condiciones de espacio, luz e independencia de las celdas –aceptadas a regañadientes, advirtiendo lo contraproducente que resultaba acudir a este método para el aislamiento⁹⁴–, construir enfermerías, departamentos aislados para pensionados –es decir, para aquellas personas internadas con capacidad de pago–, baños, lavadero y, finalmente, talleres para hombres y mujeres (Londoño, 1897).

A todo ello, se sumaba la indicación de nombrar un médico director y facultarlo para dictar las reformas y mejoras que se necesitaran para garantizar que el Manicomio terminara de ser construido con las condiciones higiénicas adecuadas para sus fines (Academia de Medicina de Medellín, 1897).

A pesar de disponer de poca información sobre lo que ocurría cotidianamente en el Manicomio alrededor del cambio de siglo, lo narrado por Londoño (1933) a partir de los informes rendidos en 1898 por el gobernador, Dionisio Arango, y el médico, Ricardo Escobar Ramos, ayuda a hacernos una idea. Aludía el doctor Escobar a la persistencia de condiciones de medio insuficientes, incluso a lo precario de algunos aspectos, más aun cuando la población de la institución había aumentado, en solo seis años, a 92 enajenados (46 hombres y 42 mujeres):

El edificio tenía celdas y pasadizos tan oscuros que se necesitaba luz artificial para entrar a ellas. Estas tenían el piso entablado con madera verde, desajustada, lo que dificultaba el aseo y las volvía fétidas. Como no había número suficiente de celdas, en algunas dormían hasta tres enfermos. Había 10 enajenados furiosos y no había jaulas suficientes para encerrarlos, etc. Pide el doctor que se aumente el local para hacer huertas y parques, manga para vacas y que se le ponga teléfono.

Advierte el gran inconveniente de los muros hechos de tierra pisada muy deleznable. Poseía 55 camas de madera en mal estado, muy feas. Corredores de tierra pisada que tenían mucha nigua. (Escobar Ramos, 1898, *apud* Londoño, 1933, p. 252)

Aun así, se hacía referencia también a la implementación de un régimen de tratamiento –al parecer basado en una buena alimentación, abrigo, atención médica y manejo de los furiosos por medios suaves– que, según el gobernador, hacía “frecuentes los casos de curación” (Arango, 1898, *apud* Londoño, 1933, p. 254).

⁹⁴ Londoño (1897) soporta esta posición en contra del aislamiento en celdas con los argumentos del Dr. Renaudín, incluidos en el *Traité des maladies mentales* del alienista francés Henri Dagonet (1823-1902).

Adicionalmente, el relato del escritor Juan de Dios Uribe Restrepo⁹⁵ (1939) tras su paso por el Manicomio en visita al poeta Epifanio Mejía⁹⁶, nos entrega otros elementos:

Al norte de Medellín, a media legua, sobre una colina de las que cierran la llanura, está el Asilo de locos. Es un edificio a medio hacer, con bastante espacio a los lados, con vistas hacia el Valle de Medellín, hacia el cajón del río, a la cuesta de Medina, a los montes de El Gallinazo y de El Granizal y a las cumbres romanescas de Santa Elena. Sitio de mucho aire, de mucha luz, de paisajes encantadores, corona la eminencia; y el sol que reverbera en su tejado nuevo, enciende como un fanal sobre el collado de los infelices... Allí vive Epifanio Mejía, nuestro poeta loco.

[...] El tranvía lo lleva a uno hasta El Bermejil, cruzamiento de carreteras y lugar de baños y de recreo; desde allí trepa la cuesta, entre sotos y vallados, por un paraje delicioso, con olor de montaña, con la frescura y reposo de las brisas libres y el campo verde.

[...] Mientras nos abrían la puerta del Asilo, reparamos en una capilla que queda enfrente, adonde llevan a los locos a oír misa los domingos, como si lo que no entienden los racionales estuviera al alcance de los enajenados... Abrieron. En el patio había algunos infelices tomando el sol en posturas ridículas. En el corredor se paseaban otros; de los cuartos cerrados y del interior del edificio salía una vocería confusa. -¿Dónde está Epifanio ? - preguntámos al portero. -Por aquí- nos dijo, y guió hacia la puerta del poeta. Una celda desmantelada, con una cama por único mueble, en el suelo desnudo, de tierra bermeja. Hacía frío allí dentro. Epifanio nos recibió con amabilidad y nos rogó que tomáramos asiento en la cama. -Es lo que tengo aquí- nos dijo. (Uribe Restrepo, 1939, p. 86-87)

Buena parte de los documentos producidos por los médicos y que guardan la historia del Manicomio ofrecen un extenso *desiderátum*⁹⁷ que por más de medio siglo depositó en las condiciones del medio institucional las posibilidades de tratar la locura. Si tenemos en cuenta las relaciones entre tratamiento moral y asilo, en pocas palabras, el asilo mismo y el secuestro de los alienados fueron condiciones *sine qua non* del tratamiento moral. Sobre este asunto, en un texto producido en el Congreso Francés de Médicos Alienistas y Neurologistas de 1896, traducido por Londoño e incluido en el número de los Anales de la Academia de Medicina de Medellín de enero de 1897⁹⁸, se introduce:

⁹⁵ Juan de Dios Uribe Restrepo (1859-1900), escritor y periodista antioqueño conocido como “El Indio Uribe”, fue admirador del poeta Epifanio Mejía y lo visitó durante la permanencia de este en el Manicomio Departamental. Aunque varias fuentes que publican partes del texto del que se extrae esta cita datan el escrito en 1899 (por ejemplo, la Revista Sábado N.º 13 de 1921), la visita que se narra se habría producido en 1893 (Roselli, 1987; Uribe Restrepo, 1939).

⁹⁶ Epifanio Mejía (1838-1913) fue un reconocido poeta y escritor antioqueño, autor de la letra del himno del departamento y tal vez el más célebre de los habitantes del Manicomio Departamental de Antioquia. Fue internado por primera vez cuando aún existía la Casa de Locos y murió en el Manicomio en julio de 1913 (Roselli, 1987).

⁹⁷ Hago uso de esta palabra como lo hizo en 1933 Juan Bautista Londoño para referirse a todo lo que se requería y deseaba para satisfacer las necesidades de un manicomio adecuado.

⁹⁸ Se trata de la misma edición que contiene tanto el artículo de Londoño (1897), en el que analiza los planos del Manicomio, como el concepto que da la Academia de Medicina de Medellín al gobernador sobre los lineamientos para reglamentarlo. Este

En el estado actual de nuestros conocimientos en psiquiatría, el aislamiento debe ser considerado como la mejor de las medidas aplicables al tratamiento de la locura. Sin embargo, hay casos en los cuales de una manera absoluta y en todas las circunstancias el internamiento del enajenado es indispensable, y otros en que la oportunidad de esta providencia es bien discutible. Las indicaciones de la secuestación se desprenden, ya del carácter propio de cada variedad de enajenación mental, ya del período á que ha llegado la enfermedad, de su intensidad, de las probabilidades de su evolución, de su duración y su terminación, y de la asistencia que pueda darle la familia. (Garnier, 1897, p. 207).

Así mismo, en el *Traité des maladies mentales*⁹⁹ del francés Henri Dagonet (1894), texto citado por Londoño en su artículo de 1897, su autor afirma:

Hay un hecho psicológico notable, un principio indiscutible en el que se basa el tratamiento moral de la alienación; es que los medios de orden exclusivamente moral son suficientes en un gran número de casos para operar una acción poderosa sobre el entendimiento del individuo, sobre sus sentimientos, sobre su voluntad. Bajo la influencia de ciertas palabras, por el despertar de ciertos recuerdos, el intelecto, las pasiones, pueden recibir un impulso particular; la conciencia puede ser presa de una emoción inesperada; la voluntad puede ser aniquilada o recibir una fuerza extraordinaria. ¿Quién nos dará alguna vez la explicación de esta misteriosa influencia ejercida sobre nuestro espíritu, y por consiguiente sobre nuestro organismo, por impresiones de naturaleza esencialmente moral? Sea como fuere, el tratamiento moral incluye los diversos medios que actúan sobre los hábitos y sentimientos del paciente, que atacan sus errores, sus ilusiones, el debilitamiento de su voluntad, etc. Deben tener una doble finalidad: la de desviar la atención de los pensamientos que preocupan constantemente a ciertos pacientes y, al mismo tiempo, por la suavidad de los procedimientos utilizados para con ellos, la de despertar en ellos sentimientos de confianza y gratitud compasiva.¹⁰⁰ (Dagonet, 1894, p. 239, traducción propia)

La provisión de tales medios suponía la apropiada ubicación, construcción, disposición, organización y administración del asilo, así que los textos de los alienistas franceses se

número, además, incluye la Ordenanza con la cual se crea el Manicomio y la disposición de policía que daba lineamientos sobre la detención de los enajenados.

⁹⁹ Tratado de enfermedades mentales.

¹⁰⁰ En el original: “*Il est un fait psychologique remarquable, un principe incontestable sur lequel est basé le traitement moral de l’aliénation; c’est que des moyens d’un ordre exclusivement moral suffisent dans un grand nombre de cas pour opérer sur l’entendement de l’individu, sur ses sentiments, sur sa volonté, une action puissante. Sous l’influence de certaines paroles, par le réveil de certains souvenirs, l’intelligence, les passions, peuvent recevoir une impulsion particulière; la conscience peut être prise d’une émotion inattendue ; la volonté peut s’anéantir ou recevoir une force extraordinaire. Qui nous donnera jamais l’explication de cette influence mystérieuse exercée sur notre esprit, et par suite sur notre organisme, par des impressions d’une nature essentiellement morale? Quoi qu’il en soit, le traitement moral comprend les moyens divers qui agissent sur les habitudes et les sentiments du malade, qui s’attaquent à ses erreurs, à ses illusions, à l’affaiblissement de sa volonté, etc. Ils doivent avoir un double but : celui de faire diversion aux pensées qui préoccupent sans cesse certains malades, et en même temps, par la douceur des procédés employés à leur égard, celui de réveiller en eux des sentiments de confiance et d’une sympathique reconnaissance*” (Dagonet, 1894, p. 239).

extienden en descripciones y prescripciones sobre estos asuntos. Jean Pierre Falret (2016b)¹⁰¹, en su compilación de 1864, en particular, refiere:

Es a través de medios indirectos que se debe buscar obtener la reacción del enfermo sobre sí mismo. Esos medios pueden resumirse en los principios siguientes que se desprenden naturalmente de los caracteres propios a los alienados y sirven de base a la constitución de los hospicios actuales:

1° Operar una distracción al delirio, provocando otras ideas u otros sentimientos que le hagan contrapeso. Ese principio se encuentra realizado con la ayuda de medios variados, principalmente la ocupación, bajo todas sus formas.

2° Sustituir por medio de una autoridad extraña la voluntad enferma.

3° Calmar la actividad exuberante de las facultades intelectuales y morales por el reposo del cerebro y la monotonía de las sensaciones, y orientar la actividad que no se puede detener hacia un fin real y extraño al delirio.

4° Provocar la reflexión sobre sí mismo a través del contraste entre todo lo que rodea al enfermo y su antiguo entorno.

[...] los hospicios, tal como están hoy en día organizados, nos ofrecen la realización de esos principios. Comprenderán entonces cuánta acción poderosa pueden ejercer esos hospicios sobre el espíritu de los alienados, y cómo Esquirol pudo decir que un establecimiento de alienados era por sí mismo el más poderoso instrumento de curación (p. 186).

Y agrega:

La construcción de un hospicio de alienados no debe ser tanto la obra de un arquitecto como la realización de los principios de la medicina mental, de tal manera que la modificación de esos principios conduzca necesariamente a una modificación correspondiente en el modo de construcción. (Falret, 2016b, p. 150).

Esta última afirmación puede conectarse con aquella función que recomendaba la Academia de Medicina de Medellín en su concepto de 1897 y que, tras repetidos requerimientos y debates (Bernal, 1911, 14 de diciembre; Berrío, 1915, 11 de septiembre; Londoño, 1933; Pérez, 1915), se atribuyó por fin al médico-director –no sin posteriores matices y controversias– en la Ordenanza 25 de 1914:

Artículo 1°. El Manicomio del Departamento será dirigido y administrado por un Médico que posea conocimientos especiales en enfermedades mentales o psíquicas. Este empleado se llamará Director del Manicomio, y será nombrado por el Gobernador.

Artículo 3°. Son atribuciones del Director las siguientes:

¹⁰¹ Obra publicada originalmente en francés, en 1864, en la que se compilan diferentes obras y lecciones clínicas del autor. La reedición que se utiliza aquí como fuente fue publicada en 2016, en dos tomos, por la editorial Polemos. En esta se adapta la compilación original de 1864 y se la traduce al español para la Colección Clásicos de la Psiquiatría (Falret, 2016a; b).

[...] 7°. Introducir de acuerdo con el ingeniero departamental las reformas del edificio que estime convenientes e indispensables para la buena organización del Asilo. (Antioquia, 1914, 13 de abril *apud* Londoño, 1933, p. 266-267)

Lo narrado previamente, unido a la presencia esporádica de los médicos en sus visitas semanales (Londoño, 1933), así como la ausencia de referencias al uso de medios físicos en la terapéutica de las afecciones mentales, tales como medicamentos o intervenciones directas sobre el cuerpo o sobre determinados órganos (Falret, 2016), llevan a pensar que, en los primeros años de existencia del Manicomio, la atención de la locura se soportó en los medios de tratamiento moral que el establecimiento y los recursos disponibles permitieron, esto es, en el aislamiento y la administración de determinados aspectos del régimen de vida.

Al respecto, aunque no se cuenta con historias clínicas o registros sobre la atención que se proveía a las personas internadas en esta época, apartes del relato del Indio Uribe (1939) sobre su visita a Epifanio Mejía (Fotografía 9), así como otros recuperados por Roselli en su análisis de *La locura de Epifanio* podrían dar algunas luces acerca de cómo estos medios se implementaron. Narra Uribe (1939) que no tenía el poeta “papel, ni pluma, ni libros, ni nada que lo asocie a su pasado de escritor”, sobre lo que el mismo Epifanio decía: “No puedo leer ni escribir; eso me hace daño” (p. 92). Al menos por momentos, se le restringían estas actividades, aunque le estaban permitidas las visitas de amigos y los paseos, incluso fuera del asilo (Roselli, 1987), al tiempo que se le limitaba el contacto con sus familiares. A partir de lo que se conoce sobre el curso de la enfermedad de Epifanio Mejía, estas medidas corresponderían a lo postulado por Londoño (1897) en el sentido de “poner a cada loco en condiciones de medio opuestas á las que dieron origen ó nacimiento á la enfermedad” (p. 205) y guardan relación con los planteamientos de Esquirol (Esquirol y Hunt, 1845; Esquirol, 2011)¹⁰², Dagonet (1894) y Falret (2016) sobre el principio de aislamiento del tratamiento moral, según el cual el alienado debía ser separado de sus hábitos, de su modo ordinario de vida y de las personas con quienes vivía habitualmente. Esquirol (Esquirol y Hunt, 1845; Esquirol, 2011) y Dagonet (1894) hacían además indicaciones concretas acerca de las visitas en el aislamiento, los paseos y los viajes, de manera que operaran como medios para la curación de los alienados.

¹⁰² La principal obra de Jean-Étienne Dominique Esquirol: *Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique, et médico-légal*, fue el texto citado por Londoño en su escrito de 1933. Esta fue publicada originalmente en francés en 1838. Para esta investigación se tuvo acceso, primero, a la versión traducida al inglés, adicionada y publicada en 1845 bajo el título *Mental maladies. A treatise on insanity* (Esquirol y Hunt, 1845) (disponible en Internet Archive y Wellcome Collection); luego, a la traducción al español publicaba originalmente en 1847 como *Tratado completo de las enajenaciones mentales, consideradas bajo su aspecto médico, higiénico y médico-legal*, y reeditada por la editorial española Maxtor en 2011 (Esquirol, 2011). Las dos versiones se revisaron y contrastaron durante la construcción del relato.

Fotografía 9 – Epifanio Mejía en el Manicomio Departamental de Antioquia, 1895.



Fuente: Fondo Fotografía Rodríguez (1895). Captura de pantalla reproducida con autorización de la Biblioteca Pública Piloto.

Como puede advertirse, los escritos de los alienistas franceses tomados como referencia por Londoño incluyen entre los elementos centrales del tratamiento moral de la locura, en palabras de Falret (2016b), “la ocupación bajo todas sus formas” (p. 186), lo que comprende el trabajo manual e intelectual, las labores agrícolas y las actividades recreativas, distracciones o de entretenimiento. Aun cuando los documentos relativos a la organización del Manicomio Departamental de Antioquia, previos a la Ordenanza de 1904, no hacen alusiones directas a la ocupación de las personas asiladas en trabajos u otras actividades, sí sugieren la necesidad de garantizar condiciones –lugares de recreo, talleres, huertas, jardines, parques– para que estas se llevaran a cabo.

La ocupación de los enajenados en estos primeros años del Manicomio apenas se insinúa como una parte del tratamiento que ocurrirá por vía del secuestro en un asilo convenientemente diseñado y construido, con el que aún no se contaba. Por otro lado, considerando la notable

presencia de la Sociedad San Vicente de Paúl en la organización en el Manicomio, no puede pasarse por alto que esta empleaba la instrucción y la ocupación en labores y oficios en su relación con otras categorías de pobres. Advertir ese vínculo hace plausible pensar que tras las recomendaciones de construir talleres y disponer huertas y espacios para el trabajo agrícola existió no simplemente una influencia del alienismo francés, sino una transposición de valores y saberes médicos y de la caridad cristiana, tan relevantes estos últimos en la esquiua consolidación del orden nacional.

7 OCUPACIÓN PARA LOS ENAJENADOS TRANQUILOS

Fotografía 10 – Vista de los enajenados, Manicomio de Medellín, 1910.



Fuente: Calle Muñoz (1910). Captura de pantalla reproducida con autorización de la Biblioteca Pública Piloto.

7.1 EN TORNO A UN HITO: LA ORDENANZA 8 DEL 20 DE JUNIO DE 1904

Para 1904, por conducto de la Sociedad San Vicente de Paúl, Juan Bautista Londoño había prestado ya sus servicios como médico en el Manicomio; ocupaba además un escaño en la Asamblea Departamental de Antioquia, circunstancias que, según el mismo relataba, servirían para presentar ante esta corporación el proyecto que se concretó en la Ordenanza 8 del 20 de junio de ese año (Londoño, 1933). Como sabemos, allí se plasmaba lo que Roselli (1987) consideró como “el primer intento de institucionalizar la terapia ocupacional” (p. 158) –o la laborterapia (Roselli, 1968)– en Colombia:

Art. 11. La Junta procurará que todos los enajenados tranquilos se ocupen en los trabajos del edificio ó en algún arte ú oficio. Los jornales que por su trabajo les correspondan se les reservarán para entregárselos al salir, deduciendo, si fuere el caso, el valor de la alimentación. (Antioquia, 1904, 1 de julio)

Había atravesado recientemente el país por la más cruenta, prolongada y destructiva de las muchas guerras civiles que vivió desde la independencia¹⁰³, y en los intentos de alguna estabilización durante la posguerra, el gobierno del general Rafael Reyes (1904-1909) tomó medidas que afectaron la economía de los departamentos y municipios al sustraerlos de las fuentes que constituían sus principales rentas. Antioquia, en particular, resultó afectada por estas disposiciones y, fiel a su tendencia anticentralista, fue férrea opositora de Reyes (Palacios, 2003), a quien muchos no dudaron en llamar dictador. Así se refería Londoño (1933) a los avatares políticos que habían influido en la difícil marcha del Manicomio durante aquel periodo:

El país entró en el régimen de arbitrariedad y descomposición política que se llamó la dictadura Reyes o régimen del QUINQUENIO¹⁰⁴, esto en vista de su duración; y también porque la labor de la reconstrucción de Antioquia y la pobreza del Erario público, efecto de la guerra y del papel moneda, su funesto aliado, no permitieron el avance de las obras públicas departamentales. (Londoño, 1933, p. 259)

En medio de la debacle económica, política y social, el cuidado de los enfermos afectados de locura parece haber quedado aún más relegado en la agenda pública. El hecho es que el funcionamiento del Manicomio seguía sin reglamentarse y esta Ordenanza daba algunos pasos hacia su organización: creaba una Junta Directiva para el establecimiento y le atribuía, entre otras funciones, la de actualizar los planos con el apoyo de un arquitecto competente y la aprobación de la Academia de Medicina de Medellín, teniendo en cuenta para ello la disposición de departamentos separados para diferentes grupos de asilados; la de elaborar el reglamento interno y, por supuesto, la de procurar la ocupación de los enajenados tranquilos (Antioquia, 1904, 1 de julio). No obstante, la Junta Directiva no operó como lo disponía la Ordenanza (Bernal, 1911, 14 de diciembre; Londoño, 1914, 31 de diciembre; 1933), de manera que con la entrada de las Hermanas de la Caridad, Presentación de la Santísima Virgen de Tours a la administración del Manicomio en 1906, quedó en sus manos “el manejo del Establecimiento, de su dirección interior, particularmente en lo relativo al buen orden, al aseo y a la moralidad”, así como la vigilancia de los sirvientes (Uribe y Gaetan, 1905, 28 de octubre, p. 9).

En lo que respecta al cuidado inmediato de las personas internadas en el Manicomio, por lo pronto, quedaba también a cargo de las religiosas, quienes, según rezaba en su contrato, debían

¹⁰³ La Guerra de los Mil Días ocurrió entre 1899 y 1902. Entre sus consecuencias se destacan, además de una mortalidad, un reclutamiento y un gasto militar devastadores, la virtual parálisis del país –cuyo Congreso apenas volvió a reunirse en 1904, cuando asumió la presidencia Rafael Reyes–, así como la separación de Panamá (Palacios, 2003).

¹⁰⁴ La mayúscula sostenida es del autor.

“proceder de conformidad con los reglamentos del Establecimiento, con las órdenes de la Junta Directiva y con las prescripciones del médico” (Uribe y Gaetan, 1905, 28 de octubre, p. 11). Pero los reglamentos aún no existían, la Junta al parecer no operaba y las visitas del médico – tal como se estableció en la Ordenanza 35 de 1911– solo ocurrían algunas veces por semana y en ellas hacía este lo que quedaba a su alcance para ordenar “lo que conviene hacer á unos y lo que no debe hacerse á otros” (Bernal, 1911, 14 de diciembre, p. 94). De hecho, la injerencia del médico en los asuntos de la dirección era tan exigua, que de los informes anuales se hacían cargo el síndico, Pedro A. Bernal, y la reverenda madre Cristina, superiora en el Manicomio (Secretario de Gobierno, 1912; Londoño, 1933). Sobre esta situación, afirmaba Londoño a finales de 1914, en su primer informe como director:

El Manicomio estuvo hasta el mes de Junio inclusive, a cargo de una Junta Directiva creada por la Ordenanza 8ª de 20 de Junio de 1904, compuesta del Secretario de Gobierno, el Presidente de la Sociedad de San Vicente de Paúl, el Síndico, el Médico y el Director del Establecimiento. Este último empleado no existió nunca, antes ni después de sancionada la citada Ordenanza, y hacía las veces de tal la digna y respetable Madre Cristina, Superiora de las Hermanas encargadas del régimen interno del Manicomio. (Londoño, 1914, 31 de diciembre, p. 56)

La presencia de las Hermanas de la Caridad y su reconocida eficiencia en la administración de diferentes instituciones de beneficencia (Castro Carvajal, 2014), las reservas de algunos jerarcas de la Iglesia frente al abordaje médico de los problemas de la mente¹⁰⁵, así como el escaso conocimiento e interés que el tema despertaba entre los propios médicos colombianos (Roselli, 1968; 1987) probablemente hicieron que tal arreglo en torno al manejo del Manicomio alcanzara por un tiempo para satisfacer –o al menos apaciguar– las escasas preocupaciones frente a un asunto que no parecía prioritario.

Tenían ya las Hermanas de la Caridad una larga trayectoria en el cuidado de los enfermos y los pobres, de manera que su papel en el Manicomio no representaba una novedad. Cuenta Beatriz Castro Carvajal (2014) que tras la llegada a Colombia de las primeras seis hermanas provenientes de Francia, en 1873, curtidas en las lides de la enfermería y en el manejo de hospitales, hospicios, asilos y orfanatos en ese país, y ante la escasez de personal capacitado en Colombia para asumir responsabilidades semejantes, esta congregación femenina de vida

¹⁰⁵ Roselli (1968; 1987) se refiere a la oposición que de representantes de la Iglesia católica recibió la apertura de la Cátedra de Medicina Mental y Nerviosa en la Facultad de Ciencias Naturales y Medicina en Bogotá alrededor de 1915 y los reparos que manifestaron respecto a los candidatos que se presentaban para presidirla, cuestionando su ortodoxia.

activa¹⁰⁶ se había establecido con tal fuerza que para inicio del siglo XX ya tenía a su cargo más de treinta establecimientos, entre ellos, el Hospital San Juan de Dios de Bogotá y el del mismo nombre en Medellín, así como los asilos de Locas y de Locos¹⁰⁷ de Bogotá –desde 1883– y el Asilo de Mendigos de Medellín.

Las hermanas recibían su formación teórica inicialmente en la Casa Madre, en Bogotá, la cual seguía las orientaciones de la Casa Principal de Tours; luego eran designadas, de acuerdo con sus habilidades, a una institución donde completarían su instrucción a través de la práctica (Castro Carvajal, 2014). Al Manicomio Departamental de Antioquia fueron asignadas inicialmente cuatro religiosas, número mínimo que aceptaba la Congregación para hacerse cargo de un establecimiento (Uribe y Gaetan, 1905, 28 de octubre; Castro Carvajal, 2014). En el departamento que allí se acondicionó y se dotó para su vivienda se instalaron la reverenda hermana Cristina, superiora, quien había practicado en hospitales y ambulancias y tenía notables conocimientos en enfermería; las hermanas Melania y Cipriana, encargadas del cuidado de los enfermos varones y mujeres, respectivamente, y la hermana Adelaida como proveedora o despensera (Uribe y Gaetan, 1905, 28 de octubre; Londoño, 1933). El número de religiosas aumentaría paulatinamente: para 1914 el Manicomio ya contaba con nueve, entre ellas la hermana Silveria, encargada de la Botica (Londoño, 1914, 31 de diciembre), la Ordenanza 51 de 1915 (Antioquia, 1915) hablaba de diez integrantes de la Congregación en la nómina y para 1931 sumarían 18 (López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz, 2004).

Las fuentes analizadas no permiten afirmar que lo referido en la Ordenanza 8 de 1904 sobre ocupación de los enajenados tranquilos llegara a implementarse durante el periodo en el que la superiora habría ejercido *de facto* como directora del Manicomio; tampoco negarlo. Aun así, lo recabado por Castro Carvajal (2014) respecto a la experiencia de las Hermanas de Caridad en instituciones similares permite contemplar la posibilidad de que ellas hayan asumido, asimismo, este asunto. Refiere la autora:

La Congregación también asumió la responsabilidad de estas instituciones [el Asilo de Locos y el Asilo de Locas de Bogotá]. En los asilos, las Hermanas aparte de las tareas administrativas tenían que velar por las asiladas y organizar actividades que ellas pudieran efectuar. En el Asilo de Indigentes se montaron talleres para que hombres y mujeres hicieran productos manuales

¹⁰⁶ Así denominadas a diferencia de las órdenes religiosas de claustro, que no estaban facultadas para realizar misiones (Castro Carvajal, 2014).

¹⁰⁷ Este pasó en 1920 a ser administrado por los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios (Castro Carvajal, 2014).

como tejidos, cobijas, sombreros, bordados que eran vendidos para ayudar a los ingresos de la institución. (Castro Carvajal, 2014, p. 189)

Es necesario aclarar que Beatriz Castro empleó como fuentes principales para sus investigaciones los archivos de la Junta General de Beneficencia del Estado/Departamento de Cundinamarca y de la Casa Provincial en Bogotá¹⁰⁸, así que sus hallazgos se centran en el trabajo de la Congregación en las instituciones ubicadas en ese territorio. Pero dado que las hermanas seguían una formación común y se mantenían bajo las directrices de la Casa Central, puede pensarse en actuaciones similares en Medellín; al fin y al cabo, el Manicomio contaba con muy poca reglamentación y la Ordenanza de 1904 daba en ese sentido indicaciones precisas.

Las responsabilidades de las hermanas en el Manicomio incluían el manejo de lo relativo al orden y el aseo, para lo cual se apoyaban en el personal de sirvientes bajo su vigilancia (Uribe y Gaetan, 1905, 28 de octubre); para 1911, este personal constaba de cuatro vigilantes, un portero, dos pajes y doce muchachas para el servicio (Informe Superiora, 1912, 8 de enero). Si se considera que, para entonces, el número de personas internadas ya superaba las 200 (91 varones y 111 mujeres) (Informe Superiora, 1912, 8 de enero), el apoyo extra que podría obtenerse con el trabajo de los enajenados tranquilos en estas tareas, autorizado y promovido por la Ordenanza, pero además habitual en otras instituciones de beneficencia, no habría resultado despreciable.

Cabe reparar aquí en la orientación que el artículo 11 de la Ordenanza de 1904 daba a la ocupación de las personas internadas en el Manicomio. En primer lugar, partiendo de la separación entre tranquilas y excitadas que indicaba el artículo 5° de la misma norma, suponía que las del primer grupo estarían en capacidad de realizar algún trabajo del edificio, arte u oficio, y debía entonces procurarse que lo hicieran (Antioquia, 1904, 1 de julio); la ocupación se planteaba para ellas como alternativa a la ociosidad y no se trataba ya, simplemente, de que el medio proveyera condiciones para que la actividad se diera. A los enajenados excitados, por su parte, se les dejaba por fuera de esta posibilidad, así que si la ocupación se entendía como un medio de tratamiento, no era uno a considerar en la tarea de llevarlos a la calma.

Por otro lado, la Ordenanza delimitaba las formas de ocupación –trabajos del edificio, artes y oficios– y establecía que los enajenados recibieran por su trabajo una contraprestación

¹⁰⁸ Geográficamente, Bogotá está ubicada en el centro del departamento de Cundinamarca. Al crearse la Junta General de Beneficencia del Estado Soberano de Cundinamarca en 1869, Bogotá era uno de los departamentos que lo integraban.

económica que se les entregaría al salir (Antioquia, 1904, 1 de julio). Ya Pinel (1804) contemplaba en su propuesta de tratamiento moral el atractivo del lucro para incentivar a los locos a fijar su atención en el trabajo y conseguir así que la ocupación operara en la curación o la mejoría, a lo que Esquirol (1845; 2011) y Falret (2016b) añadían la importancia de facilitar que los enajenados pobres tuvieran algún dinero para atender sus necesidades básicas y favorecer la convalecencia al volver a la sociedad. Aunque esta disposición puede vincularse con los postulados del alienismo francés, hay que tener presente que, en el país, prácticas similares eran comunes en asilos, orfanatos, hospicios, etc., y pretendían estimular en los pobres el trabajo y el ahorro (Castro Carvajal, 2007).

Los jornales previstos en la Ordenanza también se concibieron como una manera en la que algunos –se sobreentiende, aquellos sin capacidad de pagar una pensión– retribuyeran al establecimiento por la comida que les proveía. Refería la madre Cristina (Vives Guerra, 1911, 27 de marzo) que las rentas que el Departamento entregaba al Manicomio eran suficientes para que a los locos no les faltara alimentación, pero no para abastecerlos de vestido y abrigo; se apelaba, con este fin, a la caridad de los medellinenses. A su vez, el número de personas internadas aumentaba año a año, lo que además de resultar inquietante, ponía de relieve la insuficiencia de recursos. La institución implicaba gastos importantes y aunque ayudar en su manutención se consideraba un deber cristiano y del Estado, lo que se conseguía por estas vías no bastaba para satisfacerlos (Secretario de Gobierno, 1912; López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz, 2004; Vives Guerra, 1911, 27 de marzo). En este contexto, la Ordenanza daba pie a que los enajenados pobres contribuyeran con su trabajo al sostenimiento del Manicomio.

Ahora bien, sobre las orientaciones para el tratamiento que pudieron haber ofrecido los dos médicos que actuaron como tales en el Manicomio durante este periodo, es poco lo que logra verse. Al parecer, ninguno de ellos tenía mayores conocimientos sobre enfermedades mentales, la especialidad del doctor Teodomiro Villa (1905-1908) era la obstetricia y la del doctor Francisco Arango (1908-1914) la cirugía de los órganos de los sentidos (Roselli, 1968). Mencionan López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz (2004) que el primero habría incorporado algunos productos en el tratamiento de los enfermos, entre los que menciona “la raíz de valeriana, la quina julvenjado, el extracto fluido de kola, el bálsamo de fricadenti, el éter sulfúrico [y] el amoníaco líquido” (p. 52). Aunque no se cuenta con otra información que permita profundizar en cómo se administraban estas sustancias, cabe señalar que las revisiones realizadas por Dagonet (1894) refieren el uso de algunas de ellas como medios físicos en el

tratamiento de la locura en Europa, bien como sedantes, tónicos o estimulantes, bien para tratar las enfermedades intercurrentes, acompañados generalmente de medios morales. Sobre el tratamiento del estupor, por ejemplo, el autor recomendaba:

Es necesario a toda costa despertar las funciones afectadas por la inercia, recurrir a estímulos morales y físicos para impedir que el individuo permanezca en un entumecimiento fatal [...] este estímulo debe ser utilizado con perseverancia, con paciencia y en la medida que indique el propio médico.

Cuando hay un estado de concentración del pensamiento, una especie de tensión dolorosa de las fuerzas morales e intelectuales, hay que recurrir a sedantes y derivados de diversa clase: baños, afusiones, lociones frías en la cabeza, purgantes ligeros pueden dar resultados benéficos. Se emplearán sedantes en diversas formas; Es necesario animar y tranquilizar al paciente, darle buenos consejos, apartar de él todo lo que pueda ser causa de sobreexcitación, de irritación, todo lo que pueda, en una palabra, proporcionar nuevo combustible a sus ideas fijas, a sus temores imaginarios.

Si, por el contrario, el estupor depende de un debilitamiento de la constitución, de una especie de agotamiento del sistema nervioso, es importante recurrir a un régimen reconstituyente, a tónicos de diversa clase [...]. La quinina, el hierro, una dieta fortificante, los baños fríos, la hidroterapia, los paseos a pie o en coche, pueden ejercer la influencia más favorable, al mismo tiempo que se buscan los medios más apropiados para procurar impresiones suaves y agradables¹⁰⁹. (Dagonet, 1894, p. 347, traducción propia)

Por otro lado, la descripción que ofrece el escritor Juan B. Jaramillo Meza, a partir de su visita a Epifanio Mejía en el Manicomio en 1912, muestra que se habría adoptado en el Manicomio una clasificación y separación de los enajenados basada en las manifestaciones de la enfermedad y, probablemente, orientada a facilitar el manejo de cada grupo:

Antes de abandonar aquel caserón de la locura, visité con el alienista los patios o departamentos del asilo. Qué visión aquella, de locos y dementes en profusión! Todos clasificados por secciones, según el grado de la enfermedad. En un patio los tranquilos, indiferentes a todo; en otro los extáticos, silenciosos y quietos en la más perfecta rigidez; en otro los maniáticos, cada uno con su capricho inofensivo, quien de ser un rey con vasallos, quién de ser una estrella, quién de ser el Libertador, tantas cosas diversas; en otro los degenerados superiores, en la demencia máxima, impresionables y angustiosos, productos

¹⁰⁹ En el original en francés: “il faut à tout prix réveiller les fonctions frappées d’inertie, faire appel aux stimulants d’ordre moral et physique pour empêcher l’individu de rester dans un fatal engourdissement [...], mais cette stimulation doit être employée avec persévérance, avec patience, et dans la mesure indiquée par le médecin lui-même. Lorsqu’il existe un état de concentration de la pensée, une sorte de tension douloureuse des forces morales et intellectuelles, on doit avoir recours aux sédatifs et aux dérivatifs de diverses sortes : les bains, les affusions, les lotions froides sur la tête, les purgatifs légers peuvent donner des résultats avantageux. Les calmants sous diverses formes seront utilement employés ; il faut encourager, rassurer le malade, lui donner des conseils bienveillants, éloigner de lui ce qui pourrait être une cause de surexcitation, d’irritation, ce qui pourrait en un mot fournir un nouvel aliment à ses idées fixes, à ses craintes imaginaires. Si, au contraire, la stupeur dépend d’un affaiblissement de la constitution, d’une sorte d’épuisement du système nerveux, il importe de faire appel à un régime réparateur, aux toniques de diverses sortes ; il ne faut pas non plus chercher par de trop grands efforts à faire sortir le malade de son état de torpeur ; en un mot, il ne faut pas lui faire violence. Le quinquina, le fer, un régime fortifiant, les bains froids, l’hydrothérapie, les promenades soit à pied, soit en voiture, pourront exercer l’influence la plus favorable, en même temps qu’on recherchera les moyens les plus propres à procurer des impressions douces et agréables” (Dagonet, 1894, p. 347).

miserables de la naturaleza; en sus celdas los furiosos, en contracciones tremendas, desmelenados y aullantes como una visión dantesca (Juan B. Jaramillo Meza, 1912, *apud* Roselli, 1968, p. 211).

En este sentido, lo dispuesto en la Ordenanza de 1904 tampoco habría sido completamente ignorado¹¹⁰. Tal distribución también refleja proximidades con los principios que sobre organización de los asilos de alienados privilegiaban los referentes franceses. El tratado de Esquirol (1845; 2011) incluye una extensa descripción de establecimientos para enajenados que para su época existían en diferentes lugares de Francia, estos por lo general coincidían en separar, como mínimo, los hombres de las mujeres y, a su vez, los agitados, furiosos o excitados de los tranquilos. Sobre este asunto, su criterio era: “el carácter y el periodo de la enfermedad deben ser las únicas bases para clasificar a los enajenados y por consiguiente para distribuir las construcciones” (Esquirol, 2011, p. 226), así que se oponía a las divisiones basadas en la capacidad de pago o entre ricos y pobres que, comentaba, se acostumbraban en muchas casas, sobre todo en Inglaterra, y que también se practicó en el Manicomio Departamental de Antioquia con la separación entre pensionados y aquellos que no pagaban pensión. Falret (2016b), por su parte, acentuaba la clasificación metódica de los alienados como uno de los principios del tratamiento general de la locura y uno de los modos en que el asilo actuaba para su curación, en tanto evitaba que unos ejercieran una acción nociva sobre otros, facilitaba la sociabilidad e incluso la influencia favorable que, por la naturaleza de su delirio o su carácter personal, podrían desplegar entre sí algunos enfermos.

Finalmente, las fotografías 10 y 11 –que habrían sido tomadas en el Manicomio en 1910– y una columna del periodista Julio Vives Guerra –publicada en el periódico El Sol del 27 de marzo de 1911– proveen otros elementos que ayudan a pensar cómo transcurría para entonces la vida cotidiana en el establecimiento. En la Fotografía 11, a continuación, el hombre de pie, en el centro del camino, es uno de sus antiguos habitantes, el poeta Epifanio Mejía; puede suponerse que los demás sujetos en el jardín son también asilados. Llama la atención la diferencia entre la ropa que llevan los hombres de la derecha, vestidos como campesinos, y los de la izquierda, quienes, como el poeta, llevan atuendos más formales. Además de las tres hermanas al fondo, en el sendero, hay un niño descalzo que mira al fotógrafo. La separación entre mujeres (Fotografía 10) y hombres (Fotografía 11) es evidente, no así la de los niños de los adultos. Si los hombres son todos asilados, no solo sus ropas, también las actividades que al parecer

¹¹⁰ El artículo 5º de la Ordenanza se refería a una separación en departamentos: de adultos y niños; de locos excitados y tranquilos; de enfermerías; de pensionados; de dipsómanos y morfinómanos; de baños (Antioquia, 1904, 1 de julio).

realizan harían diferencias. Los de la derecha estarían trabajando en el jardín, mientras los de la izquierda, probablemente pensionados, como el poeta, darían un paseo; el niño podría estar jugando o ayudando con las tareas del jardín. Se trataría de enajenados tranquilos, ocupados bajo la supervisión de las hermanas. En la narración de Vives Guerra (1911, 27 de marzo) acerca de su visita al Manicomio, decía haber quedado impresionado por el garbo de un joven loco entregado a regar el jardín mientras canturreaba.

Fotografía 11 – Manicomio de Medellín [1910]¹¹¹.



Fuente: Fotografía Rodríguez, 1891-1995. Captura de pantalla reproducida con autorización de la Biblioteca Pública Piloto.

Contrasta lo anterior con la visión de las mujeres en la fotografía 10, al inicio de este capítulo. Son alrededor de cincuenta, medio apiñadas en un espacio reducido y desprovisto de cualquier mueble, distracción u ornamento. En su mayoría, llevan camisones simples y permanecen acurrucadas o sentadas en el piso, algunas de pie. Aunque tranquilas, nada indica que se procure para ellas ocupación alguna. Observando junto a la madre Cristina desde el balcón el

¹¹¹ Aunque en la descripción de esta fotografía en la Biblioteca Pública Piloto se la ubica en la década de 1920, dos fuentes distintas sitúan la imagen en 1910 (Roselli, 1968; Díez Estrada, 1978). Estas dos fuentes y la misma foto convertida en postal años después –también disponible en el acervo de la Biblioteca Pública Piloto (referencia BPP-F-014-0175)– afirman que es el poeta Epifanio Mejía quien allí aparece. Teniendo en cuenta que Mejía murió en 1913, la datación en 1910 resulta verosímil.

“departamento de las locas”, Vives Guerra (1911, 27 de marzo) las describía como “viejecitas tullidas y atristadas, otras dicharacheras y alegres; jóvenes, pocas” (p. 3).

Si la ocupación de los enajenados tranquilos llegó a implementarse en el Manicomio durante la dirección de las Hermanas de la Caridad –como se intenta contemplar aquí a partir de lo expuesto–, estas imágenes sugieren que habría estado mediada por prerrogativas de clase y género.

7.2 PRESERVACIÓN, CURACIÓN, UTILIDAD: EL TRABAJO TODO LO-CURA

Comenzando la segunda década del siglo XX, el país seguía intentando recomponerse del desastre dejado por la Guerra de los Mil Días, reducir las tensiones entre liberales y conservadores, conjurar la constante de la guerra y encauzarse hacia el progreso. La reforma constitucional de 1910, entre otros cambios, devolvió las rentas a los departamentos y municipios, y el republicanismo¹¹², en un nuevo gobierno liderado por el antioqueño Carlos E. Restrepo (1910-1914), animó una tendencia menos centralista y autoritaria que la de Rafael Reyes, devolviendo alguna autonomía a los territorios. El comercio agroexportador seguía siendo la principal esperanza económica del país, al tiempo que Estados Unidos de América se iba posicionando como uno de sus más importantes compradores, no solo de productos agrícolas, como el café, también de algunos minerales (Palacios, 2003). El saneamiento de los puertos, en consecuencia, se convirtió en un asunto prioritario que debía ser garantizado para asegurar el mantenimiento de los lazos comerciales, así que a través de las leyes 17 de 1908 y 109 de 1912, Colombia adhirió a las convenciones sanitarias internacionales de Washington y París, lo que implicaba el cumplimiento de una serie de compromisos que estimularon la activación de la Junta Central de Higiene como órgano asesor del gobierno en la materia (Hernández Álvarez, 2002).

Corrían tiempos en los que el discurso biológico y las teorías evolucionistas cobraban fuerza en la política y la medicina occidental. En el contexto colombiano, su apropiación le dio cabida a la irrupción de la higiene en los espacios médico-científicos, pero también en la vida cotidiana y en la organización de la sociedad. En el discurso biológico, explica Carlos Ernesto Noguera (2003), organismo y función son el eje a través del cual se pensaron tanto el hombre¹¹³ (cuerpo)

¹¹² El Republicanismo o Unión Republicana se reconoce como un periodo comprendido entre 1908 y 1914 en el cual, a grandes rasgos, se pretendió modernizar la política colombiana rompiendo con prácticas tradicionales y autoritarias, e intentando conciliar a liberales y conservadores (Monroy Hernández, 2022).

¹¹³ En el sentido genérico que se le atribuía en esta perspectiva y en la época; como especie.

como la sociedad (cuerpo social), a su vez, las teorías evolucionistas plantearon las posibilidades de transformación (mejoramiento o degeneración) de una especie a través del tiempo. En esta perspectiva, el conjunto humano habitante de un territorio fue considerado una raza, “un tipo humano cuyas características fenotípicas y genotípicas son el resultado de la interacción entre el medio físico, la dinámica vital del grupo y la herencia” (Noguera, 2003, p. 86), así que tanto los individuos como las sociedades, las razas, se pensaron sujetas a las leyes de la evolución y susceptibles de perfeccionamiento.

Refiere Noguera (2003) que, en Colombia, a diferencia de otros países de América Latina, las propuestas sobre mejoramiento racial se aproximaron más a la higiene pública que a las discusiones y medidas de corte eugenésico (reproducción de individuos mejor dotados y control de la reproducción de aquellos considerados incapaces o no aptos), lo que se vincularía a la ausencia de procesos masivos de inmigración al país. En este sentido, coincide el autor con los planteamientos de Nancy Stepan (1991), quien, a partir de sus estudios sobre Brasil, Argentina y México, señala la distancia que los científicos latinoamericanos tuvieron frente a las posturas evolucionistas más deterministas –dominantes en Inglaterra, Estados Unidos y Alemania–, las cuales depositaban en las leyes de la herencia cualquier posibilidad de evolución humana; en su lugar, dice la autora, adhirieron a las nociones de herencia neo-lamarckianas¹¹⁴ que imperaban en Francia, su principal faro intelectual. Esta corriente planteaba la herencia de los caracteres adquiridos, es decir, que las mejoras alcanzadas a lo largo de la vida de un individuo podían transmitirse genéticamente. Otra razón que esgrime Stepan (1991) para la aceptación de esta corriente en la región, es que se mostraba más acorde con las ideas morales y religiosas predominantes; asunto que en Colombia, como se ha expuesto, no resultaba menor.

Así, concluye Noguera (2003):

Ante la ausencia de inmigración y por tanto de peligro para la conformación nacional, médicos y políticos colombianos vieron en la higiene y la educación la salida propia a la situación de la población mestiza colombiana. En vista de que fortalecer la población mezclada requeriría de varias generaciones, la higiene y la educación, valga decir, la acción directa sobre hábitos y costumbres de la población, se constituyó en la estrategia más adecuada para intentar llevar la nación por las sendas del progreso. (p. 102)

Ahora bien, en la perspectiva biológica y evolucionista se afincó una comprensión de las enfermedades mentales según la cual, estos desarreglos de las facultades psíquicas

¹¹⁴ Elaboraciones basadas en las ideas postuladas por el naturalista francés Jean-Baptiste de Lamarck (1744-1829).

(intelectuales, sensitivas, morales) eran el resultado de procesos avanzados de degeneración. Tales procesos tenían en su base la herencia mórbida, un sustrato patológico construido intergeneracionalmente que, cuando no se manifestaba desde el nacimiento, se detonaba al encuentro con uno o varios elementos o circunstancias desencadenantes, fueran estos la miseria, el consumo de alcohol, la alimentación deficiente, diferentes enfermedades, la mala educación, las guerras, ciertas profesiones, una decepción amorosa o una situación penosa, un golpe en la cabeza, etc. Estas degeneraciones, si bien con frecuencia se consideraban irreversibles, podrían en algunas de sus formas ser detenidas o revertidas a través de la higiene y la educación (Caponi, 2009; Vásquez Valencia, 2019).

Afirma María Fernanda Vásquez Valencia (2019) que “los médicos colombianos se apropiaron de esos conceptos para explicar la patogenia, la etiología y la clasificación de las enfermedades mentales” (p. 26), lo que es evidente en las exposiciones sobre las causas de la locura que hicieron los médicos dirigentes del Manicomio Departamental de Antioquia en los periodos 1914 a 1917 (Londoño, 1915, 31 de diciembre) y 1920 a 1946 (Uribe C., 1923, 1 de enero). Londoño, por ejemplo, en su informe anual de 1915, decía:

El diagnóstico causal o estudio de la causa de la locura en cada caso, lo he hecho con especial cuidado; pero, además de ser incompletos los datos adquiridos, no me ha sido fácil reducirlos a una o dos palabras. Con todo, he adoptado el término doble "familia neuropática", para indicar que la enfermedad ha sido común en miembros de familia, esto es, heredada, comprendiendo así la herencia directa, la atávica o ancestral y la colateral, e incluyendo también la consanguinidad o herencia bilateral convergente. También está allí comprendida la herencia similar, la no similar y la desemejante o por transformación. Entre las causas ocasionales he puesto algunas, como el abuso de bebidas alcohólicas, bien que esta causa es problemática porque, en general, el alcohol por sí solo no causa la verdadera locura y muchos enfermos no toman licor sino cuando ya están locos. Igual cosa pasa con la sífilis que es causa del tabes y de la parálisis general, pero en los predispuestos por herencia. Lo propio puede decirse de los traumatismos físicos y morales y en general de todas las causas comunes de la locura. En resumen: la herencia, como lo observa Paul Raymond, "domina la historia de las afecciones del sistema nervioso, es la piedra angular del edificio" y el libro de registro lo demuestra admirablemente.

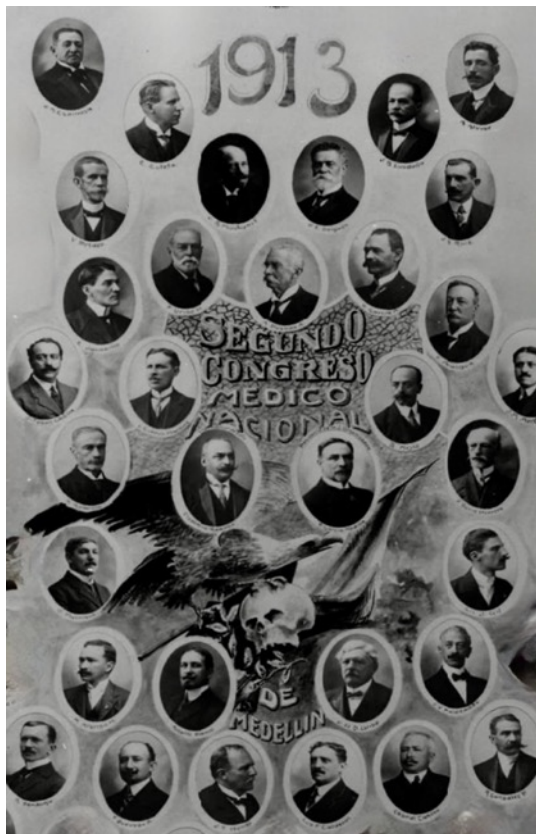
El alcoholismo de los padres da hijos neuróticos, sobre todo epilépticos. En el libro resalta esto. Los neuróticos, hijos de alcohólicos, se enloquecen con poca cantidad de alcohol.

La anemia por infección gastro-intestinal y la palúdica (fiebre aguda) preparan el terreno a la locura (neurosismo adquirido) o la hacen estallar en los predispuestos. Lo propio sucede con la infección estreptocócica (erisipela) impropriadamente llamada gota.

Todos los vicios de nutrición: atritismo, linfatismo, son buenos auxiliares de la locura, sobre todo el neuro-artritismo, superlativamente común aquí. (Londoño, 1915, 31 de diciembre, p. 66)

Consecuente con este clima intelectual, el segundo Congreso Nacional de Medicina que se celebró en Medellín entre el 19 y el 26 de enero de 1913 (Fotografía 12), le dio a la higiene “el importante puesto que debía tener” (Cuervo Márquez, 1917, p. 215) y recomendó, entre otras cosas, crear una cátedra de enfermedades mentales en las facultades de medicina del país, pues, hasta entonces, el tema apenas si figuraba en los currículos¹¹⁵ (Uribe, Zuleta, Tobón C., Restrepo *et al.*, 1917). Los doctores Juan Bautista Londoño, Jorge Tobón y Lázaro Uribe (Lista de los médicos asistentes al Congreso, 1913, 20 de enero), futuros directores del Manicomio Departamental de Antioquia, asistieron al evento.

Fotografía 12 – Segundo Congreso Medico Nacional, 1913.



Fuente: Fotografía Rodríguez, 1891-1995. Recorte de captura de pantalla reproducida con autorización de la Biblioteca Pública Piloto.

¹¹⁵ Esta recomendación se habría adoptado el mismo año, con la expedición de una ley de la República (Roselli, 1968).

Entre las conclusiones del Congreso relativas al tema de la higiene, se consideró urgente el saneamiento de los puertos marítimos y fluviales, pero también otra serie de medidas, entre ellas:

Organizar en la nación, por medio de una ley, el servicio de la higiene pública y privada, con una Junta o Consejo Central de Higiene en la capital de la República, restableciendo las Juntas Departamentales de Higiene y Salubridad y dando a todas estas entidades los recursos suficientes para desempeñar sus funciones y medios de hacer efectivas sus disposiciones, y establecer Oficinas de Higiene y Salubridad en los principales Municipios. (Uribe, Zuleta, Tobón C., Restrepo *et al.*, 1917, p. 210)

A través de la higiene, el Congreso Médico mostraba el lugar de la medicina como orientadora de políticas no solo para la prevención y el control de enfermedades, también para atender las necesidades públicas, avanzar hacia el progreso del país y vigorizar su raza (Cuervo Márquez, 1917; Uribe, Zuleta, Tobón C., Restrepo *et al.*, 1917).

En medio de esta atmósfera propicia, las juntas departamentales de higiene, que se habían creado en 1886 y hasta entonces no habían operado (Hernández Álvarez, 2002), entraron en funcionamiento. A través de la Ley 33 del 18 de octubre de 1913 (Colombia, 1913), conforme lo había recomendado el gremio médico, el Congreso de la República organizó la higiene nacional pública y privada, incluyendo la constitución de las juntas departamentales. En el caso de Antioquia, en marzo del mismo año se había expedido ya una ordenanza que creaba la Junta Central de Higiene en ese territorio, de modo que este órgano estaba en funcionamiento cuando, acorde a lo dispuesto en la nueva ley, pasó a denominarse Junta Departamental. Estaba conformada por los médicos Juan Bautista Montoya y Flórez, Jorge Tobón, Emilio Quevedo y Juan Bautista Londoño, quien actuaba como secretario (Londoño, 1933).

La Ley 33 establecía la creación de un Consejo Superior de Sanidad, encargado de la “dirección, vigilancia y reglamentación general de la higiene pública y privada en todos sus ramos” (Colombia, 1913, art.1); las juntas departamentales de higiene, por su parte, tenían la tarea de llevar a la práctica y procurar “vulgarizar las disposiciones y providencias enmarcadas en el Consejo Superior de Sanidad” (Colombia, 1913, art. 2). Entre las atribuciones de este Consejo estaba la siguiente:

Reglamentar higiénicamente el régimen interior de las escuelas, colegios, talleres, hospitales, hospicios, asilos, manicomios, casas de mendigos, casa de beneficencia, teatros, cuarteles, y en fin todos los establecimientos públicos de cualquier naturaleza que sean, en donde para prevenir y detener el

desarrollo y propagación de las enfermedades, deba hacerse sentir la acción benéfica de la higiene. (Colombia, 1913, num. 2, art. 10)

Pero la Junta Central de Higiene antioqueña había tomado la delantera; aunque la Ordenanza 10 del 31 de marzo de 1913 (Antioquia, 1913) no disponía nada concreto al respecto, refiere Londoño (1933) que esta corporación había dado ya pasos en firme para avanzar en la organización y reglamentación del Manicomio Departamental. La presencia de Londoño en la Junta, así como la de Jorge Tobón, quien tenía conocimientos de psiquiatría (Londoño, 1933), fueron quizás clave para que esta incluyera y priorizara el asunto; a su vez, les habría dado una ventana de oportunidad para afirmar el carácter del Manicomio como institución médica y lograr, por fin, el control de su dirección.

La Junta de Higiene estudió y entregó a la Gobernación de Antioquia las bases generales para organizar y reglamentar el Manicomio, que partían de poner a la institución bajo la dirección y administración de un médico. En los años siguientes se produjeron una serie de normativas que, si bien incorporaron buena parte de estas orientaciones, evidencian que el poder que se reclamaba para el médico-director fue objeto de cuestionamientos y generó, cuando menos, temores y desconfianzas¹¹⁶ que llevaron a limitar su alcance en varios momentos. En defensa de la figura de un médico director con amplias facultades, Londoño se apoyó en los argumentos de alienistas destacados, como Jean-Étienne Esquirol y Juan de Barcia y Caballero (1852-1926), “psiquiatra español de reconocida fama” (Londoño, 1933, p. 282-283). De este último, sobre el asunto, citaba lo siguiente:

La ecuación de los poderes no se hizo para los manicomios porque en los tales hay una autoridad que debe ser absoluta sobre todas: la autoridad médica. Todo, en efecto, debe supeditarse a ella, cosa muy natural si se atiende a que el fin los establecimientos que nos ocupan debe ser el tratamiento de los locos; y a que la locura a más ser una enfermedad, es la más difícil de las enfermedades. Por todas partes, pues, incumbe al médico su tratamiento. Y éste, según queda dicho, no es cosa de un momento o de una ocasión, o de un día, sino de todos los días, de todas las ocasiones y de todos los momentos. Y comprende todos los aspectos de la vida y todos sus actos y todas sus relaciones y en todos éstos debe y tiene que intervenir el criterio médico. (Barcia y Caballero, 1915, p. 48, *apud* Londoño, 1933, p. 283)

¹¹⁶ A esta situación se refería Londoño en su escrito de 1933, donde da a entender que entre quienes cuestionaban las facultades del director había otros médicos. En 1915, el secretario de gobierno se refirió a las “largas y acaloradas discusiones” que había suscitado la reorganización del Manicomio en la Asamblea Departamental (Pérez, 1915). Adicionalmente, en una columna del diario El Sol del 5 de septiembre de 1915, el señor José V. Restrepo E. exponía su desacuerdo con algunos manejos en el Manicomio, cuestionaba la conveniencia de que a las personas allí recluidas se les privara de ver a sus seres queridos, así como la calidad del trato que recibían de asistentes y enfermeros, personal cuya escogencia, opinaba, debía vigilarse y someterse a la intervención de las corporaciones municipales (Restrepo, 1914).

Un primer triunfo en esta materia lo obtuvo la Junta de Higiene con la Ordenanza 25 del 13 de abril de 1914 (Antioquia, 1914), a través de la cual se creó el cargo de director del Manicomio. Este debía ser ocupado por “un Médico que posea conocimientos especiales en enfermedades mentales o psíquicas” (art. 1). Con base en la Ordenanza, el gobernador nombró en esta posición al mismo Juan Bautista Londoño, quien llevó las riendas del establecimiento entre julio de ese mismo año e inicios de 1917, moviéndose al vaivén de las modificaciones que se hicieron en ese periodo a las funciones del cargo (Londoño, 1933; 1914, 31 de diciembre; 1915, 31 de diciembre).

Aparte de depositar en el médico la autoridad para dirigir, administrar y reglamentar el Manicomio, la Junta de Higiene incluía en las bases para su organización otras consideraciones consistentes con los dictados del alienismo moderno, como la clasificación científica de los enfermos y su distribución en departamentos, el empleo de medios de libertad antes que coercitivos o de fuerza, el tratamiento hidroterápico, la disminución del empleo de celdas y jaulas, la alimentación en refectorios comunes, así como varios puntos relativos a la ocupación de las personas internadas (Junta Departamental de Higiene, 1913, *apud* Londoño, 1933). Sobre diversión intelectual y moral –forma en que se refería Dagonet (1894) a estos agentes del tratamiento moral–, la Junta decía:

14. Debe haber lugares de recreo y paseo y una biblioteca formada especialmente de libros de historia y viajes y de obras científicas.

18. Un cine y un gramófono son muy útiles para distraer y amenizar un poco el encierro a los enfermos. La música tiene una feliz influencia en estas enfermedades. (Junta Departamental de Higiene, 1913, *apud* Londoño, 1933, p. 264-265)

En lo relativo al trabajo, las bases iban un poco más allá de lo previsto en la Ordenanza 8 de 1904, identificándolo como medio para lograr la curación o prevenir el avance de la enfermedad, que debía entonces procurarse a todos los alienados calmados sin distinciones de clase, pero atendiendo a sus condiciones individuales, antecedentes y preferencias:

15. Debe procurarse a los enfermos todos los medios posibles de trabajo, y con tal fin, organizar en el Asilo talleres de distintas clases para que los alienados calmados puedan ejecutar el oficio que han tenido o el que más llame su atención. Preferentemente debe empleárseles en toda clase de oficios domésticos, cultivo de jardines o árboles y labores agrícolas. Sea cual fuere la condición social del enfermo no debe permitírsele que permanezca inactivo. El trabajo es el mejor agente curativo y aún preservativo de la enfermedad.

Acerca del modo como ha de trabajar cada alienado debe haber en el reglamento interno mucho detalle práctico. (Junta Departamental de Higiene, 1913, *apud* Londoño, 1933, p. 264-265)

Adicional a estas bases, los integrantes de la Junta Departamental de Higiene habían elaborado un informe fundamentado en su visita al Manicomio en compañía del gobernador y el secretario de gobierno. Según reseñan López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz (2004), en ese documento se proponía trasladarlo a un paraje más amplio y con mejores condiciones para la atención de los alienados, particularmente, apto para la fundación de una colonia agrícola. Esta propuesta guardaría relación con otro aspecto que, de acuerdo con López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz (2004), abordaba el informe: las características de las personas que, según se había observado, habitaban el Manicomio; una clasificación en tres grupos en la que parecen tener más importancia las perspectivas de curación y la pertinencia de permanecer en el establecimiento que las manifestaciones patológicas, así que estaría orientada a delimitar la población a la que el Manicomio debía dirigirse.

El informe distinguía un grupo que no debía ser admitido en el Manicomio sino permanecer bajo el cuidado de sus familias, pero que estaba en la institución porque no se les recibía en otras; estaba integrado por “enfermos cerebrales y medulares. Con estados avanzados de demencia o parálisis [...] seres poco o menos que inútiles, pero inofensivos y débiles de cuerpo y espíritu”. Un segundo grupo de personas con formas crónicas de locura que aunque no mejoraban mucho en los asilos, tampoco podían vivir con sus familias porque representaban riesgos para su seguridad, pues transitaban por períodos de excitación y de calma; “estos enfermos podían trabajar en el asilo desempeñando labores industriales, agrícolas que les permitan su sostenimiento y el de sus familias”. Y, finalmente, “los enfermos que suelen curarse casi siempre, recibiendo el tratamiento curativo, que en sus propias casas no pueden recibir” (Memoria del Secretario de Gobierno, 1914, p. 154, *apud* López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz, 2004, p. 63-64).

A los dos últimos grupos estarían dirigidos los efectos preservativos y curativos de las diferentes formas de ocupación que se recomendaban en las bases para organizar el Manicomio. Pero además, para el segundo, la institución suponía una forma de vida permanente en la que, a través de su trabajo, el loco crónico podía convertirse en un sujeto socialmente útil; la colonia agrícola se pensaba especialmente para ellos, el asilo en sí mismo, para los enfermos potencialmente curables. No se trataba, sin embargo, de dos establecimientos independientes, más bien complementarios, donde el médico decidiría el movimiento de las personas internadas entre

uno y el otro. Así lo explicaba Londoño (1933), remitiéndose a las conclusiones del Primer Congreso Internacional de Beneficencia Pública celebrado en París en 1889:

1ª. El Asilo (manicomio) debe considerarse como un instrumento de curación o de tratamiento de la enfermedad; 2ª. Al lado del Asilo, las colonias agrícolas y la asistencia en familia, deben ampliarse, extenderse cuanto se pueda para desacumularlo. 3ª. El médico que trata los enfermos del asilo indicará la categoría donde pueden colocarse para su asistencia y curación en familia e invigilará las colonias agrícolas. (Primer Congreso Internacional de Beneficencia Pública, París, 1889, *apud* Londoño, 1933, p. 287-288)

En Europa, desde hacía años se venían discutiendo los retos que planteaba a la asistencia pública la atención de los alienados, sobre todo la de aquellos más pobres. En aquel Congreso de Beneficencia citado por Londoño, se dedicaba una sección al tema. Otras conclusiones del evento permiten entender con mayor claridad el contexto en el que emergía la recomendación de extender las colonias agrícolas para alienados:

1. Los manicomios están atravesando una especie de crisis universal que se refleja en un hacinamiento excesivo y en una exageración de los gastos para la asistencia a los enfermos mentales.
2. Este inconveniente se debe al secuestro invariable y uniforme de todas las personas desafortunadas cuyo estado mental puede clasificarse bajo el título de alienación mental.
3. La costumbre de enviar toda forma de alienación mental a nuestros manicomios es extremadamente perjudicial para el tratamiento de las psicosis agudas puras, debido al hacinamiento.
4. Este hábito se opone también a la experimentación de modalidades de tratamiento más aplicables al período de declive de la locura aguda y a la locura crónica, y constituye un círculo vicioso, pues la masificación perjudica la admisión oportuna de los casos recientes y perpetúa, por falta de tratamientos adecuados, la cronicidad, y viceversa, los crónicos ocupan el lugar de los agudos¹¹⁷. (Congrès international d'assistance tenu du 28 juillet au 4 août 1889, Tome Second, 1889, p. 340, traducción propia)

Se trataba de un problema económico, de reafirmar la capacidad de la medicina para tratar y gestionar la locura, pero también, del interrogante por el lugar de los locos en la sociedad. El exagerado gasto que representaba esta categoría de pobres improductivos, según consensuaban

¹¹⁷ En el original: « 1° Les asiles traversent une sorte de crise universelle qui se traduit par un encombrement excessif et une exagération des dépenses d'assistance d'aliénés.

2° Cette gêne tient à la séquestration invariable et uniforme de tous les malheureux dont l'état mental peut être rangé sous la rubrique aliénation mentale.

3° L'habitude d'envoyer dans nos asiles toutes les formes d'aliénation mentale nuit au plus haut point au traitement des psychoses aiguës pures à raison de l'encombrement.

4° Cette habitude s'oppose aussi à l'essai de modes de traitement plus applicables à la période de déclin de la folie aiguë et à la folie chronique, et constitue un cercle vicieux, l'encombrement nuisant à l'admission opportune des cas récents et perpétuant, faute de traitements convenables, la chronicité, et vice versa, les chroniques occupant la place des aigus » (Congrès international d'assistance tenu du 28 juillet au 4 août 1889, Tome Second, 1889, p. 340).

los asistentes al Congreso, estaba siendo provocado por efecto de la cronificación y del fracaso de los tratamientos que la misma aglomeración indiferenciada generaba.

Para conjurar el problema, se proponía “la fragmentación cuidadosa y razonada de las categorías de locos¹¹⁸”, de manera que con establecimientos especiales para alcohólicos, idiotas, enfermos mentales criminales y epilépticos, en los manicomios solo estuvieran aquellos con “alienación mental pura¹¹⁹” (Congrès international d'assistance tenu du 28 juillet au 4 août 1889, Tome Second, 1889, p. 341-343). Así mismo, crear y organizar una variedad de servicios y modalidades acordes con las necesidades terapéuticas: se incluían el cuidado en la propia familia y en familias artificiales, la colonia familiar, la colonia agrícola; indefectiblemente, cualquier alternativa implicaba la secuestación previa en un asilo donde debía realizarse el examen técnico que permitiera determinar el manejo posterior.

En este sistema, las colonias entraban a contrarrestar el deterioro en el encierro, pues aseguraban aire libre y ocupación, pero sobre todo, a reducir el gasto que suponía mantener a estas personas aisladas del resto de la sociedad. Vale la pena traer otras conclusiones del Congreso para ilustrar este último punto:

15° El desuso de la mayoría de nuestros locos causa dos tipos de males. La decadencia irrevocable e inútil de la actividad psíquica. El aumento continuo y, lo que es peor, ineficaz del gasto presupuestal [...].

16° Esto se debe a que el secuestro no es un método uniformemente aplicable a todos los períodos de alienación mental, a todas sus formas, a todos los individuos morbosos. Los locos, al igual que las personas cuerdas, se dividen en categorías de caracteres. Y estas características se adaptan perfectamente a diversos tipos de hábitos, aunque el aspecto exterior del paciente parezca dar testimonio de una agitación, de un episodio agudo inaccesible a la dirección.

18° La colonización agrícola, por la variedad de medios que proporciona, debe instalarse gradualmente, en etapas prudentes, bajo la dirección invariable y constante de los médicos.

20° Así conseguiremos, a bajo coste, como un terrateniente, solicitar la actividad de los enfermos mentales y hacerlos colaborar poco a poco al bienestar de todos, mediante las producciones de la agricultura¹²⁰. (Congrès

¹¹⁸ En el original: « *la fragmentation minutieuse et raisonnée des catégories d'aliénés* » (Congrès international d'assistance tenu du 28 juillet au 4 août 1889, Tome Second, 1889, p. 343).

¹¹⁹ En el original: « *aliénation mentale pure* » (Congrès international d'assistance tenu du 28 juillet au 4 août 1889, Tome Second, 1889, p. 341).

¹²⁰ En el original: « *15° L'inutilisation de la plupart de nos aliénés engendre deux espèces de maux. Le délabrement irrévocable et sans profits de l'activité psychique. L'accroissement continu et qui, pis est, inefficace, des dépenses budgétaires [...].*

16° C'est que la séquestration n'est pas une méthode uniformément applicable à toutes les périodes de l'aliénation mentale, à toutes ses formes, à toutes les individualités morbides. Les aliénés, de même que les gens sains d'esprit, se divisent en catégories de caractères. Et ces caractères se plient parfaitement à des genres divers d'habitudes, alors même que l'aspect extérieur du malade semblerait témoigner d'une agitation, d'un épisode aigu inaccessible à une direction.

18° La colonisation agricole, par la variété des moyens qu'elle fournit, doit être progressivement installée, par étapes prudentes, sous la direction invariable et constante des médecins.

international d'assistance tenu du 28 juillet au 4 août 1889, Tome Second, 1889, p. 342)

Sin embargo, en Antioquia, las preocupaciones no eran exactamente las mismas. Era cierto que la población del Manicomio no paraba de crecer y que parte de quienes lo habitaban llegaban para quedarse por largo tiempo (Secretario de Gobierno, 1912; López Vélez, Rueda y Suárez, 2004; Vives Guerra, 1911, 27 de marzo), pero no se alcanzaba el nivel de hacinamiento que reportaban los asilos europeos. Descongestionarlo, como lo había planteado la Junta Departamental de Higiene, pasaba principalmente por identificar y pasaportear a quienes, según el criterio médico, no debían ingresar o permanecer allí, pero sobre todo, por ensanchar y mejorar las instalaciones (Londoño, 1914, 31 de diciembre; 1915, 31 de diciembre; 1933).

Por otro lado, si bien se hablaba de insuficiencia de recursos, se confiaba y se apelaba a que el Departamento y la caridad continuarían satisfaciéndolos¹²¹ (Crédito, 1916; Mendoza, 1913; Por los locos, 1916; Pérez, 1915; Restrepo, 1916; Solicitud de donaciones para comprar gramófonos, 1915; Vives Guerra, 1911, 27 de marzo). Hasta el momento, no parecen haberse elevado voces que alegaran que la reclusión en el Manicomio significase gastos exagerados o que preocupara el “desuso” de estas personas; de hecho, esta columna de El Sol deja ver que, al menos para una parte de la opinión pública, el tratamiento gratuito, en aislamiento y con cierta consideración hacia los enajenados representaba una necesidad y un deber moral:

Aislemos a los más desdichados de la sociedad, a los únicos seres de la creación que recibieron tan funesto don, aislémoslos ya que esto es preciso para proteger a la sociedad o para obligarlos a ellos a curarse. Sí, este bien debe ser obligatorio; obligatorio y gratuito, como debe serlo el de la educación para extirpar en absoluto la locura voluntaria de los analfabetas. Pero ya que los obligamos al aislamiento, es preciso hacerles llevadero ese suplicio: alimentándolos y tratándolos como merecen; suministrándoles los médicos y medicinas necesarios, enseñándolos y consolándolos de cuantas maneras se pueda. Obliguemos a los dipsómanos, a los morfinómanos y a los kleptómanos a curarse, pues que son susceptibles de ello, y con esto devolveremos hombres útiles a la sociedad, y ciudadanos libres a la Patria. (Congreso Médico. Sesión del día 24, las 2 P.M., 1913, p. 2)

Así, más que los gastos o el hacinamiento, interesaría en Antioquia la consolidación de una o varias instituciones, administradas desde el saber médico, para el aislamiento, la clasificación y el tratamiento de la locura; en este último aspecto, el trabajo ocupaba un lugar protagónico. Un asunto relacionado se había ventilado a inicios de 1913 en el Segundo Congreso Médico,

20° *On parviendra ainsi à peu de frais, à l'instar d'un propriétaire, à solliciter l'activité des aliénés et à les faire insensiblement collaborer au bien-être de tous, par les productions de l'agriculture* » (Congrès international d'assistance tenu du 28 juillet au 4 août 1889, Tome Second, 1889, p. 342).

¹²¹ Entre finales de 1915 y durante 1916, en el periódico El Colombiano se publicaron recurrentes llamados a la caridad pública para recaudar donaciones para el Manicomio. Aquí se citan solo algunos.

con la conferencia que impartió el doctor Gil J. Gil, de Medellín. Refiriéndose a la irresponsabilidad o la responsabilidad atenuada de los criminales con enfermedad mental, Gil argumentó la necesidad de disponer instituciones particulares para curarlos y reformarlos. En su opinión, los manicomios existentes en el país debían reorganizarse, de tal modo que disponiendo de hospitales especiales para enfermos curables, se pudieran aprovechar y aplicar la multitud de medios terapéuticos disponibles en los países civilizados, entre los cuales destacaba el trabajo manual:

[Uno] muy en boga en los Estados Unidos, es la aplicación sistemática del trabajo manual que, como remedio, ha dado resultados sorprendentes, ya porque estimula un interés definido y concreto, ya porque privando al enfermo de la ociosidad y del auto-examen, contribuye mucho a hacerle olvidar su enfermedad, olvido que en muchas ocasiones es el principio de una curación. Además, este método, sin tener nada de específico, tiene la ventaja de crear el hábito del trabajo, haciendo desaparecer al mismo tiempo el esfuerzo sostenido que por dominarse hacen frecuentemente algunos neurópatas. (Gil, 1913, p. 63-64)

Los trabajos manuales, refería, hacían parte obligada en otros países del tratamiento que recibían los alcohólicos que cometían algún crimen. En tanto se trataba de enfermos de la voluntad, correspondía que fueran recluidos y reeducados en un establecimiento reformativo (Gil, 1913). Esta postura, alineada con una perspectiva degeneracionista de las enfermedades mentales, confiaba en la posibilidad de modificar la conducta y eliminar los vicios de un individuo por la vía de la higiene, la educación y el trabajo, es decir, de revertir la degeneración, siempre y cuando no hubiese llegado ya a un punto irreversible (Caponi, 2009; Vásquez Valencia, 2018). La conferencia de Gil llamó la atención de la prensa local, que trasladó las reflexiones a lo que ocurría en el Manicomio Departamental:

Hace ver también el Dr. Gil, que debiera suprimirse el Manicomio, y en su lugar fundar un asilo para reunir, aislar y contener a los locos incurables; y establecer casas especiales para enajenados en donde se puedan tratar y curar a aquellos infelices que son susceptibles todavía de volver a la razón; y que es imposible que vuelvan a ella, estando asilados en medio de tantos desgraciados; ya furiosos, ya lipemaniacos, o sea llenos de tristeza, que hacen enfermar hasta las personas que tengan un cerebro bien puesto. Hoy existen en el manicomio de Medellín más de 200 infelices de toda clase, condición y estado. (Congreso Médico. Sesión del día 24, las 2 P.M., 1913, p. 2)

De la convivencia de diferentes categorías de locos, inquietaba especialmente la influencia negativa que los incurables podrían ejercer sobre quienes tenían alguna expectativa de sanar y el hecho de que el médico del Manicomio tuviese que ocuparse simultáneamente de unos y

otros. Esta comprensión de las enfermedades mentales abría la puerta a la necesidad de disponer ya no uno, sino varios lugares para los locos.

De manera que la propuesta de fundar una colonia o granja agrícola para alienados, si bien hacía eco de las discusiones que se desarrollaban en Europa alrededor de la asistencia pública de este grupo, en Antioquia se planteó como complemento obligado del asilo existente para lograr su transformación en un “buen hospital para enajenados” (Londoño, 1915, 31 de diciembre, p. 62), prevenir la acumulación de enfermos, colocar a quienes se pensaba que no tenían chances de volver a la sociedad y, adicionalmente, disminuir la carga sobre el erario (Londoño, 1933). Así describía Londoño este espacio:

La GRANJA AGRICOLA PARA ALIENADOS¹²², es un manicomio para hombres solamente, construido en un campo adecuado para el cultivo de plantas alimenticias, hortalizas y campestres como la yuca y el plátano, que como es sabido son de fácil cultivo y alimentos muy empleados entre nosotros. Además de eso, árboles frutales de toda especie. El campo de la granja se debe conseguir de extensión suficiente para un personal de 200 enfermos, esto es, de 200 hectáreas por lo menos, todas cultivables. En el centro del campo debe construirse la casa para los enajenados conforme a un plano científicamente hecho con su buen departamento para el personal administrativo, etc. En los contornos del campo de cultivo deben construirse casitas para colocar en ellas algunos enfermos convalecientes o de afección crónica, en familia. (Londoño, 1933, p. 286-287)

La propuesta muestra, además, que en el Manicomio se reproducían, como en otras instituciones de beneficencia (Castro Carvajal, 2007; Reyes y Saavedra, 2005), divisiones y asignaciones generizadas de roles y ocupaciones que predominaban en la sociedad. Las labores agrícolas se suponían de naturaleza masculina, realizadas al aire libre y con relativa libertad; entre tanto, para las mujeres se preveían los oficios domésticos y trabajos manuales como la costura, ejecutados en el espacio cerrado y considerados de menor valor, pues ni siquiera se les contemplaba en la reducción de gastos que representaría el trabajo de las personas asiladas. En su informe anual de 1915, el director refería que el Manicomio, para ser un buen hospital y estar a la altura de los progresos de la psiquiatría, necesitaba “departamento de trabajos manuales para las mujeres y campos de cultivo para los hombres” (Londoño, 1915, 31 de diciembre, p. 62); años después, proponía que, una vez se fundara la granja agrícola, se dejara a las mujeres y a los valetudinarios en el Manicomio de Bermejil (Londoño, 1933).

¹²² La mayúscula sostenida es del autor.

Inicialmente, Londoño planteó la colonia agrícola como un lugar de retención a, donde se pudiesen “tener ocupados, en permanente vigilancia, los enajenados de manías crónicas, o de delirios sistematizados con periodos de calma, y los enfermos peligrosos” (Londoño, 1915, 31 de diciembre, p. 62). No serían pocos, pues, para entonces, el director informaba que había en el Manicomio 170 enajenados incurables: “unos maniáticos o lipemaniáticos crónicos, otros con delirios sistematizados, otros epilépticos, atacados muchos de ellos de locura periódica o circular, cuyos periodos de calma son cortos” (Londoño, 1915, 31 de diciembre, p. 67). Se trataría del 64% de su población, si se atiende a la existencia que reportaba para el final de ese año: “hombres, 149; mujeres, 116. Total, 265” (Londoño, 1915, 31 de diciembre, p. 65).

En argumentaciones posteriores, sin embargo, sintonizado con lo expuesto por Jean Pierre Falret (2016) sobre colonias agrícolas para enajenados, Londoño no concibió ya la colonia o granja agrícola exclusivamente para los enfermos crónicos, incurables o peligrosos, sino como un anexo del asilo en el cual, con la debida dirección de “un médico especializado, competente y práctico que viva en contacto íntimo con los enfermos” (Londoño, 1933, p. 289), se podrían aprovechar, para agudos y crónicos, los beneficios terapéuticos del trabajo. Sin ella, afirmaba, “no se pueden curar la mayoría de los locos” (Londoño, 1933, p. 281).

Esos beneficios, entonces, no alcanzarían solo a los enajenados tranquilos. Citando a Falret, Londoño (1933) refería: “las colonias tornan inofensivos la mayor parte de los locos irascibles aun dejándolos en completa libertad” (p. 287); a los agitados les permitiría el empleo de sus energías, y a los delirantes, el trabajo al aire libre los sustraería del arraigo del delirio antes de que este se volviera incurable. Melancólicos, carentes de iniciativa y actividad, convalecientes, los que de vez en cuando tenían paroxismos, todos ellos, argumentaba, al hacerles entrar en ocupación y despertarles la afición por algún oficio, verían la prodigiosa influencia del trabajo sobre la locura.

En su defensa de la propuesta de crear una granja agrícola anexa al Manicomio, Londoño erigió el trabajo como una especie de panacea en el tratamiento de la locura; aseguraba:

La Granja agrícola para enajenados es, lo repetimos, el complemento obligado de nuestro manicomio porque con el trabajo agrícola y otros trabajos que allí pueden establecerse, el alienado se transforma: de intratable se vuelve un individuo manejable, y de carga para el erario se convierte en un elemento productor de vituallas para el Establecimiento. El aire libre, la distracción y el ejemplo de sus camaradas, conduce a muchos enfermos a la vida natural y pacífica ordinaria. En vez de las vociferaciones, las injurias y amenazas que a troche moche prefiere sin cesar el demente agitado, se encarrila por el riel de

la calma y del deber sin darse cuenta de ello al principio y pasado un tiempo, por convicción, porque comprende que el trabajo ejerce sobre él una saludable y benéfica influencia. (Londoño, 1933. p. 288)

Apoyado en la medicina antigua, con Galeno, pero también en Pinel, Esquirol, Falret Parchappe¹²³, Griesinger¹²⁴ y Barcia y Caballero, representantes de diferentes generaciones de alienistas y psiquiatras europeos con diversas perspectivas acerca de la enfermedad mental, construyó un discurso ecléctico en el que el trabajo se movía entre medio físico (ejercicio), higiénico para sostener la salud y moralizador capaz de “asegurar la paz del alma por el alejamiento de la tristeza y el enojo”, mantener el orden y las buenas costumbres, y proveer bienestar ante la observancia de la ley del trabajo; simultáneamente, elemento productor de suministros para el Manicomio (Londoño, 1933, p. 289).

La propuesta de la Junta de Higiene de trasladar el Manicomio a un terreno más amplio y conveniente para la instalación de una colonia agrícola no se hizo realidad. Descartada esta alternativa, Londoño insistió en la necesidad de ensanchar el Manicomio en Bermejil y propuso la compra de una finca colindante para establecer allí la granja, adquisición que tampoco llegó a concretarse. Aunque la ampliación del terreno luego ocurrió, se dio prioridad a otras construcciones (Londoño, 1914, 31 de diciembre; 1915, 31 de diciembre; 1933). A su salida de la dirección, casi con resignación, reiteró que los beneficios del trabajo solo podrían ser explotados, en todo su potencial, si se contaba con condiciones adecuadas para realizarlo:

El gran remedio de la locura, el trabajo campestre, en un baño de aire limpio y luminoso, que refresque la sangre y vigorice el cuerpo, en un espacio amplio que despierte ideas sanas y grandiosas y eleve el pensamiento a Dios, ese es el trabajo que los alienistas consideran como el gran remedio de la enajenación mental, es todavía un desideratum de nuestro manicomio. (Londoño, 1917, *apud* López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz, 2004, p. 88)

Refieren López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz (2004) que aunque la idea de la Junta de Higiene de trasladar el Manicomio fue bien recibida y contó con el respaldo de otros entes gubernamentales, no se concretó, fundamentalmente, por falta de presupuesto. Con todo, cabe suponer que la idea de fundar una colonia agrícola para alienados pudo haber tenido detractores que la verían como una inversión injustificada por dirigirse a individuos sin mayores

¹²³ Jean Baptiste Maximien Parchappe Du Vinay (1800-1866), alienista francés considerado organicista. Entre sus elaboraciones alrededor del tratamiento de la locura se destacan aquellas relacionadas con el diseño, la construcción y la organización de los asilos como instrumentos de curación. Consideró el trabajo un elemento terapéutico esencial (Postel y Quetel, 2000).

¹²⁴ Wilhelm Griesinger (1817-1868), psiquiatra alemán considerado organicista, neuropsiquiatra, precursor de la psiquiatría biológica y de la psiquiatría clínica orgánica. Respaldo opciones institucionales alternativas al asilo, como la colonia agrícola, así como la reinserción de las personas con enfermedad mental a la sociedad (Postel y Quetel, 2000).

posibilidades de recuperación e, incluso, en extrema e irreversible degeneración; vale mencionar que propuestas similares, que no corrieron la misma suerte, estaban orientadas a poblaciones consideradas, en esa misma óptica, más promisorias, como la Casa de Menores y Escuela de Trabajo de Antioquia, fundada en 1914 y que, para 1920, ya contaba con diversos talleres de oficios manuales y una colonia agrícola donde se desarrollaba la “educación para corregir a los niños anormales” (Posada Arango, 1921, p. 244).

Por otro lado, es relevante tener presente que las colonias agrícolas venían siendo promovidas en el país como establecimientos de castigo, en los que criminales condenados por diferentes delitos purgarían sus penas¹²⁵. El trabajo en colonias, penitenciarias y cárceles, para varones y mujeres, hacía parte del régimen que se empleaba para contrarrestar la ociosidad y lograr la corrección y la reforma moral de los reos (Mejía, 1888, 15 de junio; Secretario de Gobierno, 1912). De manera que el trabajo en la reclusión, aun dentro de discursos de regeneración y resocialización, se valoraba como un castigo. Y esta significación emergía también en el discurso médico sobre los criminales con enfermedad mental, para quienes se proponía, como lo hacía Gil J. Gil (1913), el internamiento en establecimientos reformativos o, en palabras de Uribe Calad (1923), en “prisiones o asilos escuelas, que serían a nuestro parecer, con las prisiones talleres, los lugares de confinamiento para estos detritus sociales” (p.197).

Como se ha señalado, para entonces era prioritario afirmar el carácter médico del Manicomio –y en ello apenas se estaba empezando a caminar con pasos más firmes–, esto comprendía trazar una diferenciación clara entre este y la prisión, como la que se expresó en el Reglamento del Manicomio:

Art. 1º El Manicomio o Asilo de enajenados es un Establecimiento público creado y sostenido por el Gobierno del Departamento de Antioquia para albergar, proteger y curar a las personas que sufran perturbaciones mentales y que de un modo u otro puedan dañarse a sí mismas o perjudicar a otras personas o causar escándalo en la sociedad.

No quiere decir esto que el Asilo sea una prisión, sino, por el contrario, una casa en donde los asilados puedan recibir los cuidados necesarios para mitigarles los sufrimientos a todos y curar los que se pueda curar (Berrio; Pérez; Arango; Mejía *et al.*, 1915, p. 12).

¹²⁵ En su informe de 1923, el secretario de gobierno reseñaba: “Por la Ley 62 de 1912 se dispuso el establecimiento de Colonias Penales para el castigo de cierta clase de delincuentes; pero corría el tiempo sin que se diera paso tendiente a la creación ordenada, por cuyo motivo, principalmente, se expidió la Ley 33 de 1918 que facultó a las Asambleas para crear Colonias Penales en aquellos Departamentos donde el Gobierno Nacional no las hubiera establecido” (González Gómez, 1923, p. 18).

Y en un ángulo adicional, si para la caridad cristiana los locos eran los seres más desgraciados de sociedad y merecían todas las consideraciones posibles –como circula en los documentos revisados–, la idea de hacerles trabajar, en la escala que suponía una colonia agrícola, pudo haber resultado, cuando menos, cuestionable.

Con todo lo anterior, tiene sentido suponer que, aunque desde el saber psiquiátrico europeo sobran los argumentos para incorporar el trabajo en el tratamiento médico de la locura, frente a la forma de implementarlo en el Manicomio habrían rondado dudas, ambigüedades, y que la propuesta de la colonia agrícola para enajenados pudo haber puesto a los médicos y a las autoridades del Departamento frente a estas tensiones.

7.3 MAS ALLÁ DEL GRAN REMEDIO, LA OCUPACIÓN DE LOS ENAJENADOS BAJO LA TUTELA MÉDICA

Fotografía 13 – Vista general del Manicomio, 1916.



Fuente: Benjamín de la Calle Muñoz, 1869-1934. Captura de pantalla reproducida con autorización de la Biblioteca Pública Piloto.

La granja agrícola que soñó Londoño nunca se fundó, tampoco hay evidencia de que se hayan construido los talleres que desde 1897 recomendaron la Academia de Medicina de Medellín y

la Junta Departamental de Higiene. Aunque estas ideas se retomaron en varios momentos, tales espacios, destinados específicamente a ocupar a las personas internadas en el Manicomio, solo vendrían a crearse cuatro décadas después. No obstante, dentro de los límites que imponían las instalaciones de Bermejál y los nuevos horizontes que se abrían con la medicalización¹²⁶ (Conrad, 1992) de la locura en Antioquia, el trabajo y el entretenimiento de los alienados continuó proyectándose y fue implementado.

Por la vía del posicionamiento político de la higiene en la organización de la sociedad, se había logrado poner al Manicomio bajo la tutela médica, así que, una vez instalado como director, Londoño emprendió las labores de reorganización que la Ordenanza 25 de 1914 (Antioquia, 1914) preveía, entre ellas, reglamentar la Casa, instituir los tratamientos médicos y organizar e instruir al personal en lo relativo al cuidado de los enfermos.

Después de algunas idas y vueltas, la Junta de Inspección y Vigilancia del Manicomio, presidida por el gobernador Pedro Berrío, aprobó y expidió a finales de 1915 el Reglamento elaborado por Londoño (Berrío; Pérez; Arango; Mejía *et al.*, 1915). En la definición que de la institución se hacía en el Reglamento –como se puede ver en su primer artículo, citado al final del apartado anterior– se pueden distinguir algunas líneas que delimitaban su carácter, intentando separarlo de lo que venía siendo. A diferencia de lo establecido en aquella Ordenanza de 1888, con la cual se creó el Manicomio (Antioquia, 1888), el Reglamento expresaba que se trataba de un “establecimiento público creado y sostenido por el Gobierno del Departamento de Antioquia” (Berrío; Pérez; Arango; Mejía *et al.*, 1915, p.12), trazando distancia de la caridad.

Las discusiones sobre este asunto no eran exclusivas del Manicomio de Antioquia, alrededor del país se estaba debatiendo acerca del papel del Estado en las instituciones de asistencia y la necesidad de transformar la visión que igualaba ayuda institucional con caridad, lo que pasaba por la secularización de la atención que en estas se prestaba (Castro Carvajal, 2007). De hecho, en las memorias que anualmente presentaba el secretario de gobierno al gobernador de Antioquia, a partir de 1916, la sección que abarcaba los informes del Manicomio dejó de

¹²⁶ Entendida desde la perspectiva de Peter Conrad (1992), quien refiere: “La medicalización consiste en definir un problema en términos médicos, usar lenguaje médico para describirlo, adoptar un marco médico para comprenderlo o usar una intervención médica para “tratarlo”. Es un proceso sociocultural que puede involucrar o no a la profesión médica, conducir al control social médico o al tratamiento médico, o ser el resultado de una expansión intencionada por parte de la profesión médica. La medicalización ocurre cuando se ha aplicado un marco o definición médica para comprender o gestionar un problema” (p. 211, traducción propia). En el original: “*Medicalization consists of defining a problem in medical terms, using medical language to describe a problem, adopting a medical framework to understand a problem, or using a medical intervention to “treat” it. This is a sociocultural process that may or may not involve the medical profession, lead to medical social control or medical treatment, or be the result of intentional expansion by the medical profession. Medicalization occurs when a medical frame or definition has been applied to understand or manage a problem*” (Conrad, 1992, p. 211).

titularse “caridad” y pasó a denominarse “beneficencia” (Secretario de Gobierno, 1916). Se sabe, no obstante, que el Manicomio continuó dependiendo, en parte, de la buena voluntad de los antioqueños.

Por otro lado, aunque se seguía justificando la existencia del Manicomio en la necesidad de proteger a la sociedad de perjuicios o escándalos, en el Reglamento se priorizó un triple propósito: albergar, proteger y curar a quienes sufrieran perturbaciones mentales, y se remarcaba su función de proveerles cuidados para mitigar sus sufrimientos o curarlos, cuando esto fuera posible. Finalmente, como se ha indicado, se recalca la diferencia entre Manicomio y prisión, intentando dejar atrás aquel propósito central que se le había adjudicado cuando fue creado: retener a los locos.

En coherencia con estos propósitos, el Reglamento definió, como sigue, la conformación del personal:

Art. 2° El personal encargado de la Casa será el que a continuación se expresa:

1° La Junta de Inspección y Vigilancia.

2° El Médico-Director del Establecimiento.

3° El Médico-Auxiliar.

4° El Síndico-Contador.

5° El Capellán.

6° La Superiora y Hermanas.

7° El Portero.

89 Los Vigilantes.

9° Los Enfermeros.

(Berrío; Pérez; Arango; Mejía *et al.*, 1915, p. 12)

Así mismo, se delimitaron las competencias de cada instancia, en especial de las religiosas. Si bien lo establecido obedecía a lo acordado en el contrato firmado con la Congregación (Uribe y Gaetan, 1905), cerraba la puerta a atribuciones que estas habían tenido hasta entonces, ante la ausencia de un director y médico permanente en la casa, y dejaba clara su subordinación al mandato de los médicos en lo relacionado con el cuidado de los enfermos. El cuerpo de vigilantes, así como las criadas y otros empleados, a su vez, quedaban bajo las órdenes y la supervisión inmediata de las hermanas (Berrío; Pérez; Arango; Mejía *et al.*, 1915).

Cualquier decisión u orientación relacionada con el régimen y el tratamiento de los enajenados quedó supeditada a las órdenes médicas, y a las hermanas y vigilantes se les delegó la ejecución y garantía de que estas se cumplieran (Berrío; Pérez; Arango; Mejía *et al.*, 1915). Hacían además las veces de enfermeras y enfermeros, pues aunque el Reglamento incluía esta figura dentro el personal, la formación de enfermeras en el país aún estaba en ciernes, y, en cualquier

caso, se proyectaba para los servicios de cirugía, higiene aplicada y maternidad, no para la atención de enajenados (Calderón y Jiménez López, 1917; Uribe, Zuleta, Tobón C., Restrepo *et al.*, 1917). Según se reportaba, en 1915 trabajaban en el Manicomio ocho hermanas de La Presentación, incluida la superiora, así como doce vigilantes, ocho hombres y cuatro mujeres (Londoño, 1915, 31 de diciembre).

En tanto la preparación del personal quedó también bajo responsabilidad del director, Londoño coordinó la traducción al español y la publicación del *Manuel technique de l'infirmier des établissements d'aliénés*¹²⁷, de autoría de los psiquiatras Roger Mignot y León Marchand, un texto lanzado en sucesivas ediciones desde 1912 y significativo para el trabajo de las enfermeras psiquiátricas, quienes, en Francia, venían formándose hacia varias décadas (Jaeger, 2017; Londoño, 1933). El director distribuyó el impreso (Fotografía 14) entre el personal de vigilantes y religiosas e hizo al respecto algunas explicaciones, con lo que aspiraba a instruirles en el tratamiento moderno de la locura, reformar lo que se venía haciendo en el régimen interior de la casa respecto al tratamiento de los alienados (Londoño, 1914, 31 de diciembre; 1915, 31 de diciembre) y, al mismo tiempo, acompañar con la teoría aquello que las hermanas hacían para aliviar sus perturbaciones, según decía, muchas veces con acierto y “sin haberlo aprendido por otro medio que la intuición” (Londoño, 1915, 31 de diciembre p. 62). Según narraba años después, los pobres resultados que había obtenido a través de este medio se debían a los escasos elementos con que contaban los vigilantes, de quienes, decía, eran en su mayoría analfabetas – a pesar de que el Reglamento establecía que debían, cuando menos, saber leer, escribir y contar. Aun así, destacaba el aprovechamiento que del material habían hecho las hermanas, quienes, manifestaba, “naturalmente sobresalían y se perfeccionaban más” (Londoño, 1933, p. 279).

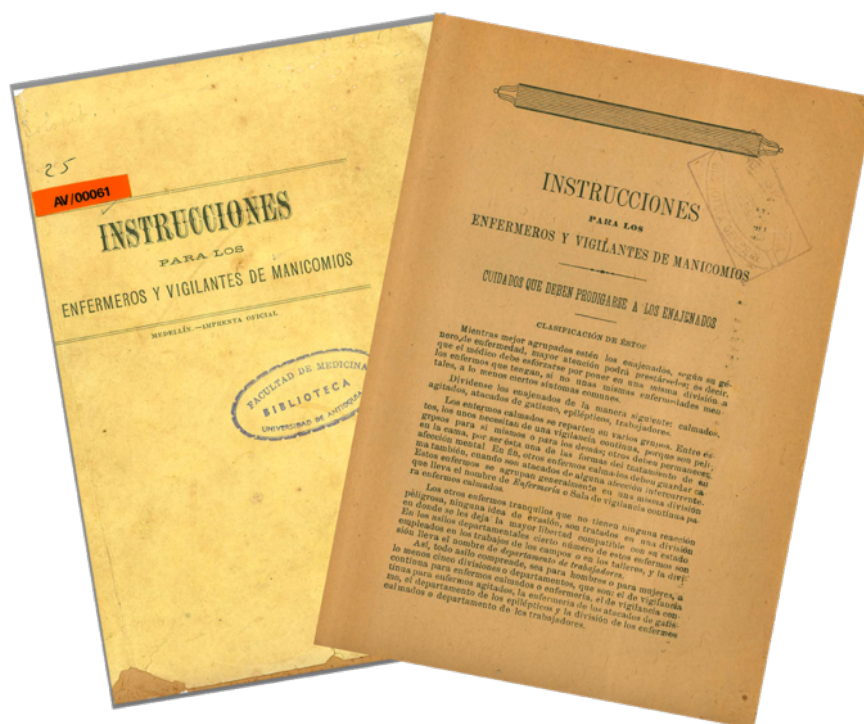
La versión del manual que se tradujo al español en 1915 se tituló, como se ve en la Fotografía 14, *Instrucciones para los enfermeros y vigilantes de manicomios*. En el desarrollo de esta investigación no se tuvo acceso al original en francés, pero, esa licencia en el título, así como el uso de ciertos términos en la versión en español¹²⁸ llevan a pensar que, más que una traducción literal, pudo haberse realizado una adaptación de la obra. El manual resulta relevante no solo como tentativa de iniciar la formación de enfermeras y enfermeros psiquiátricos en el

¹²⁷ Su traducción al español sería *Manual técnico para la enfermera de los establecimientos de alienados*. La versión que se tradujo al español en 1915 se tituló, como se ve en la fotografía 13, *Instrucciones para los enfermeros y vigilantes de manicomios*. Londoño (1933) refería que, en la traducción, recibió la ayuda de las señoritas Teresa Escobar U. y Ana Londoño G.

¹²⁸ Por ejemplo, en la versión en español, al hacerse referencia a “vigilante en jefe” o “enfermero jefe”, se especifica enseguida entre paréntesis “la Hermana”.

Manicomio, también porque en él es evidente una cierta armonía con lo dispuesto en el Reglamento, de manera que, tal como aspiraba Londoño (1914, 31 de diciembre), lo complementaba; además, incluye responsabilidades e instrucciones que debía asumir este personal en relación con la ocupación de los alienados. Más adelante volveremos sobre este punto.

Fotografía 14 – Extractos del manual *Instrucciones para los enfermeros y vigilantes de manicomios*, traducción publicada en 1915 para uso en el Manicomio Departamental de Antioquia.



Fuente: *collage* elaborado a partir de fotografías tomadas por la autora al original, facilitado en la Sala Historia de la Medicina, Biblioteca Médica de la Universidad de Antioquia.

Además de mantener la separación por sexos y capacidad de pago (pensionistas y los que no pagaban pensión), la atención de los enfermos se basaba, “para los efectos de su manejo”, en una clasificación en cuatro grupos que aplicaba para hombres y mujeres: “calmados o tranquilos, agitados, excitados o furiosos, sucios o gatosos¹²⁹ y epilépticos” (Berrío; Pérez; Arango; Mejía *et al.*, 1915, art. 64, p. 25). El grupo de enfermos calmados o tranquilos se subdividía, a su vez, en tres: quienes requerían de vigilancia especial por sufrir de accesos de

¹²⁹ El manual de *Instrucciones para vigilantes y enfermeros* definía: “Se da el nombre de gatismo a la pérdida voluntaria o involuntaria de las materias fecales y de la orina. Se llaman gatosos los individuos que se ensucian con la orina o con los excrementos” (Mignot y Marchand, 1915, p. 18).

locura impulsiva durante los cuales podrían hacerle daño a otros o a sí mismos; quienes debían permanecer en cama para curarse y, finalmente, aquellas personas que vivían en el asilo “como en casa propia” (Berrío; Pérez; Arango; Mejía *et al.*, 1915, art. 65, p. 25). En el manual que orientaba el trabajo de vigilantes y enfermeros se empleaba esta misma clasificación, con pequeñas diferencias, como se puede observar en la Tabla 1.

Tabla 1 – Clasificación y tratamiento de personas internadas en el Manicomio Departamental de Antioquia, 1915

Grupos y subgrupos (Reglamento / Instrucciones)		Tratamiento (Reglamento)	Tratamiento (Instrucciones)
Calmados o tranquilos / Calmados	Vigilancia especial / Vigilancia continua (accesos de locura impulsiva) /		- Vigilancia. - Trabajo. - Distracciones.
	Permanencia en cama (para curarse / o por afección intercurrente)		- Acostamiento. - Higiene. - Asistencia en alimentación, baño, etc.
	Viven en el Asilo como en casa propia / Trabajadores	- Pueden y deben trabajar (preservar y curar). - Enviar a sus casas u ocupar en los trabajos del establecimiento. - Asistir a los vigilantes en el cuidado de otros enfermos. - Reciben pago que se entrega al salir, deduciendo el valor de la alimentación.	- Trabajos del campo, en talleres o fuera de sus divisiones, sin obligárseles. Según aptitudes y bajo indicación y autorización médica. - Se animan a trabajar con recompensas (alimentos, tabaco, retribución monetaria). - Se les administra un peculio. - Distracciones (paseos, juegos, música, baile, lecturas).
Agitados, excitados o furiosos / Agitados		- Dejarlos hacer todo lo que quieran, que no perjudique a otros o a sí mismos (<i>no-restraint</i>). - Acostamiento (<i>alitement</i>) sostenido o continuo. - Hidroterapia: baños calientes, baños prolongados. - Administración de medicamentos. - Contención (jaulas/celdas, esposas, camisas de seguridad).	
Sucios o gatosos / Atacados de gatismo			- Acostamiento. - Higiene. - Control de escaras. - Llevar al baño. - Asistencia en la alimentación.
Epilépticos / Epilépticos			- Previsión de las crisis. - Prevención de daños. - Administración de medicamentos. - Ocupación en trabajos en los que no corran riesgos.

Fuente: elaboración propia a partir de Berrío; Pérez; Arango; Mejía *et al.* (1915) y Mignot y Marchand (1915).

A cada grupo correspondían unos medios de tratamiento, resumidos también en la Tabla 1. La atención prioritaria se dirigía al grupo de enajenados agitados, para quienes se previó el uso preferente de medios suaves: hidroterapia (baños tibios), permitirles hacer lo que quisieran, siempre y cuando no lastimaran a nadie (*no-restraint*), y clinoterapia o *alitement* continuo, es decir, acostamiento sostenido en enfermerías (Berrío; Pérez; Arango; Mejía *et al.*, 1915; Londoño, 1915, 31 de diciembre; Mignot y Marchand, 1915). Siguiendo lo recomendado por la Junta Departamental de Higiene, se proyectaba avanzar en la implementación de estos métodos hasta lograr suprimir el uso de jaulas, disminuir el aislamiento en celdas y emplear, solo como última opción, elementos de contención física como esposas o camisas de fuerza (Berrío; Pérez; Arango; Mejía *et al.*, 1915; Londoño, 1914, 31 de diciembre; 1915, 31 de diciembre; 1933; Mignot y Marchand, 1915).

Para los grupos de epilépticos y sucios o gatosos, el Reglamento del Manicomio no preveía mayores detalles sobre el tratamiento. Las instrucciones para vigilantes y enfermeros, en cambio, se extendían en los cuidados que debían suministrárseles, principalmente higiénicos y preventivos del deterioro físico. Para el grupo de epilépticos, el manual contemplaba que podrían ocuparse en trabajos, pero advertía las precauciones que debían tenerse en cuenta, como no permitirles transportar objetos frágiles o subirse a escaleras (Mignot y Marchand, 1915).

Con menores expectativas que las puestas por la Junta de Higiene en las bases para regular el Manicomio, ajustándose a las limitaciones en la infraestructura y retomando elementos de la Ordenanza 8 de 1904, el Reglamento contempló la ocupación de los enfermos calmados, pero restringida a aquel grupo que, sin revestir mayores peligros, vivía en el asilo “como en casa propia”, de quienes se refería: “pueden y deben trabajar para no enfermar más y curarse si ello es posible” (Berrío; Pérez; Arango; Mejía *et al.*, 1915, art. 65, p. 25).

Ya que estas personas no podían ser enviadas a sus casas por diferentes motivos –que no se especifican–, estableció: “se les ocupará en los trabajos del Establecimiento, y el tiempo que trabajen se les pagará según lo que hagan, deducido el valor de su alimentación, y lo que sobre, se les entregará al salir” (Berrío; Pérez; Arango; Mejía *et al.*, 1915, art. 66, p. 25). Sobre tales trabajos, el Reglamento desarrollaba una única especificación, esto en el capítulo IX, relativo a los vigilantes enfermeros, de quienes señalaba que podrían “acompañarse de uno o varios enajenados tranquilos” para realizar algunas de las tareas de cuidado de los enfermos que tenían a su cargo: asearlos, cortarles el pelo, lavarlos, vestirlos, hacerlos acostar y comer, llevarlos al baño, limpiar las habitaciones cuando las ensuciaran con excrementos y cambiarles el vestido,

por lo cual recibirían “algún auxilio en dinero, a juicio del Director, el día que se les dé de alta” (Berrío; Pérez; Arango; Mejía *et al.*, 1915, art. 26, p. 19). En cuanto a diversiones, entretenimiento o actividades recreativas, no hacia el Reglamento alusión alguna.

Lo contemplado en el Reglamento sobre el trabajo de las personas internadas en el establecimiento sugiere una tentativa por contrarrestar la ociosidad —considerada peligrosa y nociva (Londoño, 1914, 31 de diciembre; 1915, 31 de diciembre; 1933)— y aprovechar, de alguna manera, la fuerza de trabajo de aquellas que, no obstante permanecían o tenían periodos prolongados en calma, por razones diversas e inciertas no eran devueltas a la sociedad. Aunque someramente, el documento también muestra que, con esta forma de ocupación, se esperaba contribuir a detener el progreso de la enfermedad o curarla. Como se verá, si bien se hacían esfuerzos para que en el Manicomio solo permanecieran enajenados que se estimaba conveniente secuestrar allí, quedaba claro que la institución tenía que lidiar con el asiento indefinido, en largas temporadas o intermitente de una parte de los que llegaban. Sin la alternativa de la colonia agrícola, el Manicomio estaba llamado a ser la “casa propia” donde algunas personas harían su vida.

Atendiendo a lo establecido en la Ordenanza 25 de 1914 (*apud* Londoño, 1933), una de las primeras acciones que adelantó Londoño al llegar a la dirección fue dar de alta o trasladar a otras instituciones a quienes consideraba inconveniente retener en el asilo; así lo reportaba:

Pasaporte.—Previo examen particular, varias veces repetido, he dado de alta a muchos de los enfermos incurables que encontré en el Asilo y que podían, sin inconveniente, ir a sus casas, o a la Casa de Mendigos. Aún hay varios de éstos, viejos valetudinarios relativamente sanos, tullidos, idiotas, etc., que no he podido colocar en su respectivo lugar que es, para los ancianos, la Casa de Jesús María y José, y para los demás, la Casa de Mendigos (Londoño, 1914, 31 de diciembre, p. 57).

Entonces, ese grupo que el manual de vigilantes y enfermeros denominaba “trabajadores” (Mignot y Marchand, 1915, p. 3) y que habitaba el Manicomio como casa propia estaba conformado por una diversidad de personas aparentemente inofensivas, pero catalogadas como enfermas mentales. El Reglamento, el manual y los informes de Londoño dejan ver lo que en la organización médica del Manicomio se dispuso para su tratamiento: ocupación, en forma de trabajo y distracciones, y vida en común.

En la propuesta de Jean Pierre Falret para el tratamiento de los alienados, el principio de reunión o de vida en común aludía a organizar el establecimiento de tal manera que llevara a los asilados

a estar en contacto con sus compañeros de reclusión; esto pasaba por disponer espacios físicos comunes y actividades compartidas. Con su aplicación, se pretendía desviar la atención del enfermo del objeto de su delirio, forzarlo al control sobre sí mismo y sacarlo de la contemplación de sus propios pensamientos (Falret, 2016a; b). En algunas de las obras de remodelación y las medidas de reorganización del Manicomio dirigidas por Londoño durante su administración puede advertirse la observación de este principio: se fusionaron celdas para construir dormitorios comunes; se organizaron el espacio y el mobiliario de los comedores, se regularon los horarios e instrucciones respecto a las comidas, de tal modo que los enajenados tranquilos se sentaran juntos a tomar los alimentos (Berrío; Pérez; Arango; Mejía *et al.*, 1915; Londoño, 1914, 31 de diciembre; 1915, 31 de diciembre; Mignot y Marchand, 1915).

En lo relativo a la ocupación de los enfermos, complementando lo establecido en el Reglamento, el manual para vigilantes y enfermeros (Mignot y Marchand, 1915) hablaba de la utilidad de este medio, describía formas de trabajo y diversiones, y contenía instrucciones detalladas para facilitarlas, acompañarlas y vigilarlas. Se dictaba en el documento que eran facultades exclusivas del médico indicar los alienados que podían trabajar, pasear dentro y fuera del asilo, ir a misa o recibir visitas, así como autorizar la lectura de determinados libros. Las enfermeras jefes o supervigilantes, es decir, las hermanas, tendrían a su cargo distribuir a los enfermos autorizados por el médico en las diferentes ocupaciones y ponerles bajo la supervisión y vigilancia de determinados miembros del personal subalterno (vigilantes, jardinero, etc.), llevar el registro de lo trabajado y lo gastado por cada asilado para coordinar con el síndico el pago de un peculio, y podrían también, junto con los vigilantes, organizar distracciones con la autorización del médico. En los vigilantes y “jefes de talleres”, entre tanto, se depositaría el cuidado inmediato de quienes se ocuparan en trabajos o distracciones, siendo de su resorte vigilarles para evitar fugas, accidentes o agresiones; observar y registrar el comportamiento durante las actividades; reportar cualquier incidente; animarles o persuadirles de participar, sin obligarlos, e, incluso, trabajar o jugar con ellos. Se advertía que los enfermeros jamás debían servirse de los enfermos como criados. Señalaba el documento:

El trabajo debe ser para el enajenado una distracción y no una fatiga. Está instituido igualmente como medio de tratamiento. Está reconocido que todo trabajo, aun los inútiles, contribuyen a mantener en él cierta actividad intelectual. En algunos asilos sacan un verdadero provecho económico de los enajenados trabajadores. (Mignot y Marchand, 1915, p. 27)

Se contemplaban dentro de esta forma de ocupación los cuidados de la casa y los oficios propios de diferentes dependencias del asilo, como lavandería, ropería, cocina, panadería, comedores,

granja, talleres, jardines, etc., a los que se designarían los alienados según sus aptitudes (Mignot y Marchand, 1915).

En cuanto a las distracciones, el manual incluía paseos dentro y fuera del establecimiento, salidas con familiares, visitas, juegos de mesa, representaciones teatrales, juegos y deportes en los jardines y patios, leer, cantar, bailar, escuchar música. Estas ocupaciones estarían orientadas a operar como forma de distracción o de ejercicio físico o intelectual. Respecto a la lectura, el manual aludía a la forma como debía reglamentarse una biblioteca para el uso por parte de los alienados (Mignot y Marchand, 1915).

Se esperaba que el personal de vigilantes y enfermeros, como colaboradores del médico, tuvieran un especial “espíritu de observación”, pues una de sus principales responsabilidades sería la de observar y registrar permanentemente el comportamiento de los enfermos, también cuando se ocupaban en los diferentes trabajos y distracciones. Con este fin, el manual disponía una serie de fichas y cuestionarios, y detallaba lo que debía ser observado y registrado, cuándo y cómo (Mignot y Marchand, 1915, p. 77).

Los informes anuales sobre el funcionamiento del Manicomio son en general escuetos en lo que se refiere, específicamente, a los medios de tratamiento de la enfermedad mental. En los elaborados por Londoño para los años 1914 y 1915, hacía alusión a hidroterapia; medicamentos; cirugía; clinoterapia, *alitement* o acostamiento sostenido; electroterapia, y psicoterapia —de esta última, no provee información que permita comprender la manera como la entendía—, pero no refirió estar empleando la ocupación de los alienados (Londoño, 1914, 31 de diciembre; 1915, 31 de diciembre).

Este énfasis en el tratamiento físico, probablemente, obedecía al interés en legitimar la intervención médico-científica en el Manicomio y, como se verá, en este se enfocaron cada vez más el discurso y la práctica médica. Aun así, Londoño se valió de estas oportunidades de interlocución con las autoridades del Departamento para insistir en la necesidad de ampliar el local y disponer talleres, departamento de trabajos manuales, terrenos para cultivo y, por supuesto, una granja o colonia agrícola donde pudieran aprovecharse los beneficios del trabajo (Londoño, 1914, 31 de diciembre; 1915, 31 de diciembre; Londoño 1916, *apud* López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz, 2004). En cualquier caso, es claro que seguía reconociendo al asilo como instrumento y base del tratamiento.

Así, el esquema de tratamiento que se construyó para el Manicomio durante este periodo, representado en el Gráfico 3, puede asimilarse al *tratamiento general* en los asilos de alienados propuesto por Jean Pierre Falret (2016a; b), una conjugación de medios físicos y morales orientada a actuar sobre el sistema nervioso y fundamentada en una lógica que el médico francés explicaba así:

Creemos que todo medio llamado moral actúa al mismo tiempo sobre el físico, y que todo medio llamado físico, al actuar sobre el sistema nervioso, actúa al mismo tiempo sobre lo moral, o sea sobre las facultades intelectuales y afectivas. Creemos entonces, en principio, en el valor de los dos tipos de medios, físicos y morales, y asignamos, según las circunstancias, preeminencia a unos u otros. Esta opinión mixta nos conduce a no rechazar ningún método terapéutico, cuya eficacia haya sido demostrada por la experiencia. (Falret, 2016a, p. 47).

Gráfico 3 – Esquema de tratamiento proyectado para el Manicomio Departamental de Antioquia.



Fuente: elaboración propia, a partir de los documentos revisados.

Los medios de tratamiento que se contemplaron en el reglamento (Berrío; Pérez; Arango; Mejía *et al.*, 1915), en el material que se dispuso para la instrucción del personal auxiliar (Mignot y Marchand, 1915) y en los informes del director del Manicomio (Londoño, 1914, 31 de diciembre; 1915, 31 de diciembre) corresponderían, en términos generales, con aquellos que

recomendaban los alienistas franceses (Dagonet, 1894 ; Esquirol, 1847; Falret, 2016; Pinel, 1804). En particular, las disposiciones en relación con la organización del establecimiento y las ocupaciones de los enfermos, descritas previamente, son congruentes con algunos de los principios en los que Falret (2016b) fundamentaba el tratamiento moral en su propuesta: clasificación, orden y regla, vida en común, ocupación, distracción y persuasión.

Después de la salida de Londoño de la dirección, a inicio de 1917, el Manicomio habría continuado funcionando sobre estos cimientos. Pasó a ocupar el cargo Jorge Tobón, quien venía desempeñándose como médico auxiliar en la institución y había compartido con Londoño otros espacios en el proceso de organización médica del Manicomio, incluido el de la Junta Departamental de Higiene. A partir de 1920, después de haber actuado también como médico auxiliar, asumió como director Lázaro Uribe Cálad (Londoño, 1933), quien permanecería en el cargo por 26 años.

Algunos cambios en la administración del Manicomio se introdujeron en 1922, a través de la Ordenanza 6 y el Decreto 379; estaban relacionados, principalmente, con el personal, pero más allá de lo meramente administrativo, acentuaban el carácter médico y científico de la institución. Se crearon los cargos de técnico de laboratorio y médico general –que reemplazaría al de médico auxiliar y se encargaría de las enfermedades intercurrentes–, el interno pasó a denominarse practicante interno –quien viviría en el establecimiento, visitaría a los enfermos en la tarde y en la noche y se encargaría de llevar las historias clínicas, el libro de entradas y salidas y la estadística– y el director se convirtió en “director alienista” (Antioquia, 1923; López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz, 2004; Uribe C., 1923, 1 de enero), título con el que Uribe Cálad se identificó en los informes anuales hasta finales de la década de 1930 (Uribe C., 1939, 3 de abril; 1940). Además de los médicos, el capellán y el síndico, se contaba para entonces con los servicios de doce hermanas y 22 empleados y empleadas entre vigilantes, portero, albañil, entre otros (Uribe C., 1921, enero).

La ratificación del practicante interno, cargo que había sido creado a través de la Ordenanza 34 de 1917 (López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz, 2004), puede relacionarse con la apertura de la cátedra de enfermedades mentales de la Universidad de Antioquia, que habría asumido por aquella época Uribe Cálad (Herrera Marín, 2015). Con ello, el Manicomio empezaba a servir en la formación de los futuros médicos. Adicionalmente, la Ordenanza 6 de 1922 se refería a la Clínica de Enfermedades Nerviosas y Mentales que se abriría en el Manicomio cuando esa normativa entrara en vigor, bajo la jefatura única del director (López Vélez, Rueda y Suárez

Quiroz, 2004). Si bien López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz (2004) señalan que esa clínica nunca habría funcionado, la tesis de grado de Ernesto Uribe¹³⁰, quien ejerció como practicante interno en el Manicomio entre 1925 y 1926, incluye una serie de observaciones clínicas en las que se describen y analizan casos de pacientes atendidos en el Manicomio, en el “servicio de Clínica Mental del doctor L. Uribe C.”, con quienes se experimentaron terapéuticas biológicas, combinadas con el aislamiento (Uribe, 1928, p. 79).

La distancia entre lo que se proyectó y lo que se concretó en cuanto a la ocupación de las personas que fueron internadas en el Manicomio es difícil de precisar. Como se ha mencionado, los informes anuales de los directores dicen poco en concreto respecto a los tratamientos que se administraban y, cuando lo hacen, se refieren básicamente a los medios físicos. Aun así, lo que allí se narra sobre reformas al edificio y otros detalles al margen sobre cómo marchaba la institución, dan luces al respecto, así como lo hacen algunos reportajes y notas de prensa. Por otro lado, las historias clínicas que empezó a organizar Uribe Calad en 1920 son una fuente valiosa para acercarse a lo que ocurría en el día a día.

Después de que la Junta Departamental de Higiene sugirió dotar al Manicomio con un cine y un gramófono “para distraer y amenizar un poco el encierro a los enfermos” y aprovechar la “feliz influencia [de la música] en estas enfermedades” (Junta Departamental de Higiene, 1913, *apud* Londoño, 1933, p. 265), entre 1915 y 1918 se desplegaron intensas campañas en las que se clamaba la caridad de los antioqueños para la adquisición de estos aparatos:

Hoy suplicamos nueva cuota para la compra de una máquina cinematográfica con películas aparentes para distraer siquiera algún tiempo a los enfermos que hablamos.

Suplicamos, pues, de las casas bancarias y de comercio, de toda persona caritativa, un abono para fin tan simpáticamente digno de amor a los seres más desamparados y sufrientes de la sociedad (Restrepo, 1916, s.p.)

Vecinos y vecinas de Medellín publicaron en la prensa sus llamados a hacer donaciones, colectas, a participar en un bazar; se informaba que la Gobernación también había puesto su parte —\$200 pesos para pagar la máquina cinematográfica—, hasta se anunciaron funciones benéficas con el cinematógrafo adquirido para acabar de pagarlo (Departamento para maquina cinematográfica, 1918; Donaciones, 1915; Donaciones para maquina cinematográfica, 1916; Funciones benéficas, 1918; Por los locos, 1916; Restrepo, 1916). Finalmente, dos gramófonos y

¹³⁰ Titulada “Parálisis general progresiva. Contribuciones para su estudio” y elaborada para optar al título de doctor en Medicina y Cirugía de la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales de la Universidad de Antioquia (Uribe, 1928).

un cinematógrafo se lograron entregar y poner en funcionamiento en el Manicomio (Donaciones para maquina cinematográfica, 1916; López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz, 2004). Por estas informaciones, sabemos que la música y el cine hicieron parte de las distracciones que se dispusieron para quienes allí pasaban sus días. Después entraría la radio en el repertorio de distracciones, como lo narró el periodista Luis Yagari en una nota de 1934 (Yagari, 1934).

Asimismo, recién llegado a la dirección, Uribe Cálad (1921, enero) señaló la indiscutible utilidad que podría prestar al Manicomio la disposición de una biblioteca formada, especialmente, con libros recreativos, pues, alegaba:

Los enfermos tranquilos, los toxicómanos pasan sus largas y tediosas horas de reclusión sin un pobre libro que les ayude a matar el tiempo, porque el Establecimiento no lo tiene y no hay una sola empresa periodística que envíe allí un ejemplar siquiera de sus publicaciones. (Uribe C., 1921, enero, p. 41)

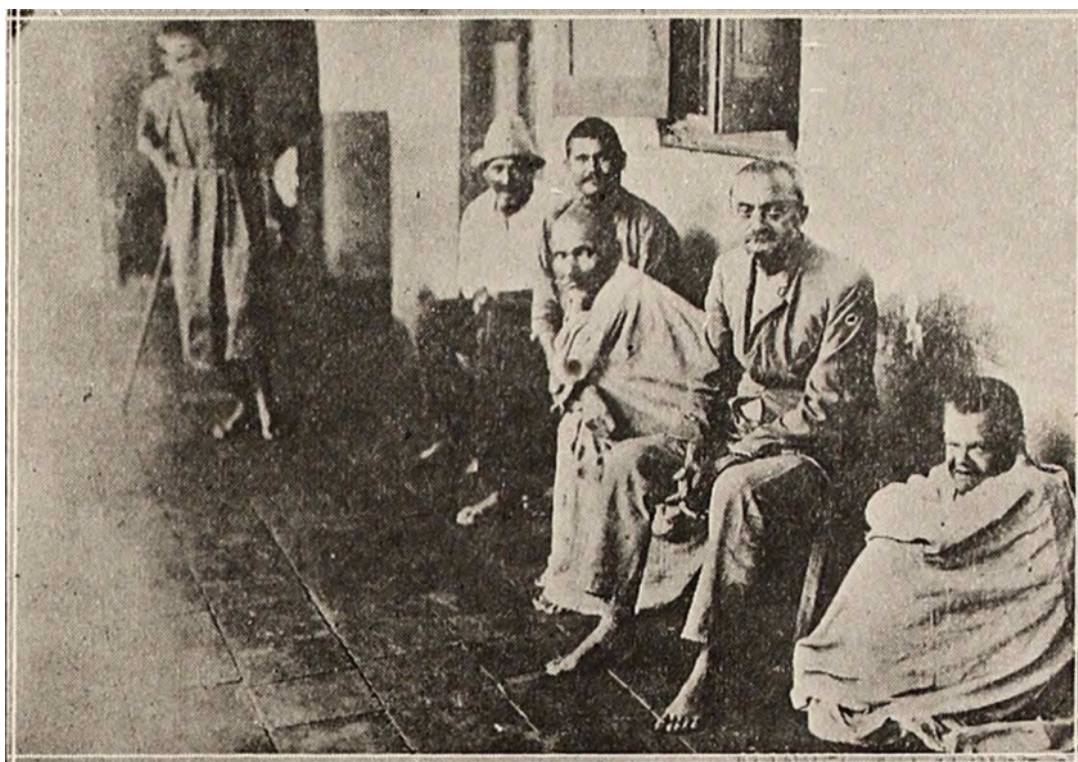
Tal vez alentado por esta solicitud, en 1922 se creó en el Manicomio un “Salón de Esparcimiento con biblioteca, juegos recreativos y todo lo que pueda llevar un poco de alegría y de expansión a los enfermos convalecientes y a los incurables que se adapten a ello” (Uribe C., 1923, 1 de enero, p. 120). Presentaba Uribe Cálad esta “medida plausible” a renglón seguido de la “terapéutica de las psicopatías” que se venía implementando, en la cual, afirmaba estar poniendo en práctica todos los recursos curativos disponibles en el asilo y procurando dar cabida a “los últimos tratamientos aconsejados por los especialistas, tales como la hetero-hemoterapia, las inyecciones intrarraquídeas, etc. con resultados alentadores” (Uribe C., 1923, 1 de enero, p. 120). Otra obra orientada en esta dirección se reportaba a inicios de la siguiente década, cuando se construyó un “kiosko lujosísimo”, en medio de la huerta, como lugar de esparcimiento para los alienados (Uribe C., 1933, 1 de enero, p. 182).

Con la información disponible, lo que puede afirmarse es que en el Manicomio se habilitaron algunos espacios y elementos para la recreación y la distracción de los enfermos. Sin embargo, las fuentes no refieren nada específico respecto a la manera como fueron utilizados. Es claro que la clínica que se practicaba para entonces en la institución tenía como base principal la observación del comportamiento cotidiano de los enfermos, pero las descripciones en las historias clínicas no hacen referencia a la ocupación en actividades recreativas o diversiones, tampoco dejan ver que se las prescribiera.

Cabe recordar que las primeras historias clínicas que se elaboraron en el Manicomio se refieren a personas que ingresaron a la institución entre 1903 y 1919, antes de que ese instrumento de

registro empezara a utilizarse. Esto hace que, a diferencia de otras elaboradas posteriormente, además de unos datos básicos (edad, raza, estado civil, profesión, procedencia, nacionalidad, antecedentes hereditarios y personales, diagnóstico, pronóstico, fecha de entrada, fecha y motivo de salida, si bien estos no siempre se diligenciaban), solo incluyan un resumen, una narración corta sobre el paso de la persona por la institución; se trata de un relato escrito por el director o el practicante interno cuando esta era dada de alta o moría, con las informaciones que en ese momento se habrían considerado más relevantes. Con el tiempo, las historias clínicas fueron ganando densidad y, además de ir incorporando los nuevos elementos clínicos y de laboratorio que entraron a apoyar el diagnóstico y el tratamiento, muestran la adopción paulatina de la práctica de documentar con cierta regularidad los cambios en el comportamiento de la persona.

Fotografía 15 – Un grupo interesante de alienados, 1921.



Fuente: fotografía de Manuel Lalinde, tomada de E. y J. (1921, p. 119).

En los relatos consignados en las historias clínicas, por lo general, se pueden distinguir tres elementos: la clínica, la evolución de la enfermedad y el tratamiento. La primera se refiere a la descripción de las manifestaciones de la enfermedad mental a partir de lo observado en el comportamiento cotidiano de la persona dentro del Manicomio, algunas veces se alude a lo que esta decía acerca de lo que experimentaba. La evolución atañe a cómo el comportamiento iba

cambiando a través del tiempo en la internación; con base, también, en la observación cotidiana. Tales descripciones pueden haberse elaborado a partir de lo que reportaban las hermanas y vigilantes, o de lo conocido de primera mano por los médicos. El tratamiento, por último, alude a los medios que se administraban; este elemento, nuevamente, suele ser bastante inespecífico, sobre todo en las primeras historias, dando a entender que el régimen mismo del asilo y la terapéutica solían homologarse.

En el ejemplo a continuación se identifican con colores esos tres elementos¹³¹: la clínica en azul, la evolución de la enfermedad en verde y el tratamiento en naranja. El relato corresponde a la historia clínica de un hombre al que llamaremos Manuel, procedente de Medellín, soltero y de profesión carpintero, que ingresó al Manicomio Departamental de Antioquia en septiembre de 1919, cuando tenía 30 años, y salió en abril de 1925 “*por estar bien*”; estuvo internado por cinco años y medio. Esta nota, única que contiene la historia, fue firmada por el director, Lázaro Uribe C.

Sufre alucinaciones cenestopáticas, dice que los médicos del asilo hacen experimentos en su persona por medio de la electricidad; parece que las sufra también auditivas y visuales por las narraciones que hace de las sensaciones percibidas en el curso de la noche; algunos días ya reclama insistentemente que se le pague sueldos que se le adeudan por los experimentos que en él se ha hecho, en ocasiones se encuentra en medio del patio en pleno estado de alucinación, dialogando a gritos con seres extraños que provocaban en él sus sensaciones morbosas, tomaba actitudes de defensa aislándose en el medio tapándose los oídos y manifestando con ademanes adecuados el rechazo de los elementos mortificantes. Su afectividad no ha sufrido perturbación profunda, porque anhela volver a su casa y recibía bien a los suyos a los que trata convenientemente, se somete a la disciplina del asilo. Su memoria tampoco ha sufrido alteraciones apreciables.

La larga duración de este estado delirante alucinatorio nos había hecho formar un concepto sombrío sobre el futuro mental de este enfermo, mas de una manera inesperada un día cualquiera pidió al vigilante su vestido habitual y se ofreció para desempeñar oficios de la casa; accediendo a esto se le destina al servicio de la enfermería: aseo de las celdas, distribución de alimentos, cuidado de los enfermos todo lo cual desempeña con sorprendente acuciosidad y corrección, y poco a poco los fenómenos alucinatorios se van [borrando] progresivamente hasta desaparecer del todo; pide insistentemente la baja y en vista del estado actual se accede a dársela. Físicamente no presentó nunca perturbación apreciable. (Historia clínica n.º 204)

¹³¹ Un capítulo del podcast “Archivo a la carta”, realizado por el Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín, aborda el ejercicio de análisis de esta historia clínica. El capítulo se titula “Trabajos para cuidar en el Manicomio con Clara Duarte” y está disponible en la plataforma Spotify, así como en el sitio web del Laboratorio: <https://cienciashumanasyeconomicas.medellin.unal.edu.co/~fhistoricas23/multimedia/archivo-a-la-carta.html>.

Esta historia muestra algunas pistas de cómo la ocupación de los enajenados tranquilos en diferentes tareas del establecimiento, incluido el cuidado de otros enfermos, se incorporó en la rutina del asilo, atendiendo a lo que para este grupo se previó en la organización médica del Manicomio. Esto emerge con regularidad en las historias clínicas de las siguientes tres décadas: en periodos de calma, las personas internadas fueron ocupadas en diferentes tareas y menesteres de la casa, algunas veces, como en el caso anterior, a solicitud de ellas mismas.

Entre tanto, la historia clínica de Enrique, de 42 años, procedente de Manizales, de profesión oficinista y que ingresó al Manicomio el 12 de febrero de 1920, deja ver la prescripción explícita de una ocupación con características específicas, combinada con otros medios y buscando acentuar o mantener periodos de mejoría. En la presentación del cuadro clínico se describe que presentaba episodios de excitación violenta, con alucinaciones visuales que duraban alrededor de 15 días, luego de los cuales volvía a una calma completa. Se anotaba en su historia: “*Se le han prescrito bromuros, régimen apropiado, trabajos manuales moderados*” y más adelante, sobre su evolución: “*en los periodos de calma llegava [sic] a hacerse un hombre útil, ocupándose en el manejo del telar con reconocida consagración y habilidad*”. Se le había diagnosticado “*psicosis epiléptica*” y su pronóstico era: “*incurable*”. Murió en el Manicomio el 19 de julio de 1926, según se informaba en la historia, a consecuencia de la caquexia derivada de “*una pleuresía con derrame que le duró unos cuatro meses*” (Historia clínica n.º 222). A Enrique, como a tantas otras personas que habitaron el Manicomio por años, hasta morir, con la sentencia de incurabilidad se les condenó a un encierro perpetuo, justificado en el carácter episódico de sus exaltaciones y en la peligrosidad que a estas se les atribuía.

A partir de las historias clínicas pueden distinguirse dos orientaciones en la ocupación de los enajenados tranquilos que se mantuvieron hasta entrada la década de 1950. Una, para aquellos que se consideraban incurables y sin expectativas de salir; otra, para quienes el regreso a la sociedad resultaba una opción viable, aun cuando se les catalogara como incurables. En el primer caso, ocuparles en alguna tarea u oficio tendría como propósito prolongar los periodos de calma, mantener un nivel de actividad que previniera o dilatara el deterioro físico e intelectual, o bien, contrarrestar la ociosidad, hacer más llevadera la vida en el encierro o prestar algún servicio en el funcionamiento de la casa.

Fue así para mujeres y hombres como Francisco, un agricultor de 28 años procedente del municipio de Apía, quien ingresó al Manicomio el 18 de abril de 1917 y permaneció internado

por once años. Se le diagnosticó demencia precoz y lo consideraron incurable. A su muerte, el 10 de julio de 1928, se anotó en su expediente:

Los primeros días fue hombre útil en el servicio; en la enfermería desempeñó buenas funciones como colaborador en el aseo de los departamentos, etc. Pero hace ya unos cinco o seis años entró en un franco periodo demencial y completa ineptitud. (Historia clínica n.º 124)

O para Luis, un negociante que ingresó al Manicomio en 1911, cuando tenía 45 años, y murió allí 29 años después, el 26 de agosto de 1940, por “*caquexia demencial*”. Se le había declarado incurable, con un diagnóstico de “*melancolía, impulsivo*”. En su historia clínica quedó registrado:

Durante su largo aislamiento presentaba crisis intensas de excitación con agresividad terrible, periodos de calma de larga duración, casi verdaderas remisiones durante las cuales se ocupaba de menesteres de la casa, sobre todo en el cuidado de animales (ganados del asilo) y periodos de depresión con inactividad, mutismo, etc. Así paso los años hasta el día de su muerte en la fecha y por la causa abajo anotada. (Historia clínica n.º 43)

Entre tanto, cuando se trataba de personas susceptibles de mejoría, esto es, de estar “capacitados para volver a su casa o a la sociedad en estado de trabajar o por lo menos no ser peligrosos” (Uribe C., 1922, enero, p. 56), además de acentuar la recuperación, ocuparlas en los oficios del establecimiento servía para monitorear la convalecencia y asegurar que hubiese cierta estabilidad antes de darles de alta, como se refleja en las dos historias a continuación.

La primera de ellas corresponde a Esteban, un hombre de 47 años, de profesión agricultor, casado, y con ingresos recurrentes al Manicomio entre 1921 y 1950; el diagnóstico que recibió fue “*sucesos maniacos periódicos*”, de pronóstico “*reservado*”. El 13 de marzo de 1933, el médico interno refirió:

Durante los primeros meses de su permanencia en el asilo presentó una intensa excitación; luego se calmó y fue ocupado en menesteres de la casa - huerta, jardín, etc.- mientras se acentuaba esta mejoría y para observarlo durante un tiempo suficiente. La mejoría pareció estable y por esto se le concede la salida que él solicita con insistencia cuando un miembro de la familia viene a visitarlo. (Historia clínica n.º 371)

La segunda historia clínica pertenece a Nicolasa, una mujer procedente de Medellín, también de 47 años y casada, de “*profesión: oficios domésticos*”, quien tuvo varios ingresos al Manicomio entre 1920 y 1928; se le diagnosticó “*psicosis degenerativa con ideas delirantes de persecución*”, su pronóstico era “*reservado*”. A su salida, el 21 de abril de 1928, se registró en la historia clínica:

En esta ocasión su permanencia fue tranquila y correcta, no dio señales de trastornos mentales. Ocupada en vía de prueba en menesteres de la casa, los desempeñó con acierto y discreción. Muy restablecida físicamente se consideró en estado de volver a su casa y se le dio la salida. (Historia clínica n.º 341)

En las tesis de grado de los doctores Ernesto Uribe G. (1928) y Carlos Córdoba (1937)¹³², realizadas a partir de su trabajo en el Manicomio y bajo la dirección de Lázaro Uribe Cálad, se destacaba también la utilidad clínica de observar a los pacientes durante las ocupaciones que realizaban en el asilo para orientar el diagnóstico, el tratamiento y las decisiones sobre el alta. Ernesto Uribe (1928) llamaba además la atención sobre las afectaciones en el desempeño en el trabajo y la capacidad para trabajar como indicadores de parálisis general progresiva¹³³, signos que los médicos debían saber identificar, remarcando la importancia de que la clínica primara sobre los criterios de laboratorio, cada vez más usados en el diagnóstico y en la orientación del tratamiento etiológico de enfermedades mentales como la que él estudiaba.

Puede notarse en las historias antes citadas que, en la base de esta forma de emplear la ocupación de las personas internadas en el Manicomio –como “*vía de prueba*”– estaba la identificación entre mejoría o curación y capacidad de trabajar. Entregarse al trabajo fue visto como un indicador de recuperación que, con frecuencia, coincidió con la autorización para salir del Manicomio.

Esta equivalencia, adicionalmente, entrañaba una concepción generizada de los roles sociales que interroga sobre los comportamientos que, particularmente para las mujeres, fueron considerados indicadores de enfermedad mental y justificaron la reclusión en el Manicomio. Para Nicolasa no fue suficiente permanecer calmada o no dar señales de trastornos mentales para obtener el boleto de salida del Manicomio, esto solo ocurrió cuando demostró que podía volver a su casa para reasumir las labores domésticas “*con acierto y discreción*”. Este hallazgo resuena con los estudios de María Angélica Ospina Martínez (2006) sobre el Asilo de Locas de Bogotá, quien ha identificado que en el diagnóstico y el encierro de las mujeres en esa

¹³² Monografía de grado titulada “Comentarios a la estadística manicomial del departamento de Antioquia”, elaborada para optar al título de doctor en Medicina y Cirugía de la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales de la Universidad de Antioquia. El trabajo estudió la estadística sobre alienados que ingresaron al Manicomio entre 1920 y 1935 (Córdoba, 1937).

¹³³ Actualmente conocida como neurosífilis. Esta enfermedad se caracteriza por un deterioro neurológico progresivo producto de la infección del sistema nervioso central por la *treponema pallidum*, agente causante de la sífilis. El descubrimiento del agente causal de la parálisis general progresiva ocurrió en la primera década del siglo XX e impulsó el uso de pruebas de laboratorio para realizar el diagnóstico, así como el tratamiento etiológico con diferentes medios orientados a combatir la sífilis: compuestos químicos como el mutanol o el 914, también denominado neosalvartán, o la inoculación de la malaria (malarioterapia) (Pérez-Trullén, Giménez-Muñoz, Campello y Chárlez, 2015). Estos tratamientos, como lo muestra la tesis de Uribe G. (1928), eran usados, para la época, en el Manicomio Departamental de Antioquia.

institución mediaron representaciones de género alrededor de la improductividad femenina, vinculada a la reproducción de la fuerza de trabajo en los roles de madre, esposa y criada.

Fotografía 16 – En el Departamento de Mujeres, 1921.



Fuente: fotografía de Manuel Lalinde, tomada de E. y J. (1921, p. 119).

En estos casos, entonces, se estaba depositando en la ocupación en los oficios de la casa algún potencial de reeducar al enfermo, de traerlo de nuevo hacia la razón y la disciplina para “devolverlo a la vida ciudadana en condiciones de ser unidades útiles al Estado, que no en balde ha gastado sus dineros en la asistencia” (Uribe C., 1928, p. 37), horizonte hacia el cual, en opinión del director, debía continuar orientándose el Manicomio (Uribe C., 1928; 1936). Para Uribe Cálad, la asistencia de los enajenados pobres representaba una carga económica para el Estado que tenía que subsanarse, si no devolviéndolos a la sociedad en capacidad de trabajar, al menos procurando que retribuyeran en alguna medida lo que recibían en la institución. Así, en 1939, cuando en su informe anual habló de la necesidad de construir un nuevo manicomio para dar cabida al creciente número de enajenados, propuso:

Es de inaplazable urgencia la construcción de otro manicomio, ubicándolo un poco distante de la ciudad, ojalá en tierra fértil y sobre todo en amplio espacio por si pudiera realizarse allí el Open-door Nacional con predios cultivados, industrias pequeñas o grandes donde hallara ocupación tanta masa inactiva que constituye hoy por hoy un peso muerto para el fatigado tesoro

departamental. El Asilo existente bien puede destinarse a las alienadas como que se halla mejor acondicionado para la vida y labores de este sexo. (Uribe Cálad, 1939, p. 39)

Esta postura del director –superpuesta con criterios médicos sobre el beneficio terapéutico de la ocupación y apalancada por lo que el Reglamento del Manicomio y la Ordenanza 8 de 1904 establecían al respecto– muy probablemente estimuló que el trabajo de los enajenados tranquilos en los oficios de la casa se instalara en la dinámica cotidiana del Manicomio.

En cuanto a las tareas que se les encomendaron, las historias clínicas refieren, principalmente, los oficios domésticos. Por lo general se habla de estas ocupaciones de manera inespecífica, como “labores de la casa” o “menesteres domésticos”, pero se mencionan el aseo de las celdas y de los diferentes departamentos del asilo, barrer, oficios de la cocina, lavar los platos, distribuir los alimentos, lavandería. Estos se delegaban en especial a las mujeres, coincidiendo con las labores a las que la mayoría se dedicaba antes de llegar al Manicomio¹³⁴, pero también con lo que se consideraba propio de su sexo.

Entre tanto, las alusiones a labores o trabajos manuales: tejer en telar, cardar algodón, coser, aparecen solo en la década de 1920, a excepción de los de costura, en la que algunas mujeres se ocupaban aún a finales de la década de 1930. En la historia clínica de Magnolia, una mujer de Medellín que desde 1920 ingresó en múltiples ocasiones al Manicomio, se anotaba el 30 de mayo de 1926:

Hasta hoy no ha presentado manifestaciones psicopáticas dignas de mención: correcta, hacendosa, se ocupa en labores de mano: cose, carda algodón.
(Historia clínica n. ° 321)

Entre las historias clínicas revisadas, solo dos mencionan el trabajo en los telares con que contaba el Manicomio; ambas corresponden a hombres. Si bien este tipo de trabajo suele considerarse femenino –de hecho, la mayor parte de quienes manejaban los telares en la naciente industria textil antioqueña de inicios de siglo XX eran mujeres (Arango Gaviria, 1991)–, registros de instituciones como la Penitenciaría de Cundinamarca (Lleras Figueroa,

¹³⁴ Dina Herrera Marín (2015), tras consolidar la información disponible en las historias clínicas para el periodo 1920-1946, muestra que los oficios domésticos eran la profesión u oficio más frecuentemente reportado entre las personas internadas en el Manicomio (563 de 1260; 44,7%). Si bien la autora no hace una diferenciación por sexo para esta variable, es evidente en las historias clínicas aquí revisadas que era una ocupación preferentemente femenina.

2005) y el Asilo de Indigentes Varones de Bogotá (Restrepo Zea, 2011) muestran que esta actividad era realizada también por hombres.

Cabe recordar que el trabajo manual era visto como un medio especialmente beneficioso y se le recomendaba para el tratamiento de diferentes patologías: la melancolía, el delirio crónico sistematizado, la imbecilidad, la idiotez, entre otras (Dagonet, 1894 ; Esquirol, 1847; Falret, 2016a; b; Gil, 1913; Londoño, 1915, 31 de diciembre), por lo que no resulta gratuita aquella prescripción de “trabajos manuales moderados” a la que se ha hecho referencia (Historia clínica n.º 222). No obstante, esa importancia habría ido desapareciendo, pues, para la década de 1940, en las historias clínicas revisadas no se menciona entre las actividades que realizaban las personas asiladas.

Por otro lado, aunque no fue posible esclarecer cuándo y con qué fin llegaron los telares al Manicomio y, como se ha mencionado, tampoco hay evidencia de que los talleres que se reclamaron desde finales del siglo XIX fueran construidos, es evidente que se contó en este periodo con tales herramientas y que se emplearon en la ocupación de los enajenados tranquilos. En la historia clínica de Antonio, un agricultor de 22 años que llevaba varios meses internado en el Manicomio, en diciembre de 1926, al autorizar su salida, Uribe Cálad anotaba:

Este enfermo tiene intermitencias más o menos largas durante las cuales vuelve a su casa y a labores del campo. La última es ya muy larga y durante [papel roto] meses estuvo empleado en los telares del establecimiento.
(Historia clínica n.º 220)

Para que el Manicomio pudiese funcionar y logaran proveerse algunos de los insumos que demandaba la vida cotidiana de los cientos de personas que allí permanecían –para 1924 rondaban las 360, diez años después, alcanzaron a ser 686 y empezando 1945, 1.028, acusando una “torturante aglomeración” (Uribe C., 1925, 1 de enero; 1935, 23 de mayo; 1945, 11 de marzo, p. 184)– era necesario que la casa contara con ciertos espacios y servicios. Al fin y al cabo, como lo afirmaba Luis Yagari (1934), el Manicomio era “un municipio, [con] salas, patios, calles, jardines, cultivos, animales de toda índole, estanques, kioscos” (p. 3); tenía además panadería, cocina, servicio de lavado y aplanchado, ropería o costurero de ropas de los asilados, huerta, pesebreras y corrales de animales¹³⁵ (gallinas, cerdos, vacas), servicios administrados por las Hermanas de la Caridad y en donde los asilados también rendían, en palabras del director, labores útiles:

¹³⁵ En algunos informes también se menciona que el Manicomio tenía una carpintería, sin embargo, en las historias clínicas revisadas no se encontró evidencia de que en este espacio hayan trabajado las personas internadas.

Diciembre 29 [de 1932]: el estado anteriormente descrito fue fugaz y volvió a entrar en franca mejoría y durante estos meses últimos ha venido ocupándose en la panadería, en el lavadero y en la cocina, donde además de haber rendido labor útil ha observado una conducta irreprochable: comedida, respetuosa y callada; se muestra muy agradecida por los cuidados que se le han dispensado y se despide hoy de la Casa muy afablemente. (Historia clínica n.º 2221)

Se trataba de Mélida, una mujer de 19 años que fue ingresada al Manicomio en octubre de 1931, remitida de la Cárcel del Buen Pastor de Medellín, y a quien se le diagnosticó psicosis histérica. Esta anotación se consignó el día de su salida del Manicomio.

Tales espacios, entonces, facilitaron los propósitos que se perseguían en el manejo de los enfermos calmados, así como su participación en el funcionamiento y la manutención de la casa. En este sentido, suplieron la ausencia de los talleres y la granja, pero sin sacar el “verdadero provecho económico de los enajenados trabajadores” (Mignot y Marchand, 1915, p. 27) al que pudo aspirarse cuando se proponía su creación. Los telares, en particular, pudieron haber servido para producir las telas que se requerían para elaborar las batolas que vestían hombres y mujeres asiladas (Fotografías 15 y 16), un insumo habitualmente escaso y para el que las partidas que se destinaban eran insuficientes (López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz, 2004; Pérez, 1928; 1929). El costurero o ropero, entre tanto, sería el lugar donde hermanas, sirvientas y enajenadas tranquilas se ocupaban de elaborar y reparar esas vestimentas, una labor que no debía dar tregua, teniendo en cuenta la cantidad de personas asiladas y la tendencia que, según decía el director, tenían algunas a destruir sus ropas (Berrío; Pérez; Arango; Mejía *et al.*, 1915; Pérez, 1929; Uribe C., 1925, 1 de enero; 1935, 23 de mayo; 1945, 11 de marzo).

Los jardines, la huerta, las pesebreras y corrales de animales facilitaron asimismo involucrar a los enajenados en las labores agrícolas y en el trabajo de campo o al aire libre, tan recomendados por los alienistas europeos como medio preferente de ocupación. Salvo algunas tareas en los jardines (ver Fotografía 17), se trataba de actividades encomendadas a los hombres, muchos de ellos agricultores, como Pedro y Josué, cuya experiencia debió resultar provechosa para la provisión diaria de alimentos. De sus historias clínicas se extraen las notas a continuación:

6 de diciembre de 1941: Presentó una fugaz excitación de carácter maniaco. Al cabo de unos ocho días se encuentra ya calmado y empieza a restablecerse físicamente. Se trata su parasitismo intestinal y anemia y a poco es ocupado por solicitud suya en labores de horticultura donde trabajó hasta el día de su salida, la que se realiza en condiciones muy satisfactorias. (Historia clínica n.º 201)

31 de agosto de 1940: [...] este estado dura más o menos dos meses, tiempo al cabo del cual empieza a calmarse. Solicita ser ocupado en algún trabajo y es colocado en labores de agricultura como ayudante del hortelano. Después de un mes más o menos de observación en que la mejoría se sostiene y en vista de que el asilado reclama su salida se accede a esta solicitud. (Historia clínica n.º 5160)

Fotografía 17 – Jardín interior del Manicomio, 192?



Fuente: Francisco Mejía, 1899-1979. Intervención a partir de captura de pantalla reproducida con autorización de la Biblioteca Pública Piloto.

En la segunda mitad de la década de 1920, según reportaba el director, las rentas que recibía el Manicomio no alcanzaban para satisfacer las necesidades nutricionales de los asilados, incluso le atribuyó a esta circunstancia, en parte, el aumento de la mortalidad que se vivió en la institución durante 1928 (Pérez, 1928; 1929; Uribe Cálad, 1925, 1 de enero). Ante este panorama, la producción de víveres en los terrenos propios probablemente se estimuló para aliviar la situación y lograr alguna autosuficiencia.

Con el paso del tiempo, de acuerdo con lo que se evidencia en las historias clínicas, las labores en la huerta fueron ganando preeminencia entre los trabajos en que los hombres fueron ocupados, lo que pudo obedecer a la demanda creciente de alimentos que acarrearba el incesante aumento de la población del Manicomio, pero también, a que ese espacio resultaría menos

asfixiante y desagradable que los patios y departamentos en progresivo hacinamiento, que ya para finales de los 1930, se tildaba de inhumano (Uribe Cálad, 1940). Como dejan ver las anotaciones en los expedientes de Pedro y Josué, con frecuencia fueron los mismos asilados quienes pidieron ser colocados en esas labores.

Entre tanto, tal como se había establecido en el Reglamento, a algunos enajenados tranquilos, sobre todo hombres con largas permanencias en el Manicomio, se les confiaron tareas de cuidado de otros enfermos. Miguel, por ejemplo, un agricultor conocido en la casa desde 1917 y considerado incurable, “*desempeñaba funciones de auxiliar en el servicio de enfermería especial*” (Historia clínica n.º 132), así lo declaraba Uribe Cálad en la nota que consignó en la historia clínica tras su muerte en marzo de 1933. Asimismo Héctor, después de 15 años siendo un paciente asiduo del Manicomio, donde le diagnosticaron “*degeneración psíquica*”, “*ayudaba [a inicios de 1932] en el cuidado de los enfermos*” (Historia clínica n.º 134). O Anselmo, quien habría pasado 20 años recluido:

en los últimos años [de su vida] perdió toda afición por el trabajo y únicamente conservó la piadosa costumbre de acompañar a los moribundos y de ayudar en la mortaja de los cadáveres. (Historia Clínica n.º 218)

Murió en el Manicomio el 15 de julio de 1943, fecha en la que se registró esta anotación.

Del mismo modo, se les encomendaron funciones de vigilancia: Martha, en una de sus largas remisiones, “*se ocupó en menesteres de la casa hasta con el carácter de vigilante de los servicios*” (Historia clínica n.º 212, anotación del 25 de enero de 1936) y Fidel hizo las veces de portero en uno de los departamentos del establecimiento (Historia clínica n.º 112).

Finalmente, las incesantes obras de construcción, reparación y reforma de las instalaciones del Manicomio, que saltan a la vista en los informes que año tras año presentaba el director, también sirvieron para ocupar a los asilados. Anselmo, por ejemplo, antes de perder “*toda afición por el trabajo*”, había vivido “*largos periodos de calma durante los cuales era ocupado en menesteres de la casa como ayudante de albañil*” (Historia Clínica n.º 218).

Es oportuno recordar, que tanto la Ordenanza 8 de 1904, como las bases para reglamentar el Manicomio y el Reglamento mismo habían establecido el reconocimiento de algún auxilio en dinero que se entregaría al momento de salir, por los trabajos que los enajenados tranquilos realizaran; trabajos que, como resulta evidente, no fueron pocos y debieron haber contribuido a apaciguar la frágil economía de la institución. Hay en los documentos revisados pocas

muestras de que esta contraprestación se haya entregado y ninguna que permita distinguir cualquier modo medianamente organizado de conciliar los jornales, únicamente puede afirmarse que, al menos durante algunos años en la primera década de funcionamiento del Manicomio bajo la tutela médica, algunos asilados devengaron algo de dinero. En su primer informe como director, Londoño (1914, 31 de diciembre) presentaba un reporte pormenorizado de cuentas en el que se incluía, en algunos meses, el gasto en “auxilio a los que se van” (p. 61), que correspondería con lo dispuesto en la Ordenanza 8 de 1904. Entre tanto, en 1925, el director alienista refería: “enfermos que por estar muy mejorados de sus perturbaciones mentales son destinados a las labores de la casa en beneficio de esta y de aquellos, pues se les retribuye con algún salario el trabajo que hacen” (Uribe C., 1925, 1 de enero, p. 124); sin embargo, el pago de tales salarios no se identifica en el balance de gastos que, para ese mismo año, elaboró el síndico del establecimiento (Toro, 1925).

Fue tal vez a ese ir y venir de alienados limpiando, vigilando, cosiendo, cultivando la huerta y los jardines, lavando, repartiendo alimentos, cuidando los animales, asistiendo a sus compañeros de encierro, reparando pisos y paredes, al que el psiquiatra Edmundo Rico, tras su visita al Manicomio de Medellín en 1937, se refirió como “eficientes servicios de laborterapia” (Rico, 1937, p. 8); no era esa una palabra que usaran, por lo pronto, los médicos que allí trabajaban.

7.4 COMO EN CASA PROPIA: HACIENDO UNA VIDA POSIBLE EN EL MANICOMIO

Los relatos que componen este apartado, como otros que se presentaron en el anterior, dejan ver los tintes que fue adquiriendo la vida en el Manicomio. Ocuparse en los trabajos de la casa, más que un medio curativo o preservativo de la enfermedad, se convirtió para algunas personas en una manera de habitarlo, de hacer allí una vida posible, tal vez de tener algún reconocimiento por lo que hacían o recibir beneficios, sentirse útiles y parte de la comunidad a la que se les había relegado; incluso, de circular, resistirse, en fin, de construir una existencia propia, aun dentro de los estrechos límites del secuestro que la vida en la institución les imponía.

Si bien en la tarea de organizar el Manicomio fue determinante el interés por consagrarlo como una institución para el tratamiento médico de la locura, era clara la imposibilidad de cumplir invariablemente la promesa de curación que esto suponía; la insistencia de Londoño sobre la colonia agrícola (Londoño, 1914, 31 de diciembre; 1915, 31 de diciembre; 1917 *apud* López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz, 2004; 1933) y los llamados de Uribe Cálad a separar a los

enfermos curables y “posiblemente curables” de los incurables, o de fundar un *open-door* (Uribe C., 1921, enero, p. 41; 1939) muestran que se tenía conciencia de esa realidad. Separando tácitamente tratamiento de asistencia, lo que el Manicomio Departamental ofreció, entonces, fue tratar a aquellas personas que consideraba curables y, además, albergar y proteger (de la sociedad y a la sociedad) a quienes los medios disponibles no les daban chances de recuperación y la sociedad difícilmente estaba dispuesta a integrar. En consecuencia, el Reglamento había abierto la puerta para que algunas de ellas hicieran del Manicomio su propia casa, para hacer allí su vida, trabajando, decía, porque podían y debían hacerlo para no enfermar más y, quizás, para curarse (Berrío; Pérez; Arango; Mejía *et al.*, 1915).

Fue así para Leandro, un jardinero de Medellín a quien se le diagnosticó “*manía crónica*” y se le consideró incurable. Su “*marcada homosexualidad*” lo convirtió en un sujeto peligroso al que durante dos largas temporadas se recluyó en el Manicomio, la primera, entre septiembre de 1913 y diciembre de 1921, la segunda, que duró 11 años, entre marzo de 1922 y noviembre de 1933. Dedicó su tiempo en el encierro a ejercer su oficio. A su salida, en 1933, “*retirado por su familia*”, se anotó en su expediente:

Su permanencia en el asilo se caracterizó como en la primera vez por una marcada homosexualidad que obligaba a mantenerlo estrechamente vigilado y aislado. Pasó la mayor parte de su permanencia ocupado acuciosamente en labores de jardinería para las cuales mostraba mucha habilidad. (Historia clínica n.º 57)

Adicionalmente, los esfuerzos médicos se concentraron cada vez más en el tratamiento de los enfermos curables o posiblemente curables, en la comprensión y la clasificación de las modalidades psicopáticas y en la experimentación con los diferentes medios que se fueron introduciendo –sedantes y otros fármacos, abscesos de fijación, malarioterapia, piretoterapia, terapia convulsivante con cardiazol, electrochoques (López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz, 2004)–, alimentada por la expectativa que generaban las nuevas alternativas para el tratamiento etiológico y sintomático de las enfermedades de la mente (Córdoba, 1937; Uribe C., 1921, enero; 1922, enero; 1923, 1 de enero; Uribe G., 1928). Los medios morales, en consecuencia, iban quedando al margen y ocupando un lugar más próximo a la cotidianidad institucionalizada que a la terapéutica, más aún cuando dependían de un asilo amplio, aislado¹³⁶, dotado con

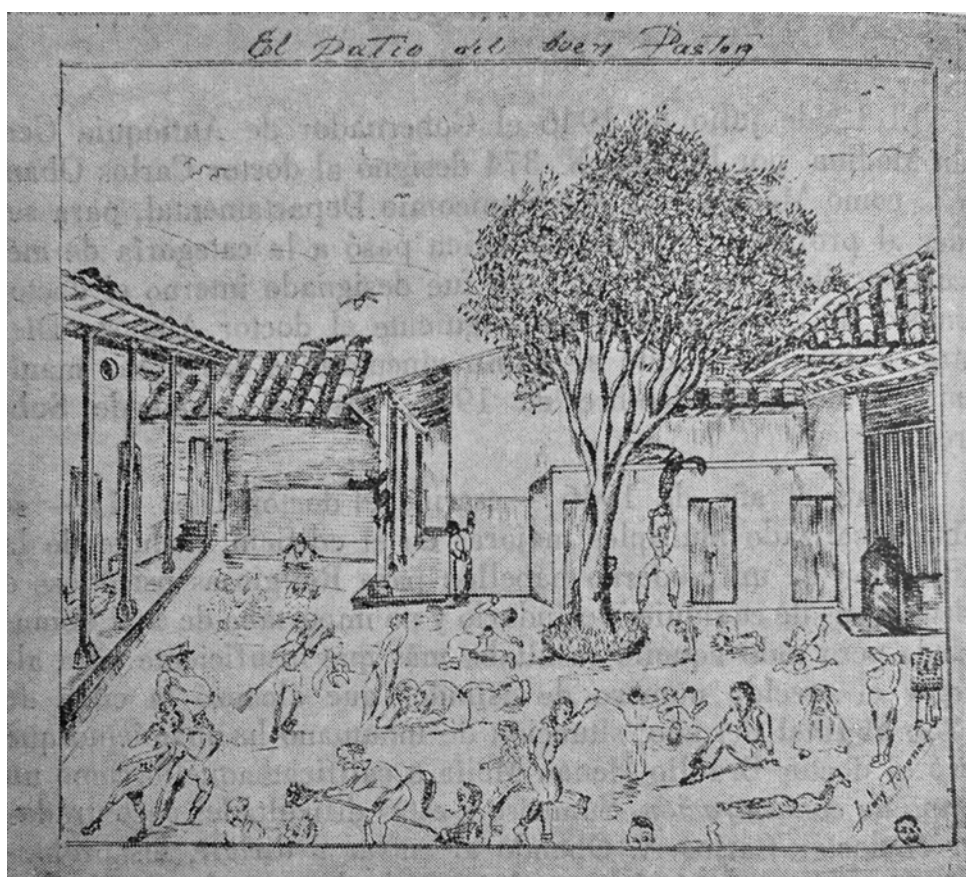
¹³⁶ Refiere Salazar Bermúdez (2022) que, para 1920, el Manicomio ya estaba integrado a la ciudad. En algunos informes anuales, el director aludía a dificultades generadas por la expansión de los barrios que se fueron construyendo alrededor, por ejemplo, la contaminación del agua (Uribe C., 1931, 1 de enero) o la necesidad de levantar los muros para quitar la vista de las casas vecinas (Uribe C., 1939, 3 de abril).

espacios de recreo en medio de la naturaleza, talleres, campos de cultivo, organizado y con abundante personal, todo lo que con el tiempo no hacía más que alejarse.

Fidel, por ejemplo, había ingresado al Manicomio el 6 de enero de 1923, venía del municipio de Bolívar, tenía 40 años y se decía en su historia clínica que era un hombre “*sin oficio*”; se le diagnosticó “*locura periódica, crónica*” y se consideró “*incurable*”. 13 años después, el 26 de junio de 1936, tras su muerte por un “*síncope cardíaco*”, se escribió en su historia clínica:

Como está enfermo desde tan remoto tiempo [...] habitualmente hacía el oficio de portero en la salida posterior del apartamento del Buen Pastor. Presentaba ligeras excitaciones cuando se le contrariaba o cuando se le llamaba la atención por deficiencia en el servicio, pero sin trascendencia alguna. (Historia clínica n.º 112)

Fotografía 18 – Patio del Buen Pastor, Manicomio de Medellín (Dibujo de un paciente, 1954).



Fuente: Tomada de Roselli (1968, p. 504).

El dibujo de la Fotografía 18, elaborado por un paciente, recrea el departamento donde Fidel habría sido portero por años. Como él, Carmela consiguió dedicarse a un oficio en el Manicomio alrededor del cual, probablemente, giraron su cotidianidad, sus relaciones, el reconocimiento que recibía del personal y de quienes compartían con ella el confinamiento. Su

historia, adicionalmente, revela que en el Manicomio de Antioquia llegaron incluso a formalizarse vínculos laborales con pacientes o expacientes. Había sido ingresada por primera vez en enero de 1919, cuando tenía 24 años, fue diagnosticada con “*manía aguda*”, de pronóstico “*curable*”. Aunque no es posible saber cuántos ingresos tuvo ni cuándo, en un certificado emitido por el director el 7 de marzo de 1950, se informaba:

Había mejorado meses más tarde [de ser recluida], pero no hay constancia de la fecha. Por informes suministrados por personal del Manicomio, se sabe que ingresó años más tarde con el carácter de enajenada y con manifestaciones de psicosis maniaco-depresiva, y que habiendo mejorado sus trastornos mentales fue ocupada en labores domésticas dentro del mismo Manicomio, labores que desempeñó tan correctamente que en los últimos años anteriores para darle el carácter de empleada y asignarle el salario correspondiente. Con el carácter de empleada del Manicomio trabaja actualmente gozando al presente de vacaciones reglamentarias. (Historia clínica n.º 173)

En el Manicomio permanecían, además de enfermos considerados crónicos o incurables, personas que aun estando mejoradas no tenían familiares o acudientes que quisieran hacerse cargo de ellas y otras “sin manifestaciones psicopáticas”, a quienes Córdoba (1937) clasificaba en tres grupos: “simuladores”, “pacientes con crisis de corta duración” y aquellos “enviados con certificación de una modalidad o sintomatología que no demuestra en el asilo” (p. 128). Así explicaba el médico la situación:

La permanencia de estos asilados, que debería ser muy corta, de días se alarga en ocasiones porque quieren quedarse voluntariamente en el Asilo como trabajadores en los servicios domésticos o en la ayuda de los enfermeros o loqueros, o porque sus parientes que los han traído al Asilo, no vuelven hasta muy tarde a preguntar por ellos, y como el Asilo no abandona sus pacientes aun cuando no presenten manifestación alguna psicopática, sino que aguarda la presentación en el establecimiento de la persona autorizada y responsable a quien confiárselos; esta razón es poderosa para alargar la permanencia de los asilados en el establecimiento, máxime si son mujeres, pues éstas tienen menos facilidades en la calle para su regreso a la casa, e implican para el Asilo mayor responsabilidad moral, y para evitar esto, el Asilo aguarda aun con perjuicio suyo, a que se llenen los requisitos anteriormente indicados. (Córdoba, 1937, p. 128-129)

De Leonidas, un hombre de Envigado cuya edad no se reportaba y que ingresó por primera vez en el Manicomio en 1918, cuando era estudiante, se decía el 20 de noviembre de 1936:

Durante su permanencia en el asilo no presentó manifestaciones francas de enajenación [...] pide que lo ocupen en algo para no aburrirse ahí de balde en el departamento; sale a trabajar unos días pero manifiesta casancio[sic] y vuelve al departamento; nuevamente solicita trabajo días más tarde y es

ocupado en labores de la casa hasta el día de su salida. (Historia clínica n.º 164)

Era ya su tercera internación, se le había diagnosticado “*manía degenerativa*” y declarado “*incurable*”. Estas marcas, que lo definían como enfermo mental, respondían probablemente al antecedente de “*padre alcohólico*” que también quedó consignado en su historia clínica, pues, en la perspectiva degeneracionista, tal precedente conducía casi inevitablemente a los sujetos hacia la degeneración (Vásquez, 2018). Como puede notarse, aunque en esa oportunidad Leonidas no mostró signos de enfermedad mental, se le mantuvo dos meses recluso, así que ocupándose ocasionalmente en las tareas que le eran permitidas, encontró una alternativa frente al tedio y la frustración del encierro.

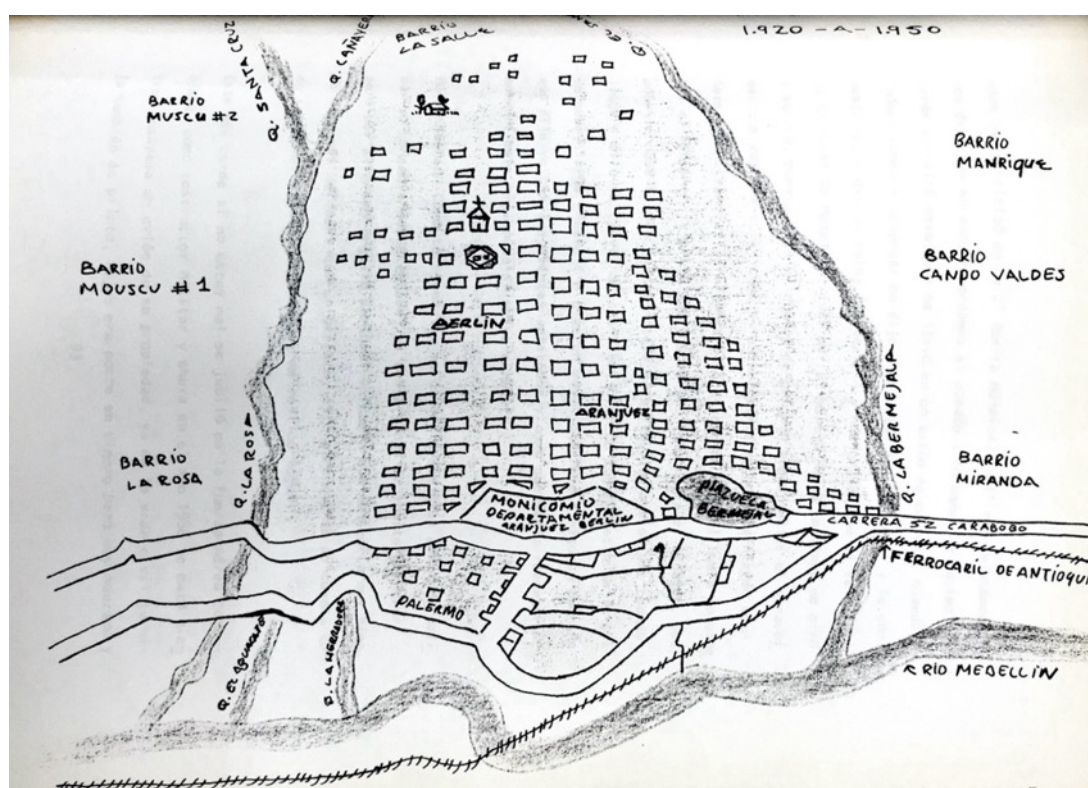
Como se ha mencionado, los directores hicieron esfuerzos por evitar que las autoridades remitieran al Manicomio personas sin los debidos certificados que justificaran el aislamiento y por transferir a otras instituciones de beneficencia a quienes estimaban que no debían permanecer allí (Córdoba, 1937; Junta del Manicomio, 1929, 27 de julio; Londoño, 1914, 31 de diciembre; 1915, 2 de febrero; 1915, 31 de diciembre; Uribe C., 1921, enero; 1939, 3 de abril), pero no siempre rindieron frutos, de manera que estas personas terminaron haciendo parte de los habitantes de la institución.

Por otro lado, es importante considerar que la primera mitad del siglo XX fue definitiva en la industrialización antioqueña. Las políticas de sustitución de importaciones de bienes de consumo final, aceleradas por las guerras mundiales, modificaron la economía de la región, que del comercio de bienes traídos de otros países pasó a despuntar en la fabricación industrial de diferentes productos, especialmente textiles (Palacios, 2003). El sector se desarrolló de tal manera, que quienes llegaron buscando trabajo en las fábricas presionaron la urbanización de Medellín, de hecho, muchos se asentaron en los nacientes barrios que terminaron por rodear al Manicomio (Fotografía 19) (Bernal, 1988; Naranjo Giraldo, 1992; Quiroz Torres, 1989).

Como lo refiere Castaño González (2022), habría crecido la preocupación por cultivar la “mano de obra dócil, devota, disciplinada y productiva” que garantizara la sostenibilidad de ese proceso (p. 63). Para quienes no resultaban aptos para trabajar, la vida en Medellín debió resultar particularmente difícil; como puede verse, las autoridades, las familias y el conocimiento médico se habrían ocupado de empujar a muchas de estas personas al Manicomio y echarlas al olvido. Asimismo, las oportunidades para ser y estar fuera de la institución, con la dinámica de un territorio y una sociedad más urbana, industrial y obrera, en la que la

productividad y el trabajo se erigían como valores significativos, habrían sido infinitamente pequeñas. No sería extraño, entonces, que el Manicomio terminara siendo una alternativa posible, tal vez la única, para hacerse una vida. Las narraciones sobre personas se fugaban y volvían, que decidían quedarse, que se entregaron a algún oficio en el establecimiento, tal vez con resignación, llevan a pensar que no hubo para ellas otro lugar, que tuvieron que adaptarse y, algunas, por momentos, lograron resistirse.

Fotografía 19 – Entorno del Manicomio Departamental de Antioquia entre 1920 y 1950, según dibujo de Bernardo María Quiroz Torres (1989).



Fuente: Quiroz Torres (1989, s.p.)

Salomé, por ejemplo, era una mujer obrera de Medellín que ingresó por primera vez al Manicomio Departamental en 1935, cuando tenía 18 años. Tras un mes de reclusión se le dio de alta porque no dio muestras de estar enferma. Año y medio después, se le ingresó de nuevo, esta vez permaneció internada por casi tres años. El diagnóstico que figura en su historia clínica es “*histeria*”. En enero de 1938 se declaraba en su expediente: “*Se queda en la casa prestando servicios en trabajos de costura, más que todo porque no tiene cómodamente para dónde irse*” (Historia clínica n.º 3274). Con apenas 21 años, las posibilidades de reintegrarse a la industria,

al parecer, habían desaparecido, así que no habría tenido más remedio que quedarse. Salió del Manicomio año y medio más tarde, en julio de 1939.

En los informes anuales del Manicomio se reportaba el movimiento de entradas y salidas del personal de alienados, así como las razones que motivaban la salida de la institución: mejoría, curación, retiro por la familia o fuga/evasión. En los presentados por Uribe Cálad entre 1922 y 1925, se incluía una nota aclaratoria respecto a las fugas, en la que se declaraba algo como esto: “Las fugas se deben casi siempre a la tolerancia que se tiene con enfermos que por estar muy mejorados son destinados a oficios de la casa, como riego de los jardines, circunstancia que aprovechan para escaparse” (Uribe C., 1924, 1 de enero, p. 155). Se trataba, decía el director, de “enfermos mejorados poco peligrosos, que casi siempre son capaces de volver a casa” (Uribe Cálad, 1922, enero, p. 56) y que escapaban mientras realizaban trabajos en el campo o fuera de los patios (Uribe C., 1923, 1 de enero).

Aunque en adelante los informes no incluyen notas aclaratorias al respecto, estas situaciones se registraron en algunas historias clínicas, incluso en una de las observaciones que Ernesto Uribe (1928) consignó en su tesis. Ser destinado a realizar ciertos trabajos –sobre todo en los terrenos libres de edificios, dedicados a cultivos y cría de animales, en los que, al parecer, se gozaba de una vigilancia menos estricta– significó una posibilidad de salir del Manicomio que algunos no dejaron escapar y que, incluso, habrían aprendido a usar para ir y volver deliberadamente. En el expediente de José, un campesino del municipio de Robledo que frecuentaba el Manicomio desde 1911, diagnosticado con “*manía delirante crónica*” y declarado “*incurable*”, anotaba el médico director el 4 de enero de 1930:

Este enfermo era ocupado ordinariamente en trabajos de la casa -en el campo- de allí se escapaba de vez en cuando y volvía al cabo de tres a cuatro días por su propia cuenta. Una de aquellas veces no volvió. (Historia clínica n.º 46)

Pero volvería. José murió en el Manicomio el 16 de febrero de 1955 después de un número de salidas por fuga o evasión que no es posible determinar.

Los informes disponibles¹³⁷ muestran que durante la década de 1920 se presentaban anualmente, en promedio, cuatro fugas al año; en los años siguientes fueron menos frecuentes, incluso en 1931 no ocurrió ninguna (Uribe C., 1932, 1 de enero). Pero ya entrada la década de

¹³⁷ Se consideran los datos a los que se pudo acceder a través de los informes anuales, correspondientes a los años 1920 a 1924, 1927 a 1935 y 1938 a 1947.

1940, las evasiones se elevaron, llegando a 18 en 1947 (Obando T., 1948, 29 de marzo); esto puede coincidir con las condiciones de hacinamiento y deterioro del Manicomio que estaban llegando a su punto más crítico.

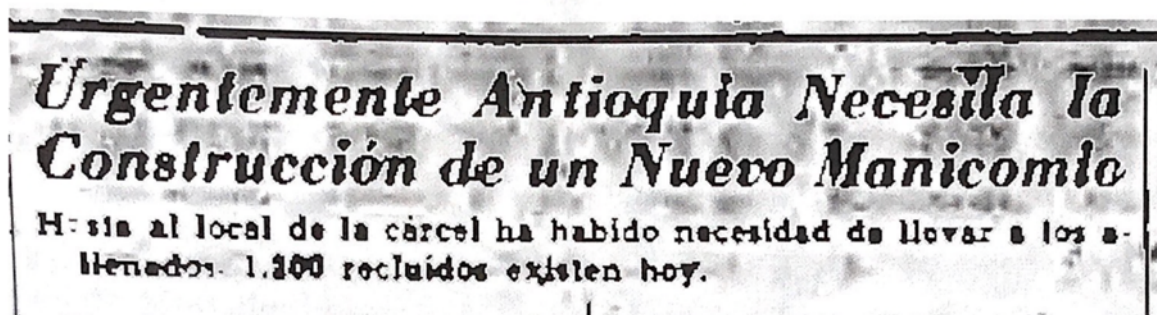
Ahora bien, de las 117 fugas que logran sumarse para el periodo entre 1921 y 1947, apenas doce corresponden a mujeres, nueve ocurrieron entre 1945 y 1947. Estas cifras resultan comprensibles si se tiene en cuenta que solo los hombres eran ocupados en los trabajos del campo, donde solían ocurrir las fugas; las mujeres, entre tanto, por implicar para el asilo mayor responsabilidad moral (Uribe, 1937) y siendo colocadas en oficios al interior de la casa, habrían sido sometidas a mayor vigilancia. Aunque algunas lo lograron, para las mujeres resultaba más difícil acceder a esa ventana entre la institución y el mundo exterior por la que algunos hombres consiguieron circular.

En resumen, la ocupación de los enajenados tranquilos, instituida a través de la Ordenanza 8 de 1904, abrió la puerta al trabajo de las personas internadas en el Manicomio, este se movió entre gran remedio de la locura, medio moral de tratamiento, auxilio en el sostenimiento de la institución y forma de vida en el confinamiento. Aunque se contemplaron e implementaron distracciones por sus potenciales beneficios, su importancia fue secundaria y apenas son visibles en el entusiasmo de los primeros años de marcha del Manicomio bajo la tutela médica. Con la medicalización de la locura en el Manicomio antioqueño, impulsada por la higiene e inspirada en el alienismo francés, la ocupación en trabajos y distracciones se concretó como medio moral dentro del tratamiento general ofrecido por la institución, que debía ser administrado, observado y registrado por personal auxiliar capacitado, solo bajo directrices médicas. Las teorías degeneracionistas, que sentenciaron a muchas personas consideradas enfermas mentales al lugar de incurables y crónicas, la creciente exclusión y segregación de individuos tras los muros del Manicomio, la concentración del interés médico en el desarrollo y la legitimación de la medicina de la mente, fueron dejando atrás la ocupación de los enajenados tranquilos como medio de tratamiento y dando espacio para que se convirtiera, para algunos, en una posibilidad de existencia.

8 LLEGADA DE LA ERGOTERAPIA / TERAPIA OCUPACIONAL

8.1 EL CONTEXTO DE CRISIS DEL MANICOMIO

Fotografía 20 – Titular de prensa. Diario El Colombiano, 18 de marzo de 1948.



Fuente: captura a partir del original digitalizado por El Colombiano.

Desde mediados de la década de 1930, el Manicomio avistaba una crisis alimentada por el aumento paulatino de asilados y la escasez de recursos. El pabellón de pensionistas, que tardó más de diez años en construirse, se inauguró por fin en 1932, con lo que se dio al hacinamiento un respiro que duró poco, pues mientras quienes pagaban pensión encontraron un espacio de secuestro con algo más de comodidad, aquellos que no tenían capacidad de pago enfrentaron el desgaste de las instalaciones, la precariedad y el incesante aumento de asilados (Londoño, 1933; Uribe C., 1933, 1 de enero).

Refiere Salazar (2022) que los efectos de la Gran Depresión¹³⁸ en el país impactaron los aportes, ya escasos, que el Departamento y la nación daban al Manicomio, esto habría incidido, inclusive, en la disminución del salario que se pagaba al director, que pasó de \$220 mensuales en 1931 a \$130,50 en 1934 (López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz, 2004).

Pero, además, la caridad hacia los privados de la razón, que otrora había provisto importantes recursos, parece haberse ido apagando en aquel tiempo¹³⁹, lo que podría explicarse como efecto de la reorientaron de la acción social¹⁴⁰ de la Iglesia y las sociedades católicas a la clase obrera,

¹³⁸ Se refiere a la crisis financiera mundial que se inició en 1929 en Estados Unidos de América y, junto con la Segunda Guerra Mundial, forzaron en Colombia y otros países latinoamericanos la reorientación hacia el mercado interno y la protección de la industria nacional (Palacios, 2003).

¹³⁹ Entre los ingresos económicos que tuvo el Manicomio en 1921, los mayores rubros correspondían a lo que aportaba el Departamento de Antioquia y a lo pagado por los pensionistas, el de donaciones era el más bajo de todos (Toro, 1922). No se tuvo acceso a informes del síndico en las décadas de 1930 y 1940, pero en otros documentos se encontraron alusiones al olvido del Manicomio por parte de la caridad pública (Mejía de Restrepo, 1953; Uribe C., 1932, 1 de enero).

¹⁴⁰ Refiere Castro Carvajal (2008) que la acción social católica, por su carácter preventivo y permanente, se diferenciaba de la caridad, siendo esta curativa y ocasional.

buscando mantener su influencia en la sociedad y responder a los conflictos propios de las sociedades industriales (Castro Carvajal, 2007; 2008). En este enfoque, de acuerdo con lo que reseña Beatriz Castro Carvajal (2006, 2007), la ayuda domiciliaria¹⁴¹ habría ganado protagonismo en el trabajo caritativo de organizaciones como la Sociedad San Vicente de Paúl, restando apoyo a la ayuda institucional, perfilada cada vez más como responsabilidad del Estado.

Esta reorientación de la asistencia, ya no solo a los menesterosos, sino a la clase trabajadora, no era exclusiva de la Iglesia. Los gobiernos liberales que ocuparon el poder central entre 1930 y 1946, enarbolando un discurso de defensa de las clases proletarias, le apuntaron a la consolidación de la fuerza de trabajo, volcando una parte importante de sus políticas en la protección y el cultivo de la infancia, la prevención de enfermedades –especialmente de aquellas asociadas a la vida urbana y obrera y que representaban mayores amenazas, como el alcoholismo y las venéreas– y el bienestar de la población trabajadora (Botero, 2006; Hernández Álvarez, 2002; Quevedo *et al.*, 2013; Uribe Gómez, 2006).

Para entonces, higiene y asistencia social hacían parte de una misma unidad administrativa¹⁴² donde además de formalizarse la medicalización de la pobreza (Gutiérrez, 2010), los recursos se disputaban (Hernández Álvarez, 2002; Quevedo *et al.*, 2013). En este contexto, las personas con enfermedad mental, consideradas no aptas para trabajar y ubicadas en el punto más extremo de la degeneración, parecen haber llevado la peor parte. Aunque la reforma constitucional de 1936 estableció:

Artículo 16. La asistencia pública es función del Estado. Se deberá prestar a quienes careciendo de medios de subsistencia y de derecho para exigirla de otras personas, estén físicamente incapacitadas para trabajar. (Colombia, 1936)

Se agregaba en el mismo artículo: “La ley determinará la forma como se preste la asistencia y los casos en que deba darla directamente el Estado”. De manera que, tal como lo afirma Hernández Álvarez (2002), todo cambió para seguir igual, pues el manejo de las instituciones dirigidas a esas personas “incapacitadas para trabajar” no se transformó y, por lo menos en lo

¹⁴¹ Se refiere a una de las modalidades de ayuda que organizaciones como la Sociedad San Vicente de Paúl procuraba a los pobres, alternativa a la ayuda institucional, a través de la cual se les proveía asistencia material, espiritual y moral (Castro Carvajal, 2006). Señala Beatriz Castro (2006) que esta se consideraba “más organizada, más racional y más útil que la ayuda que cada persona de forma separada, individual, esporádica e indiscriminada podría ofrecer, como era la limosna” (p. 8).

¹⁴² A través de la Ley 1 de 1931 se creó el Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública. La conjunción de los dos asuntos se había formalizado previamente, cuando la Ley 99 de 1922 ordenó que los reglamentos de los establecimientos de asistencia que recibían recursos provenientes del tesoro nacional, departamental o municipal debían ser sometidos a la aprobación de las direcciones de higiene correspondientes (Gutiérrez, 2010).

que se evidencia en el Manicomio, la reforma constitucional no derivó en el aumento de recursos o en la revisión de su funcionamiento. Siguiendo al autor, para la época, predominó un “Estado interventor mínimo en el campo de lo social” (Hernández Álvarez, 2002, p. 232).

La crisis estallaría a finales de la década de 1940. Recién llegado a la dirección del Manicomio, Carlos Obando Tobón retomó la bandera de su antecesor, quien desde hacía diez años le pedía insistentemente a la Asamblea Departamental de Antioquia la construcción de un nuevo manicomio (Obando T., 1947, 21 de marzo; 1948, 29 de marzo). Con cerca de 1.200 enajenados, los principios que alguna vez guiaron el tratamiento en el modelo asilar se hacían impracticables. Sobre la clasificación, por ejemplo, decía el nuevo director:

Resulta anticientífica, por decir lo menos, la promiscuidad que hoy existe entre los sicóticos, agudos, crónicos y convalecientes, entre menores y adultos, perversos, epilépticos, alienados delincuentes, toxicómanos, dementes e incurables, cuando cada uno de tales grupos requiere aislamiento estricto de los restantes (Obando T., 1947, 21 de marzo, p. 76).

Se hablaba, inclusive, de una “desorganización casi perfecta por la incapacidad material del edificio” y de la medida desesperada de tener que llevar alienados a la cárcel (Urgente, Antioquia necesita la construcción de un nuevo manicomio, 1948, p. 2), como se hacía cuando aún no existía el Hospital de Enajenados (Fotografía 20). Para 1953, la prensa ya no denunciaba solo el hacinamiento, también se refería a personas encadenadas o encerradas en jaulas, a la desnudez y la ausencia de camas, almohadas, cobijas, que a diario se vivían en “la cárcel de Bermejál”, en esa “sepultura de seres vivos” en la que se había convertido el Manicomio (Fotografía 21) (La sociedad está conmovida por lo que ocurre en el manicomio, 1953; Los locos reclusos en el manicomio están aguantando hambre, 1953; Mejía de Restrepo, 1953, p. 13).

A inicio de 1948 y después de realizar el balance de la situación, conforme lo había ordenado la Asamblea Departamental el año anterior, el gobierno de Antioquia decidió atender por fin los llamados y emprender la tarea de proyectar la nueva institución que reemplazaría al vetusto Manicomio (López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz, 2004); para ello, siguiendo la línea ya tradicional de funcionamiento de la beneficencia¹⁴³, conformó una junta integrada por

¹⁴³ El informe de la Misión Médica Humanitaria que visitó Colombia en 1948 proporciona una descripción que resulta útil para comprender el funcionamiento de las instituciones mentales en la época. El documento describe la beneficencia como una organización de caridad semioficial que daba el soporte financiero a los hospitales mentales, de manera que el Estado no les proveía directamente la financiación, la inspección o el personal, y este último era seleccionado por el Gobernador con la aprobación de las sociedades médicas (Humphreys, 1948).

“distinguidos elementos medellinenses que pertenecen al clero, a la industria, al comercio y a la judicatura”, quienes asesorarían al Departamento en las gestiones necesarias para la construcción (Urgente, Antioquia necesita la construcción de un nuevo manicomio, 1948, p. 2).

Fotografía 21 – Patio de San José del viejo Hospital Mental¹⁴⁴.



Fuente: Tomado de Vélez Escobar y Martínez Echeverry (1958, p. 438).

Mientras el proyecto de edificación del Hospital Mental de Antioquia se hacía realidad, el Manicomio vivió poco más de una década de transición en la que se introdujeron cambios en la atención que reflejan transformaciones en la comprensión de la enfermedad mental, en las alternativas para tratarla y en la formación médica, así como un reavivamiento de la labor caritativa hacia los enajenados.

8.2 DE FRANCIA A ESTADOS UNIDOS

Un impulso significativo a la transformación del Manicomio y a la construcción de un nuevo establecimiento habría venido de las duras críticas lanzadas por el psicólogo Carney Landis al Manicomio Departamental de Antioquia, incluidas en el informe de la Misión Médica

¹⁴⁴ Se conserva el título original dado a la imagen en la publicación de 1958, aunque se trataba de las instalaciones del Manicomio Departamental de Antioquia, desde hacía algunos años se venía cambiando la manera de referirse a la institución.

Unitaria¹⁴⁵ que visitó al país entre octubre y noviembre de 1948 (López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz, 2004). Sentenciaba allí el profesor Landis:

Este hospital particular es la institución más atrasada que jamás he visto. La situación se debe a la falta de apoyo financiero, a la falta de interés, iniciativa e imaginación por parte del personal médico de tiempo parcial, y a la falta de formación de las Hermanas de la Caridad. La culpa principal recae realmente en la comunidad educada en general, de la ciudad y el Estado¹⁴⁶. (Humphreys, 1948, p. 33, traducción propia)

La misión hacía parte de las iniciativas tendientes a mejorar la formación médica en el país, que desde hacía algún tiempo se venían adelantando y con las cuales iba tomando fuerza el referente estadounidense, alentado por los médicos que, cada vez con más frecuencia, viajaban a Estados Unidos de América para especializarse y perfeccionar sus estudios.

Con el mismo fin, a inicios de la década de 1930, el gobierno nacional, liderado por el liberal Enrique Olaya Herrera (1930-1934), había contratado una misión francesa cuyas recomendaciones orientaron la reorganización de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, modelo con base en el cual debían unificarse los planes de estudio de las demás facultades del país¹⁴⁷ (Quevedo *et al.*, 2021; Quevedo *et al.*, 2013; Hernández Álvarez, 2002). No obstante, el modelo francés empezaba a ponerse en entredicho, a lo que se sumaría la inviabilidad del tradicional viaje a Francia durante la Segunda Guerra Mundial y el mejoramiento de las relaciones comerciales y de cooperación e intercambio con los Estados Unidos de América, producto de la implementación de políticas emprendidas por este país desde la década de 1930 e intensificadas en la posguerra para contrarrestar la amenaza comunista en América Latina¹⁴⁸.

En el marco de tales políticas, se desarrollaron en Colombia programas de cooperación que incluían, entre otros asuntos, aspectos relacionados con la salud de la población y la formación médica en el país (Quevedo *et al.*, 2021; Quevedo *et al.*, 2013; Hernández Álvarez, 2002); la Misión Medica Unitaria de 1948 y una segunda misión estadounidense que visitó Colombia en

¹⁴⁵ Su nombre original en inglés era Unitarian Medical Mission. Un aspecto llamativo de la presencia de esta misión en Colombia es que fue la primera realizada en un país no afectado por la Segunda Guerra Mundial, hacia los que se dirigía inicialmente su trabajo (Humphreys, 1948).

¹⁴⁶ En el original: “*This particular hospital is the most backward institution I have ever seen. The condition is due to lack of financial support, lack of interest, initiative and imagination on the part of the part-time medical staff and lack of training of the Sisters of Mercy. The main blame really rests on the general educated community of the city and state*” (Humphreys, 1948, p. 33).

¹⁴⁷ Refieren Quevedo Vélez, Núñez Gómez, Palacios Sánchez y Sánchez Martínez (2021) que la unificación de los planes de estudio de las facultades de medicina en el país se ordenó a través del Decreto 1569 del 2 de agosto de 1934.

¹⁴⁸ La más sobresaliente, la política del Buen Vecino, instaurada por el presidente Franklin Roosevelt a partir de 1933.

1953, durante la dictadura del general Gustavo Rojas Pinilla (1953-1957)¹⁴⁹, se desarrollaron en este contexto. Fue por esta vía que, en la década de 1950, se daría un definitivo tránsito en la formación y la práctica médica del referente francés al estadounidense –inspirado en el modelo flexneriano¹⁵⁰ adoptado en Estados Unidos de América y Canadá desde la década de 1910–, que influiría en la introducción de la ergoterapia/ terapia ocupacional al Manicomio Departamental de Antioquia durante sus últimos años de existencia.

Entre otras críticas relativas a las condiciones físicas del Manicomio¹⁵¹, a la mala calidad de la alimentación que recibían los pacientes, a las escasas opciones terapéuticas implementadas y a la falta de preparación del personal médico y auxiliar –incluidas las Hermanas de la Caridad, a quienes veía como un obstáculo para la formación médica–, el profesor Landis señalaba:

Los pacientes se mantienen en cuatro o cinco edificios conectados, de un piso, que proporcionan dormitorios y patios al aire libre. No hay salas comunes para pasar el día, instalaciones de terapia ocupacional o fisioterapia, instalaciones sanitarias adecuadas, ni comedores, y apenas si se cuenta con los más austeros alojamientos para pacientes postrados en cama¹⁵². (Humphreys, 1948, p. 32, traducción propia)

Cabe mencionar que este señalamiento no solo recaía sobre el Manicomio antioqueño, Landis puntualizaba la ausencia de servicios de terapia ocupacional en las instituciones psiquiátricas del país y afirmaba que podrían ser implementados sin incurrir en mayores gastos (Humphreys, 1948). En el mismo sentido, señalaba con preocupación la escasez de personal de apoyo a la labor de los médicos:

Hay muy pocas enfermeras capacitadas, pocas trabajadoras sociales, pocas dietistas y ningún personal de planta capacitado. [...] Es evidente que se debe hacer algo para aumentar el número de personas cuya formación técnica pueda

¹⁴⁹ Si bien hay controversias alrededor de la denominación del gobierno de Gustavo Rojas Pinilla como dictadura, se la reconoce aquí como tal con base en los análisis realizados por la Comisión de la Verdad (2022). De acuerdo con la Comisión, Colombia vivió dos periodos de dictadura entre 1949 y 1957: la primera, de carácter civil, entre finales de 1949 y 1953, la segunda, militar, entre 1953 y 1957. En la primera ejercieron la presidencia del país los conservadores Mariano Ospina Pérez, Laureano Gómez y Roberto Urdaneta (designado); en la segunda, el general Gustavo Rojas Pinilla, que llegó al poder tras un golpe militar inducido por una coalición entre liberales, conservadores, empresarios e Iglesia, quienes vieron en ese mecanismo una alternativa temporal para dirimir las disputas entre los partidos tradicionales. En ese lapso, que coincide con las dos olas del periodo conocido como La Violencia, el Congreso permaneció cerrado y se implementaron acciones dictatoriales para gobernar (Comisión de la Verdad, 2022).

¹⁵⁰ Basado en las recomendaciones del informe elaborado por Abraham Flexner, en 1910, para reorganizar la educación médica en Estados Unidos de América.

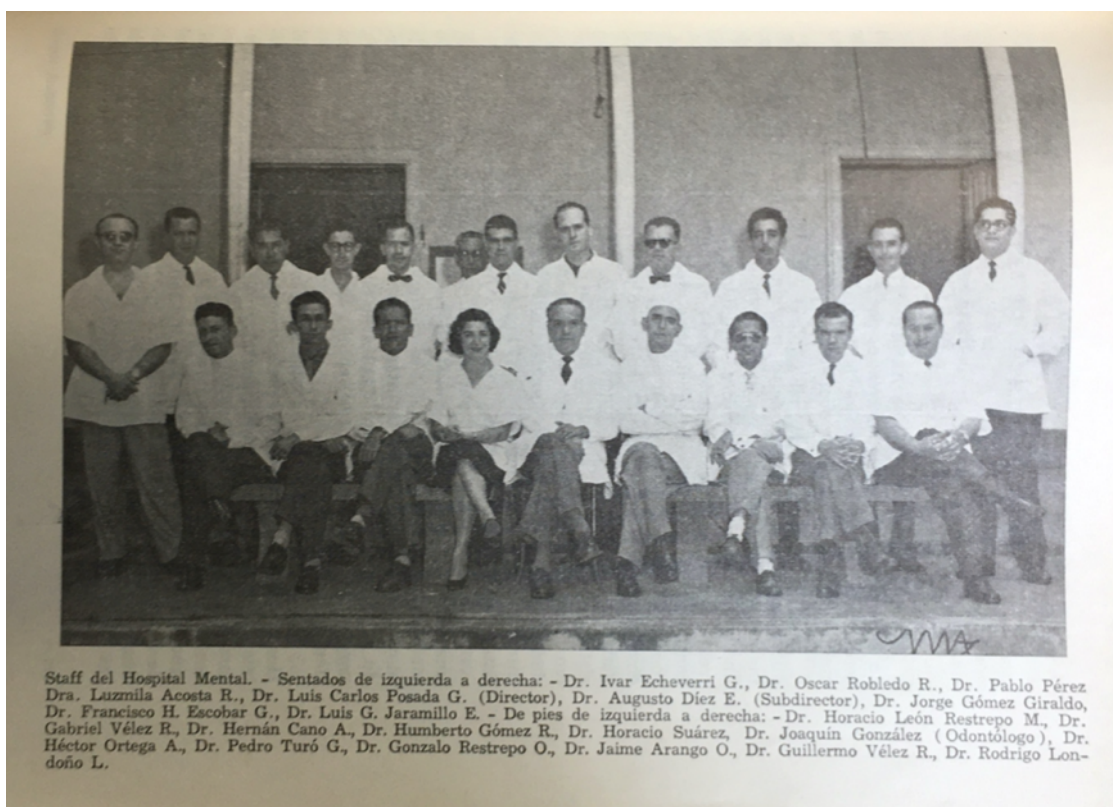
¹⁵¹ Llama la atención que, contrariando los hechos, Carney Landis se refería a las instalaciones del Manicomio como un espacio que tiempo atrás habría funcionado como hacienda y no habría sido concebido para ser un hospital (Humphreys, 1948).

¹⁵² En el original en inglés: “*The patients are kept in four or five connected one-story buildings which provide sleeping quarters and open air patios. There are no dayrooms, no occupational therapy or physical therapy facilities, no adequate sanitary facilities, no dining rooms and only the poorest accommodations for bedfast patients*” (Humphreys, 1948, p. 32).

complementar y aumentar considerablemente la eficacia de los médicos y cirujanos¹⁵³. (Humphreys, 1948, p. 35, traducción propia)

Refieren Quevedo *et al.* (2013) que, a diferencia de otras universidades en el país, donde la transición al modelo estadounidense en la formación médica generó más resistencias, las recomendaciones de la Misión Médica Unitaria orientaron las reformas que se implementaron en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia desde finales de los años 1940, escuela que, como hemos visto, tenía desde hacía tiempo vinculación con el Manicomio. Estas transformaciones incluían un mayor énfasis en la formación práctica y, en consecuencia, un acercamiento proporcional entre universidad y hospital, lo que además de la ola de respuesta a la inminente crisis, puede explicar el aumento del personal médico que se vivió en el Manicomio en los años siguientes (ver Fotografía 22).

Fotografía 22 – Staff del Hospital Mental¹⁵⁴, 1958.



Fuente: Tomado de Vélez Escobar y Martínez Echeverry (1958, p. 369).

¹⁵³ En el original en inglés: “There are very few trained nurses, few social service workers, few trained dieticians, and no trained ward personnel. [...] Clearly something should be done to augment the number of persons whose technical training can supplement and vastly increase the effectiveness of the physicians and surgeons” (Humphreys, 1948, p. 35).

¹⁵⁴ Se conserva el título original de la fotografía. Cabe aclarar que la foto solo incluye al personal médico y al odontólogo. Teniendo en cuenta lo relatado por López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz (2004), con base en una nota de prensa publicada en El Colombiano, para finales de 1948, el personal de la institución sumaba “120 empleados entre médicos, Hermanas de la Caridad, vigilantes, enfermeros y los demás dedicados a los oficios domésticos y al mantenimiento del edificio” (p. 133).

En este contexto, paulatinamente el perfil de formación del personal médico del Manicomio se iba impregnando del referente estadounidense y tomando distancia del francés. Tras la renuncia de Carlos Obando Tobón a la dirección y a la Cátedra de Enfermedades Mentales de la Universidad de Antioquia, en octubre de 1953¹⁵⁵, le sucedió en el cargo el médico Luis Carlos Posada, neurocirujano especializado en la Universidad de Michigan, en Estados Unidos de América, quien se había vinculado a la institución en 1951, introduciendo con su llegada la neurocirugía y la clínica neurológica (López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz, 2004). Por otro lado, con las relaciones de cooperación con Estados Unidos de América, se ampliaron las posibilidades para que los médicos hicieran estudios de especialización y complementaran su formación en ese país a través de becas e intercambios, lo que habría revertido en el personal médico y auxiliar del Manicomio y luego en el Hospital Mental (López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz, 2004; Morales Tobón, 1958; Quevedo *et al.*, 2021).

Es importante mencionar, adicionalmente, que la construcción del Hospital Mental, que reemplazaría al Manicomio, no ocurrió de forma aislada. La insuficiencia y el abandono de la infraestructura hospitalaria existente en el país, resaltada en el informe de la Misión Médica Unitaria (Humphreys, 1948), se convertía en uno de los principales desafíos para la implementación del nuevo modelo de prestación de servicios de salud que se soportaba en tres pilares: el aseguramiento obligatorio de la población trabajadora formal –adoptada a través de la Ley 90 de 1946¹⁵⁶ (Colombia, 1946)–, la asistencia pública a los pobres y la atención privada de quienes podían pagarla. Esto impulsó la construcción y modernización de hospitales y clínicas en el país, para los cuales se tomaba como referencia el modelo de hospital moderno que estaba en boga en los países industrializados, principalmente en Estados Unidos de América e Inglaterra. En Antioquia, además del Hospital Mental, en la década de 1950 se construyeron nuevos edificios en el Hospital San Vicente de Paul, así como la Clínica León XIII del Instituto Colombiano de Seguros Sociales, creado también a través de la Ley 90 de 1946 (Quevedo *et al.*, 2013; Hernández Álvarez, 2002). En esa línea, para la proyección del Hospital Mental de Antioquia se contrató al arquitecto Nel Rodríguez, quien, después de visitar diferentes instituciones en Estados Unidos, elaboró la propuesta que resultaría en los planos sobre los cuales se emprendió la construcción (Morales Tobón, 1958).

¹⁵⁵ De acuerdo con De los Ríos (1980), la cátedra de Psiquiatría se estableció en 1954 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, impartida por el doctor Pablo Pérez Upegui. De manera que, a partir de entonces, no habría estado más a cargo del director del Manicomio.

¹⁵⁶ Por medio de la cual se estableció el seguro social obligatorio y se creó el Instituto Colombiano de Seguros Sociales.

8.3 CARIDAD CON ROPAS NUEVAS

Fotografía 23 – Entrega de discoteca para el Manicomio¹⁵⁷.



Fuente: Tomado de El Colombiano (Entrega discoteca para el Manicomio, 1954, s.p.). Captura a partir del original digitalizado en el Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional de Colombia – Sede Medellín. Cortesía de Alejandro Salazar.

Mientras para el profesor Landis, el atraso de la psiquiatría y del tratamiento de la enfermedad mental en Colombia obedecía a que seguía siendo vista como un merecido castigo divino al comportamiento inmoral de los individuos (Humphreys, 1948), para la opinión pública antioqueña, la crisis del Manicomio parecía deberse, esencialmente, a la escasez de recursos. El 6 de diciembre de 1953, el diario El Colombiano registraba:

En todos los círculos han causado sensación y alarma las revelaciones hechas últimamente sobre la espantosa situación que existe en el manicomio departamental debido a la carencia de recursos. La información realista de EL COLOMBIANO del viernes sobre la penosa situación de los enfermos mentales ha conmovido a la sociedad de Medellín y de Antioquia en todas sus capas, hasta el punto de que no hay quien considere inútil o injustificada la

¹⁵⁷ Se lee en el pie de foto: “En el manicomio departamental fue dada al servicio una moderna discoteca donada por Pepalfa a la junta de damas pro alivio a los enfermos de ese manicomio. La bendición estuvo a cargo del obispo auxiliar monseñor Jáuregui” (Entrega discoteca para el Manicomio, 1954, s.p.).

campaña pro-manicomio que se está adelantando. (La sociedad está conmovida por lo que ocurre en el manicomio, 1953, p. 2)

Con ello, la situación pasaba a asociarse con la indiferencia del pueblo antioqueño, poniendo en tela de juicio su vocación caritativa y cristiana. Así lo deja ver la columna de Ana Mejía de Restrepo, que días antes había sido publicada en la sección social del mismo periódico; señalaba allí su autora:

Obedeciendo a los deseos de las señoras de la junta pro bienestar del manicomio, tomo parte en la campaña que esta, más que benéfica institución, está resuelta a llevar adelante, hasta vencer la apatía, el desdén y el casi criminal desvío con que la ciudad de Medellín acepta la situación de los locos en el Manicomio Departamental (Mejía de Restrepo, 1953, p. 13).

Los reproches derivaron en una respuesta ajustada a las formas ya consolidadas de la beneficencia: caridad cristiana de las clases pudientes, avalada desde el gobierno departamental. La Junta Pro-Bienestar del Manicomio había sido creada en noviembre de 1953 para “luchar por el mejoramiento de la institución” (Muchas necesidades urgentes tiene todavía el Manicomio, 1954, p. 2) y para responder temporalmente a la crisis, en vista de que la construcción del nuevo hospital en el municipio de Bello, aunque ya estaba en marcha, iba a tardar algunos años más en concluirse. Adicionalmente, su existencia se justificaba en una aparente resignación ante la incapacidad del Estado para satisfacer las carencias de la institución:

Lo más urgente
Ropas, cobijas y otros artículos personales para el personal de enfermos, y elementos modernos para la cocina y los lavaderos del manicomio. Para ello se necesitan bastantes miles de pesos, que solamente pueden obtenerse del cristianismo y la generosidad de las gentes de Antioquia, pues el Estado difícilmente está suministrando lo más indispensable para que los enfermos no se mueran de hambre (La sociedad está conmovida por lo que ocurre en el manicomio, 1953, p. 2).

La Junta Pro- Bienestar del Manicomio estaba conformada, en palabras del director, Luis Carlos Posada, “por personas activas y generosas que querían trabajar en el estudio y solución siquiera parcial de los problemas que se han padecido en el hospital mental de Antioquia, debido a los escasos recursos económicos” (La ergoterapia está dando resultados satisfactorios, 1956, p. 4), o como lo refería la prensa en otra columna, por “damas y caballeros de la mayor distinción, interesados en prestarle al departamento y a sus enfermos mentales un servicio eficiente” (Médica antioqueña viajará para especializarse en ergoterapia, 1956, p. 2).

Para la época, las mujeres continuaban ocupándose de la asistencia a los necesitados, aunque con mayor protagonismo y visibilidad, al tiempo que su acceso a la educación superior iba dando paso a que parte de ese trabajo se fuera profesionalizando. Según declaraciones de la psiquiatra Luzmila Acosta, en 1956, la Junta estaba “compuesta por las señoras Ana Restrepo de Gautier (presidenta), Aura Gutiérrez de Lefevre, María de Restrepo, don Francisco Ospina Pérez y el doctor Luis Carlos Posada” (Solano, 1958, p. 16). Ana Restrepo de Gautier tendría ya una larga trayectoria en programas de acción social de la mujer (Cohen, 2001; Salas Rodas, 2017); de acuerdo con Salas Rodas (2017), había creado en 1934 el Comité de Damas de la Caridad, un grupo de señoras católicas de la élite antioqueña dedicado a proveer ayuda domiciliaria en barrios de Medellín. El trabajo de estas mujeres no se circunscribió, sin embargo, a las obras benéficas, pues se involucraron también en iniciativas orientadas a impulsar la participación femenina en la educación superior y otros espacios de la sociedad (Cohen, 2001; Duarte, Salgado y Suárez Ortiz, 2024; Uribe de H., [199?]; Salas Rodas, 2017).

En las actividades de la Junta participaban, además de sus directivas, otras mujeres voluntarias que articulaban su trabajo con el del personal del Manicomio. De acuerdo con De los Ríos (1980), se contaba con las tres primeras enfermeras profesionales que se vincularon al Manicomio en 1953 y que habían realizado previamente su rotación voluntaria en el Manicomio como estudiantes de enfermería de la Universidad de Antioquia. La Escuela de Enfermería de esta universidad se había creado hacía apenas tres años, producto de la incorporación de la iniciativa de las Hermanas de la Presentación para la formación profesional de las integrantes de su comunidad y que, por esta vía, se había ampliado a las mujeres seglares, conservando la dirección y orientación moral y religiosa de la Congregación (Castañeda Montoya y Pérez Peláez, 2010).

La Junta Pro-Bienestar del Manicomio se encargaba de recaudar donaciones de particulares e invertirlas en actividades dirigidas a mejorar las condiciones de vida y el tratamiento que se ofrecía en la institución a los enfermos mentales. A través de sus gestiones, logró que diferentes empresas antioqueñas hicieran donativos en dinero o en especie con los cuales suministraba a las personas internadas artículos personales, dotaciones básicas y aguinaldos en la navidad, además de centrarse en la implementación de dos formas de tratamiento: la laborterapia/ergoterapia y la meloterapia. La Fotografía 23, tomada del diario *El Colombiano* en su edición del 3 de agosto de 1954, registra la puesta en funcionamiento de una colección de discos donada por la fábrica de textiles Pepalfa —en ese entonces, una de las principales

textilerías del país— a la Junta, con la bendición del obispo auxiliar de la ciudad (Entrega discoteca para el Manicomio, 1954). Más adelante, según lo informaba la revista *Cromos* en 1958 (Solano, 1958), la vinculación de Pepalfa con el Manicomio/Hospital se extendió a un contrato a través del cual la empresa compraba a la institución las cajas de cartón que usaba para empacar sus productos, las cuales eran elaboradas por los enfermos en uno de los talleres de ergoterapia (Fotografía 24). Otras fábricas y entidades, como la aduana de Medellín, donaban sobrantes que servían de materias primas para el trabajo en los talleres, mientras el ejército y la policía proveían ropa. Sin esa generosidad y sensibilidad social, se aseguraba en la revista, “no alcanzarían a cubrirse los gastos de alimentación, vestuario, drogas, atención médica y todo cuanto se requiere para el cuidado de un enfermo mental” (Solano, 1958, p. 18).

Fotografía 24 – Uno de los salones de la Ergoterapia, elaborando cajas de cartón.



Fuente: Tomado de Solano (1958, p. 17). Captura a partir del original digitalizado por la Biblioteca Luis Ángel Arango, Bogotá.

De tal modo que con el apoyo de la prensa, la industria, la élite antioqueña, el clero, el personal de la institución y el beneplácito del gobierno departamental, esta forma renovada de caridad se legitimó como solución para responder a las intolerables condiciones en las que vivían los enfermos mentales en Medellín y a la exigua actuación del Estado.

8.4 LABORTERAPIA, MELOTERAPIA Y SANAS DIVERSIONES: EN CONTRA DE LA OCIOSIDAD MÁS ABSOLUTA

Con el cambio en la dirección del Manicomio, tras la salida de Lázaro Uribe en 1946, se hacían evidentes algunas transformaciones en la manera como se veían la enfermedad mental y su tratamiento. En el primer informe de Carlos Obando Tobón (1947), el médico se posicionaba respecto a la etiología de la sicosis, atribuyendo a la “antinomia sujeto-ambiente” un lugar predominante sobre la herencia, a la que por años, desde la perspectiva evolutiva y degeneracionista, se había considerado la “supercausa” de la locura. En consecuencia, señalaba herramientas higiénicas o preventivas centradas en las causas evitables y, en cuanto al tratamiento, insistía en la necesaria separación de agudos y crónicos, a lo que añadía un elemento inédito: la readaptación social de los enajenados. Afirmaba:

Recientes estadísticas comprueban que sólo un 25% de las sicosis cuentan con una etiología exclusivamente hereditaria; el 75% restante se origina en la llamada antinomia sujeto-ambiente; quiere ello decir que todo cuanto contribuya a favorecer la felicidad individual será factor eficiente de profilaxis siquiátrica, de higiene mental: labor paterna y familiar para conseguir que el niño se forme sin deformarse, diagnóstico precoz y corrección sicopedagógica de los pequeños desequilibrios de la infancia, intensificación de la lucha contra las causas evitables de la locura, tales como el hambre, el alcoholismo, la anemia tropical, el paludismo, la sífilis y los problemas económicos y sociales.

Y en cuanto a lo que dice relación con asistencia y tratamiento de los actuales asilados, parece que en la palabra espacio pudiera cifrarse, hoy por hoy, la satisfacción de la máxima urgencia. [...] clínica siquiátrica donde serían tratados los enfermos agudos, mientras que el hoy llamado servicio general quedaría propiamente como asilo para la asistencia de enajenados crónicos, incurables y dementes. [...] Así, cuando menos, podría atenderse el llamado servicio cerrado, servicio que debería completarse con el servicio abierto, especie de eslabón utilísimo entre aquél y el ambiente familiar y social en la lucha por conseguir la readaptación del individuo (Obando T., 1947, p. 74).

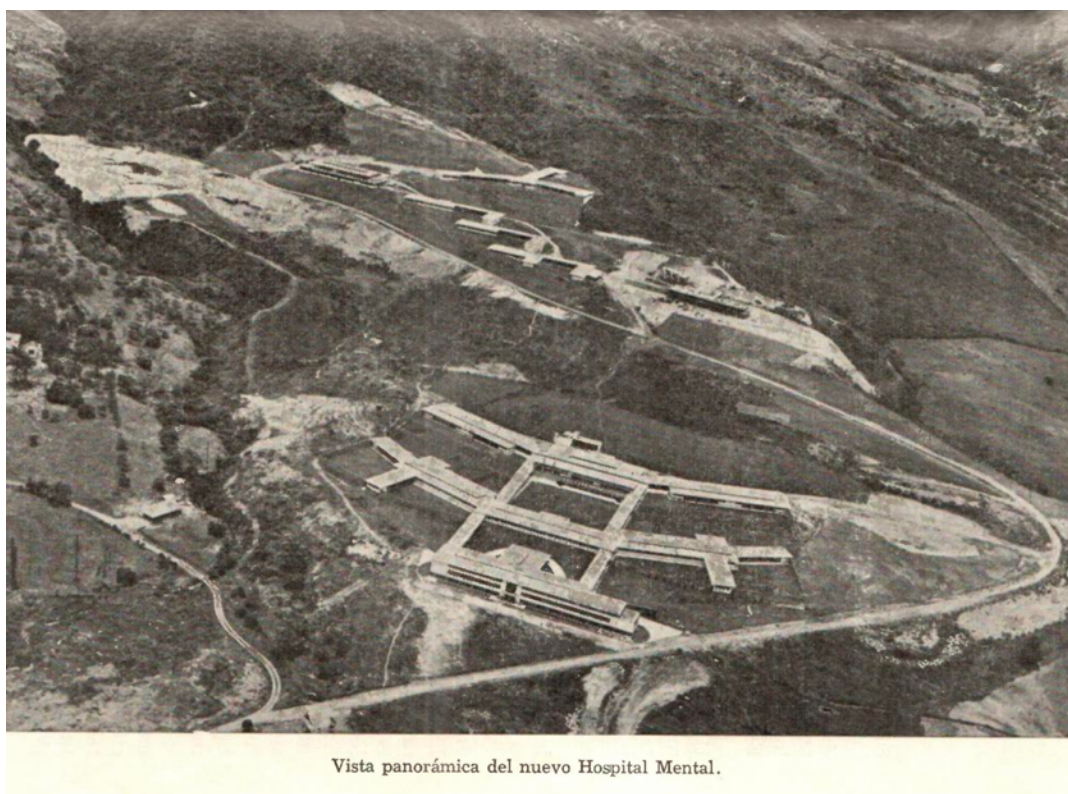
En esta dirección, Obando Tobón retomaba los antiguos reclamos sobre la importancia de que la institución contara con espacios adecuados, es decir, lugares de recreo, campos para el trabajo agrícola y talleres para la ocupación de los enfermos, pero introduciendo un nuevo término para denominarla: ergoterapia. Así, entre los puntos que identificaba como prioritarios para aliviar la situación del Manicomio, incluía:

Dotación de un equipo de Electrochocterapia, de un equipo para Electroencefalografía y de un aparato portátil para Rayos X, exigencias que resultan mínimas para un servicio de clínica siquiátrica que ya debería tener Laboratorio, servicio de Cirugía, Biblioteca, Salas de recreo, además de Talleres, campos de cultivo y otras instalaciones donde se pudiera practicar la ergoterapia. (Obando T., 1947, p. 76)

En este punto insistiría en su informe del año siguiente, aunque advirtiendo que la construcción de un nuevo establecimiento estaba dejando de ser una utopía (Obando T., 1948). Una vez se concretó la futura construcción de un nuevo hospital, la proyección de sus amplios terrenos (Fotografía 25) se justificó en los mismos argumentos que hacía décadas atribuían al ambiente mismo y a la ocupación propiedades curativas, como lo manifestaba el gobernador de Antioquia al diario *El Colombiano*:

El proyecto es ambicioso, agrega el gobernador. Se hará una construcción moderna, amplia, ventilada, dotada de aquellos elementos indispensables con pabellones para los pensionados y para los toxicómanos, con salas-talleres para aquellos alienados que a juicio de los médicos del manicomio puedan y deban ocuparse de algún trabajo, con avenidas, fuentes, jardines y campos de cultivo. Está comprobado que el aire libre y sano y la ocupación son factores de cura en algunos casos y todos esos medios deben proporcionar el nuevo manicomio a sus huéspedes. (*El Manicomio*, 1948, p.12)

Fotografía 25 – Panorámica del nuevo Hospital Mental, 1958.



Fuente: Tomado de Vélez Escobar y Martínez Echeverry (1958, p. 363).

La relevancia del asunto solo vino a retomarse con la explosión de la crisis que motivó la renuncia de Carlos Obando Tobón a la dirección, las denuncias en la prensa y la constitución de la Junta Pro-Bienestar del Manicomio. El discurso que circuló tuvo como constante la urgencia y la importancia de garantizar estos elementos a quienes estaban recluidos en la

institución, de tal modo que no permanecieran inactivos. Se hacía referencia al trabajo y las distracciones como parte de los modernos sistemas para el tratamiento de las enfermedades mentales, en tanto antídoto a la perniciosa ociosidad, posibilidad de cura y de reincorporación a la sociedad. Así, la institucionalización no se cuestionaba, apenas las condiciones del encierro, a las que se achacaba la responsabilidad de que tantos enfermos terminaran por convertirse en crónicos recluidos de por vida. El Colombiano, en su edición del 6 de diciembre de 1953, lo explicaba ampliamente:

En la actualidad el tratamiento de las enfermedades mentales, con raras excepciones, exigen que los pacientes puedan dedicarse al trabajo en las mejores condiciones de comodidad y de acuerdo con sus costumbres, aficiones y posibilidades. La ociosidad resulta en extremo perjudicial y dificulta, cuando no imposibilita, la acción científica de los psiquiatras sobre los enfermos. No obstante, en el manicomio de Bermejil la laborterapia resulta imposible, por la falta de espacio y de medios, hasta el punto que de 1365 enfermos solamente unos 10 o 12 trabajan en la huerta del establecimiento.

En condiciones tan sumamente graves, los locos deben permanecer hacinados en patios relativamente muy pequeños, dedicados a la ociosidad más absoluta, y cada uno a su manía, que muchas veces es peligrosa o perjudicial para los demás. Es claro que en un ambiente de esa índole, enloquecedor como el que más, resulta muy difícil que un demente pueda curarse [...].

Así las cosas, resulta que no solamente es necesario conseguir ropas, utensilios de cocina, cobijas, etc. para los locos, sino también donarles biblioteca, discoteca y todo lo que pueda significar para ellos la oportunidad de distracción, que es otro factor indispensable para la mayoría de las enfermedades mentales. Es intolerable que 1365 enfermos se mantengan no solamente inactivos sino sometidos al influjo pernicioso de un ambiente espeluznante [...].

En el manicomio que se construye actualmente en Bello, cuya terminación no será posible antes de tres o cuatro años, se dispondrá de doscientas treinta cuerdas de terreno, en las cuales se organizarán diferentes cultivos, crianza de animales domésticos, etc., para brindar trabajo a la mayoría de los enfermos mentales, de procedencia campesina. Habrá también talleres y oficinas para los otros. Pero mientras llega la inauguración de este manicomio moderno hay que aliviar siquiera la horripilante situación del manicomio actual, donde tantos seres humanos permanecen soportando toda clase de necesidades y padecimientos, casi sin esperanza de volver a ser útiles para sí, para sus familias y para la sociedad. (La sociedad está conmovida por lo que ocurre en el manicomio, 1953, p. 2)

La Junta Pro-Bienestar asumió, en consecuencia, la organización de la laborterapia, la meloterapia y algunas actividades recreativas en el viejo Manicomio para aliviar la situación. Es claro que, a su llegada, el trabajo de los alienados en los oficios de la casa ya se practicaba, así lo dejan ver las anotaciones en las historias clínicas –varias de ellas reseñadas en el capítulo anterior–, además de lo narrado por la prensa:

En el manicomio de Bermejál apenas se utilizaba la actividad de unos pocos enfermos, por lo general en oficios de cocina y de huerta, por carencia de recursos para poner a marchar talleres y pagar el personal necesario para manejarlos. (Magníficos resultados ha dado la campaña sobre el manicomio, 1956, s.p.)

El problema parecía radicar, entonces, en la imposibilidad de ocupar a esa masa de personas que injustificadamente, a fuerza de estrechez y falta de dinero, permanecían ociosas, alejándose paulatinamente de las posibilidades de curarse o de reinsertarse a la sociedad como elementos útiles. Lidiando con las limitaciones de espacio y de recursos, la Junta, con apoyo de damas voluntarias y del personal del Manicomio, dispuso inicialmente cinco telares en los que los asilados, remitidos de acuerdo con el criterio médico, trabajaban tejiendo “cobijas, colchas, telas para sábanas, driles, etc.”, también se implementaron la fabricación de tapetes, el trabajo con cabuya y se reorganizaron algunas tareas agrícolas (Se incrementa la campaña a beneficio del manicomio, 1954, p. 2; Muchas necesidades urgentes tiene todavía el Manicomio, 1954), más adelante se introducirían otras labores, como la fabricación de cajas de cartón y de fósforos, encargadas por empresas para empacar sus artículos (Magníficos resultados ha dado la campaña sobre el manicomio, 1956; Solano, 1958).

La laborterapia o ergoterapia, entendida como tratamiento por medio del trabajo, se ordenó rápidamente en cuatro talleres, dos para mujeres y dos para hombres, y se designó personal para dirigirlos y orientar el trabajo de los enfermos. La sección femenina era dirigida por las señoras Domitila González de Garcés y Fabiola Acosta de Restrepo, la masculina, por los señores Horacio Serna y Santiago Rodríguez, de quienes los documentos disponibles no proveen otras informaciones; a su vez, era coordinada por una directora general, al parecer, integrante de la Junta (Magníficos resultados ha dado la campaña sobre el manicomio, 1956; Médica antioqueña viajará para especializarse en ergoterapia, 1956). De acuerdo con lo relatado por la psiquiatra Luzmila Acosta, la implementación de este sistema de tratamiento obedecería a la iniciativa de Ana Restrepo de Gautier, presidenta de la Junta, quien lo habría conocido en Puerto Rico (Solano, 1958), territorio de los Estados Unidos de América.

Por otro lado, la Junta recaudó los elementos necesarios para reintroducir la música en el repertorio de tratamientos. Como había ocurrido cuatro décadas atrás con la intensa campaña para adquirir los gramófonos, se logró esta vez que la textilera Pepalfa donara “cuatro tocadiscos de sonido nítido, para colocarlos en los diferentes patios, dotados de música especial según cada grupo de alienados” (Cuatro tocadiscos para el Manicomio, 1954, p. 2) (Fotografía 23). Según lo reportado por la prensa, la denominada meloterapia consistía, en el Manicomio, en la emisión

diaria de dos sesiones de música, cada una de dos horas y media de duración. La importancia de su implementación se argumentaba en la indiscutible eficiencia que había demostrado en los mejores hospitales psiquiátricos del mundo y el consecuente interés que despertaba para la ciencia psiquiátrica (Cuatro tocadiscos para el Manicomio, 1954); sin embargo, se alegaba que la insuficiencia de discos hacía que los programas fueran monótonos, reduciendo la efectividad del método, por lo cual se llamaba a la ciudadanía a donar otros, “especialmente de larga duración, y de música suave o brillante, ya que la música popular, con algunas excepciones, no es la más indicada para los enfermos mentales” (Magníficos resultados ha dado la campaña sobre el manicomio, 1956; Se incrementa la campaña a beneficio del manicomio, 1954, p. 2).

Fotografía 26 – La música de cuerda para Arturito es indispensable.



Fuente: Gráficas de Alex, en un reportaje de Luz Solano en la revista Cromos (Solano, 1958, p. 17). Captura a partir del original digitalizado por la Biblioteca Luis Ángel Arango, Bogotá.

Finalmente, la Junta se encargó de poner en funcionamiento una serie de actividades a las cuales los enfermos pudieran dedicarse en las horas de la tarde y las primeras de la noche. Las “sanas diversiones” incluían juegos de salón, clases de música de cuerda, y se habrían también recibido libros para dotar la biblioteca (Magníficos resultados ha dado la campaña sobre el manicomio, 1956; Médica antioqueña viajará para especializarse en ergoterapia, 1956, p. 2; López Vélez,

Rueda y Suárez Quiroz, 2004) (Fotografía 26). Con ellas, según refería la prensa, se buscaba contribuir al alivio o a la curación a través del entretenimiento, la distracción y la concentración de la atención (Magníficos resultados ha dado la campaña sobre el manicomio, 1956; Médica antioqueña viajará para especializarse en ergoterapia, 1956).

8.5 EL LUGAR DE LA LABORTERAPIA/ERGOTERAPIA

Fotografía 27 – Magníficos resultados ha dado la campaña sobre el manicomio¹⁵⁸.



Fuente: Tomado de El Colombiano (Magníficos resultados ha dado la campaña sobre el manicomio, 1956, s.p.). Captura a partir del original digitalizado en el Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional de Colombia – Sede Medellín. Cortesía de Alejandro Salazar.

Aunque todas estas iniciativas fueron elogiadas por la prensa, se dio un particular valor a la expectativa de tornar productivos a los enfermos, de manera que la laborterapia o ergoterapia,

¹⁵⁸ Se lee en el subtítulo: “La laborterapia ha permitido curaciones de enfermos mentales en proporción satisfactoria. Hace falta crear nuevos talleres, incrementar la meloterapia con nuevas existencias de discos”. Y en el pie de foto: “Doña Domitila González de Garcés, directora de una de las secciones de laborterapia del Hospital Mental, cuando un cronista de EL COLOMBIANO visitaba dicho establecimiento. (El Colombiano. Betancur).” (El Colombiano, 25 de febrero de 1956, s.p.).

como se le llamaba indistintamente, tuvo un fuerte protagonismo. Se le destacaba como “lo mejor que ha hecho” la Junta (Médica antioqueña viajará para especializarse en ergoterapia, 1956, p. 2) o “una de sus más importantes realizaciones” (Se incrementa la campaña a beneficio del manicomio, 1954, p. 2), se aplaudían sus resultados (Fotografía 27), su efectividad, medidos en curaciones o alivios notables y productividad de los talleres:

BUENOS RESULTADOS

La laborterapia está dando maravillosos resultados en el Hospital Mental de Antioquia. En 1955 ingresaron a ese sistema de tratamiento 923[?]¹⁵⁹ enfermos y 116 lograron su curación o un alivio notable gracias al trabajo. En el mismo periodo se llevaron a cabo las siguientes obras: 836[?] yardas de dril, 2.742[?] trenzas de fique, 243.720[?] cajas de fósforos, 2.483[?] cuadras de cabuya, 12 tapetes de cabuya, 4[?] tapetes de lana, 296[?] cobijas, 39.205[?] cigarrillos y 44.706[?] tabacos. (Magníficos resultados ha dado la campaña sobre el manicomio, 1956, s.p.)

En cuanto a lo producido se aclaraba, no obstante, que no tenía intención de lucro, pues tales elementos se destinaban a cubrir necesidades propias de las personas internadas (Muchas necesidades urgentes tiene todavía el Manicomio, 1954; 25 de febrero de 1956; La ergoterapia está dando resultados satisfactorios, 1956) (Fotografía 28), pero además, en palabras del director, porque “la calidad de los obreros no permite suponer en todos los casos obras que compitan con las producidas por trabajadores sanos” (La ergoterapia está dando resultados satisfactorios, 1956, p. 4). Si bien la fabricación de cajas, tapetes y otros permitían algunos ingresos, se aseguraba que los recursos seguían siendo insuficientes y eran necesarias más donaciones para garantizar las materias primas indispensables y disponer más talleres y personal, de tal manera que fuese posible aumentar el alcance para “mantener ocupados a los enfermos que están en condiciones de ser útiles” (Muchas necesidades urgentes tiene todavía el Manicomio, 1954, p. 4; Magníficos resultados ha dado la campaña sobre el manicomio, 1956; La ergoterapia está dando resultados satisfactorios, 1956). Así lo relataba la prensa:

La producción de los telares, contra lo que pudiera creerse a primera vista, no representa ninguna posibilidad de lucro para el manicomio, ya que los productos no pueden venderse, como que se destinan íntegramente al consumo interno del establecimiento en el cual los enfermos más excitados destruyen todos los días grandes cantidades de ropas y utensilios de toda índole (Muchas necesidades urgentes tiene todavía el Manicomio, 1954, p. 4).

En los talleres que funcionan en el manicomio los enfermos fabrican elementos que son útiles a ellos mismos y a sus compañeros de infortunio, como cigarrillos, tabacos, etc. El dril que produce el manicomio se utiliza en

¹⁵⁹ Las cifras con interrogación indican que, debido a la escasa nitidez del material digitalizado, pueden no ser exactas. La mayúscula sostenida en el título corresponde al original.

vestidos para los mismos enfermos, y la fabricación de cajas de fósforos, tapetes, etc. permite algunos ingresos. Desde luego, es preciso ampliar todo lo posible la campaña, para que muy pronto el 90%[?] de los enfermos, que pueden trabajar, tengan ocupaciones de gran conveniencia para ellos. Para lograr esto hace falta la colaboración de las personas y entidades de buena voluntad, no solamente por el costo de los elementos necesarios, sino para poder disponer de personal suficiente. Lo aconsejable es un director para cada 8[?] enfermos, y actualmente cada uno atiende más o menos a 23[?] (Magníficos resultados ha dado la campaña sobre el manicomio, 1956, s.p).

De acuerdo con lo documentado por Diez Estrada y Acosta Rave (1958), en las actividades de ergoterapia se incluyeron, además de los talleres y algunas labores agrícolas, todos los oficios relacionados con el “propio régimen doméstico” que pudieran ser desempeñados por los enfermos:

Servicios de cocina, de lavadero, aseos, vigilancia de otros enfermos, etc. (...) siendo nuestra aspiración la de que, dentro del plan de auto sostenimiento en que está empeñado el señor Dr. Luis Carlos Posada, Médico Jefe del Hospital, les podamos confiar a los alienados todos los oficios que sean capaces de desempeñar, admitiendo de antemano, que tanto en el campo doméstico como en el administrativo la mayor parte de las ocupaciones de un Hospital para enfermos mentales pueden ser desempeñadas por éstos. (Diez E. y Acosta R., 1958, p. 371)

Fotografía 28 – Los tabacos para el gasto del Hospital, se elaboran allí mismo.



Los tabacos para el gasto del Hospital, se elaboran allí mismo.

Fuente: Gráficas de Alex, en un reportaje de Luz Solano (1958, p. 17). Captura a partir del original digitalizado por la Biblioteca Luis Ángel Arango, Bogotá.

De esta manera, además de los beneficios en la recuperación o el alivio de los enfermos –que pasaba, en cualquier caso, por el restablecimiento de su capacidad productiva–, el trabajo de las personas internadas en el Manicomio se presentaba como una alternativa para aspirar al autosostenimiento de la institución –tanto del actual Manicomio como del naciente Hospital Mental– compensando la insuficiencia de recursos a la que se atribuían sus dificultades y que, según se decía, “por razones obvias, [el Estado no estaba] en condiciones de atender” (Médica antioqueña viajará para especializarse en ergoterapia, 1956, p. 2).

Reforzando la labor de la prensa en la exaltación de los logros alcanzados a través de la laborterapia, los productos elaborados por los enfermos se exhibieron en el Almacén La Primavera de la calle Junín, uno de los sectores comerciales más concurridos y afamados del centro de Medellín (Se incrementa la campaña a beneficio del manicomio, 1954, p. 2). Con todo lo anterior, la laborterapia/ergoterapia jugaba un papel clave en la reivindicación del prestigio y la legitimidad del Manicomio, de la medicina y la psiquiatría en el tratamiento de los enfermos mentales. En este sentido, el director, Luis Carlos Posada, declaraba:

La ergoterapia es gran aliada de la psiquiatría, que puede transformar a los asilos de alienados de lugares estáticos en sitios dinámicos, desprovistos de ese aspecto de horror y de misterio con que las gentes los rodean. (La ergoterapia está dando resultados satisfactorios, 1956, p. 4)

Por otra parte, aunque, en esencia, las iniciativas de la Junta Pro-Bienestar del Manicomio no revestían mayores novedades, el impulso a la ocupación de las personas internadas en la institución tenía la particularidad de pretender una organización más clara y sistemática de las actividades en la rutina diaria, prometer la productividad y expresarse en un lenguaje “terapéutico”: meloterapia, laborterapia o ergoterapia y, poco tiempo después, terapéutica o terapia ocupacional y terapia recreacional. Esta transición en el lenguaje es una marca evidente en el paso de una institución a otra, más “científica”, más legítima; el cambio en la manera de nombrar la práctica de ocupar en actividades a las personas internadas ocurría a la par del empleo cada vez más frecuente de las palabras hospital, en lugar de manicomio; enfermo, en cambio de enajenado o loco; paciente, en vez de asilado; trabajador u obrero, no alienado¹⁶⁰. Como se verá, esas mudanzas se acompañaron de la búsqueda por referentes considerados científicos, con los cuales fundamentar y justificar el uso de tales formas de tratamiento.

¹⁶⁰ Estas últimas expresiones, en particular, fueron empleadas por el director Luis Carlos Posada en la entrevista que concedió al diario El Colombiano, publicada el 12 de marzo de 1956 (La ergoterapia está dando resultados satisfactorios, 1956).

Las historias clínicas también permiten percibir el tránsito en el lenguaje, así como el lugar que dichas formas de ocupación tuvieron en la rutina del tratamiento institucional. En los expedientes revisados, no se encontraron alusiones a meloterapia o a actividades recreativas, lo que sugiere interrogantes sobre la relevancia que, en la práctica, los médicos les otorgaban como medios terapéuticos. En el mismo sentido, llama la atención que aunque se informaba que en 1955 más de 900 enfermos habían ingresado a laborterapia (Magníficos resultados ha dado la campaña sobre el manicomio, 1956) –esto sería, más del 60% de las personas internadas–, tal magnitud no se refleja en las historias clínicas, donde las anotaciones relacionadas son escasas y, en general, escuetas. Esta apreciación se refuerza en los estudios sobre el Manicomio realizados por Gutiérrez y Márquez (2015) y Gutiérrez Avendaño (2019), quienes, a partir de lo registrado en una muestra de historias clínicas, concluyen que la proporción de personas internadas que habrían recibido laborterapia/ergoterapia no superaría el 13%.

Desde 1953, en los expedientes se empezó a hablar de laborterapia, de que los pacientes asistían o eran enviados o remitidos a esta. Para 1958, el uso del término ergoterapia, que, recordemos, ya empleaba Obando Tobón durante sus años en la dirección, aparece con más frecuencia, lo que podría relacionarse con la creación de una dependencia de la institución con esa denominación: Departamento de Ergoterapia. Como constantes, el trabajo en las actividades de laborterapia/ergoterapia –huerta, elaboración de cajas de fósforos, trabajo en la pensión o en la casa de empleados, entre las que se mencionan– se indicaba cuando los pacientes estaban tranquilos y se continuó usando para observar el comportamiento y determinar el alta. En ocasiones, es claro su empleo como complemento de los medios físicos y químicos de la época –principalmente terapia electroconvulsiva, medicamentos e insulino terapia, y en personas que habían sido sometidas a procedimientos de lobotomía, técnica introducida por el director, habida cuenta de su formación como neurocirujano (López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz, 2004; Posada G., 1958)–, como puede advertirse en las siguientes notas de evolución, extraídas de historias clínicas pertenecientes a diferentes personas:

17 de junio de 1955: Se aplicaron 12 electrochoques, con los cuales se ha obtenido gran mejoría. Pasa a observación y laborterapia (Historia clínica n.º 4995).

31 de agosto de 1955: Se encuentra despejado y tranquilo, trabajando en la manufactura de cajas de fósforos. Se le aplican 20 electrochoques (Historia clínica n.º 4992).

Entre tanto, las evoluciones registradas en las historias clínicas de un hombre y una mujer a quienes llamaremos Gonzalo y Cristina, habitantes intermitentes del Manicomio en aquella época, muestran la dinámica de remisión y alta a la que se ha hecho referencia. Gonzalo fue ingresado por primera vez en 1940, cuando tenía 15 años; durante los siguientes 17 años, vivió tres internaciones que duraron, cada una, alrededor de dos meses. En el expediente se le identificó como “agricultor” o “jornalero” y como diagnóstico de presunción, único registrado, se anotó: “*excitación maniaca en débil mental*”; el pronóstico permaneció en blanco, pero cada vez se le dio salida “*por hallarse bien*”. En el último de sus ingresos, fue remitido a laborterapia, tratamiento sobre el que no se encontraron anotaciones a pesar de que habría asistido por más de un mes; así quedó consignado:

5 de noviembre de 1957: Se remite a laborterapia para observación y proyectar salida.

14 de diciembre de 1957: Después de observación y permanencia satisfactoria en laborterapia se concede salida (Historia clínica n.º 5114).

Cristina, por su parte, estuvo internada en el Manicomio, al menos, una decena de veces, pero su historia clínica comienza solo en 1952. En octubre de ese año, cuando tenía 31 años, se declaró en el expediente que habría estado recluida en cuatro oportunidades; en 1955, se dijo que contaba ya once hospitalizaciones. Dedicada a los oficios domésticos en Medellín, en 1952 se le dio como diagnóstico de presunción “*manía intermitente*”. De acuerdo con lo que se documenta, se le trató, entre otros, con “electrocoma” (1952), “insulina fraccionada” (1954), “medicamentos” (1955/1957), “electrochoques” (1957), “lobotomía” (1958). Su primer registro de laborterapia aparece en 1955 y en los ingresos de los tres años siguientes se reportó la asistencia a ese servicio como complemento a los tratamientos químicos, físicos y el procedimiento quirúrgico a los que era sometida. Una aproximación al lugar que ocupaba la laborterapia en el curso de tratamientos puede verse en la siguiente selección de notas de evolución, consignadas entre 1956 y 1957 en el expediente de Cristina:

27 de noviembre de 1956: Se envía a laborterapia.

11 de diciembre de 1956: En buenas condiciones, se da salida por un mes.

24 de enero de 1957: Se inician electrochoques (reportes al respecto hasta el 14 de febrero).

12 de febrero de 1957: se calma.

14 de febrero de 1957: Bien en laborterapia. Observarla.

2 de marzo de 1957: Comienza a reaparecer fase maniaca [se le prescriben medicamentos].

8 de marzo de 1957: Dice que su logorrea no la puede controlar "como si tuviese una máquina por dentro". Hace esfuerzos y quiere ir a trabajar.

13 de marzo de 1957: Ha calmado y vuelve a laborterapia.

27 de marzo de 1957: Sigue en relativa calma, rinde bien en ergoterapia.

22 de abril de 1957: En buenas condiciones. Se da salida por un mes. (Historia clínica n.º 5135).

Buena parte de las anotaciones encontradas en los expedientes siguen la misma ruta, en la que rendir o trabajar bien, tener un comportamiento correcto en laborterapia/ergoterapia – tratamiento sobre el que no se ofrecen mayores explicaciones– parece ser el indicador de mejoría que precedía el alta. En este sentido, un elemento que logra percibirse es que no era ya la capacidad para trabajar en sí misma la que comprometía las posibilidades de salir de la internación, sino el rendimiento en el trabajo. Al respecto, Luis Carlos Posada manifestaba en una entrevista que eran pocos los enfermos mentales sin alguna capacidad para trabajar y que no podrían, en consecuencia, beneficiarse de la ergoterapia, así que, decía, era indicada para melancólicos y deprimidos cuyos delirios no estuvieran muy acentuados, en las excitaciones moderadas y agudas, para quienes tendían a desligarse de la realidad, en los convulsivos, aquellos con formaciones reactivas y manifestaciones delirantes, incluso para algunos dementes seniles y oligofrénicos. A lo que debía aspirarse, entonces, a través de la ergoterapia, era a aumentar progresivamente el rendimiento de cada enfermo hasta el máximo grado posible (La ergoterapia está dando resultados satisfactorios, 1956); esta pretensión llegaría a ser más clara con la organización metódica de las actividades que vendría a consolidarse en el Departamento de Ergoterapia.

En la misma entrevista, concedida por el director a la prensa el 12 de marzo de 1956, es evidente que el esfuerzo por robustecer y respaldar lo que se venía haciendo, para erigirlo como método genuinamente terapéutico y científico, ya se había emprendido. El médico-jefe del Manicomio declaraba que entendía la ergoterapia o laborterapia como una rama de la psicoterapia y un aspecto de la psiquiatría, a la que definía como sigue:

La ergoterapia, como su nombre lo indica, es el tratamiento de las enfermedades mentales por medio del trabajo, y es considerada como una de las ramas de la psicoterapia, ya que obra a través de medios psicológicos, actuando sobre la totalidad de la personalidad del paciente, lo que equivale a decir que el tratamiento obra sobre todas aquellas funciones que están asociadas para integrar la personalidad humana, y de cuya acción conjunta salen las relaciones con otras personas y objetos. (La ergoterapia está dando resultados satisfactorios, 1956, p. 4)

En consecuencia, de acuerdo con el testimonio del médico, era indicada por los tratadistas sobre la materia para algunos enfermos agudos y crónicos, pero, sobre todo, para fijar los resultados obtenidos a través de tratamientos “quimioterápicos o fisioterápicos¹⁶¹”, “psiquiátricos o neurológicos” –como pudo notarse en las historias clínicas antes reseñadas– y “estabilizar la conducta normal” de los convalecientes, así que cumplía un papel determinante en la reeducación y la readaptación social (La ergoterapia está dando resultados satisfactorios, 1956, p. 4). Esta comprensión, además de ubicar la ergoterapia en el campo de la psicoterapia –que para entonces ganaba fuerza en la psiquiatría colombiana (Roselli, 1968)– y remitir de alguna manera a aquella complementariedad entre medios físicos y morales que Juan Bautista Londoño apropiaba del alienismo en los inicios de la organización del Manicomio, hacía énfasis en el potencial adaptativo del tratamiento por medio del trabajo para restituir a los enfermos a la sociedad en calidad de trabajadores aptos, situándola en el terreno de la rehabilitación¹⁶².

Señalaba el director, adicionalmente, que para que sus beneficios fueran posibles era necesario sistematizar su aplicación, ajustándola a las características, aptitudes y necesidades de los diferentes tipos de enfermos mentales, estimulando lenta y metódicamente a algunos, intensamente a otros, graduando progresivamente el trabajo a medida que ocurría la mejoría hasta obtener “su máximo rendimiento, dentro de las capacidades de cada enfermo” (La ergoterapia está dando resultados satisfactorios, 1956, p. 4).

8.6 ENTRE ERGOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL: LA CLAVE DE LUZMILA ACOSTA RAVE

Esa aplicación metódica y sistemática de la ergoterapia, de la que empezaba a hablarse, demandaba una formación que proporcionara mayores elementos que los tenidos en cuenta hasta el momento. Refería el director:

En deseable que los estudiantes de medicina hagan especialización en este aspecto de la psiquiatría, no solamente en Colombia sino en países donde la cuestión ha tenido mucho desarrollo, y de donde podríamos traer técnicas

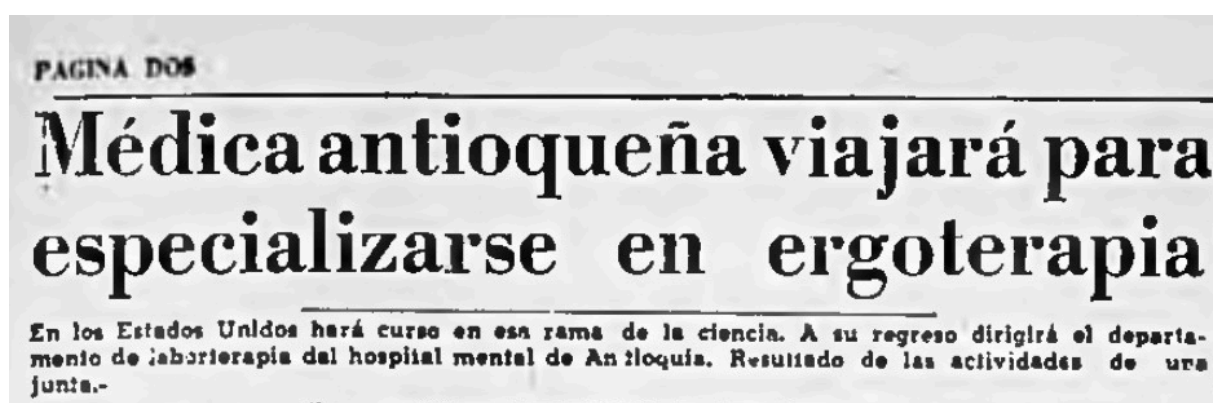
¹⁶¹ Dado que el término puede generar confusión, es necesario aclarar que se era usado por los médicos para hacer referencia al uso de agentes o medios físicos de tratamiento, diferenciados en este momento histórico de los agentes químicos, es decir, de los medicamentos. Como tratamiento fisioterápico se empleaba para entonces en el Manicomio / Hospital, principalmente, la terapia electroconvulsiva.

¹⁶² Entendida esta –desde la etimología de la palabra– en el sentido de restituir a alguien o algo a su antiguo estado, devolver a suposición original aquello que se ha desviado o devolver a lo habitual. El término fue empleado, al menos desde el siglo XIX, en contextos diversos, como el de la criminología y la medicina (Rodríguez-Gómez, 2018; Tittanegro, 2006).

nuevas para el sistema, con miras a mejorar los resultados hasta el momento adquiridos. (La ergoterapia está dando resultados satisfactorios, 1956, p. 4)

Es de suponerse que cuando Posada entregó estas declaraciones, las gestiones para lograr la capacitación de personal de la institución en ergoterapia ya estaban bastante adelantadas, pues apenas una semana después, el mismo periódico informó sobre el viaje de una médica antioqueña a Estados Unidos de América para especializarse en esa “rama de la ciencia” (Médica antioqueña viajará para especializarse en ergoterapia, 1956, p. 2) (Fotografía 29) .

Fotografía 29 – Medica antioqueña viajará para especializarse en ergoterapia.



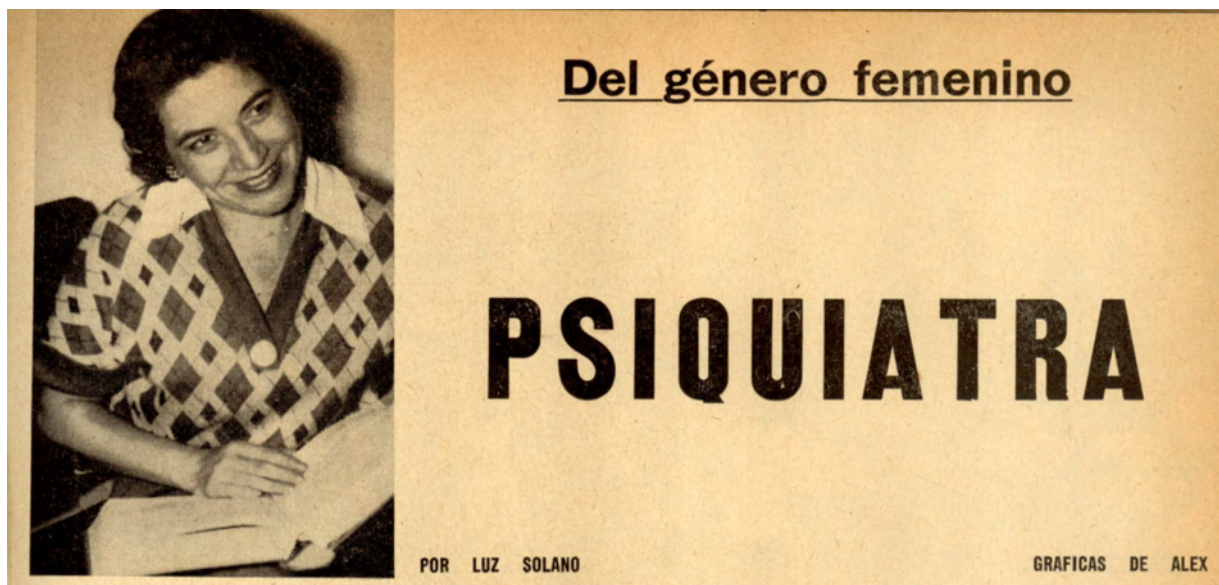
Fuente: Médica antioqueña viajará para especializarse en ergoterapia (1956, p. 2). Captura a partir del original digitalizado en el Laboratorio de Fuentes Históricas de la Universidad Nacional de Colombia – Sede Medellín. Cortesía de Alejandro Salazar.

De acuerdo con lo reseñado por el médico Alberto Morales Tobón (1958), quien trabajaba en el Manicomio, la proyección del Hospital Mental incluía, además de las obras materiales de construcción de la nueva sede, un plan para mejorar la preparación técnica del personal médico, de psicología y de enfermería, de acuerdo con el cual, dos médicos estaban realizando estudios en el país norteamericano. Tales iniciativas se habrían enmarcado en los programas de cooperación técnica con Estados Unidos de América que, como se ha mencionado, se implementaron en Colombia durante la posguerra de la Segunda Guerra Mundial; no obstante, es pertinente aclarar que las fuentes consultadas no dan cuenta de ese nexo. Según lo reportaba la prensa y las declaraciones de la mencionada médica, el viaje de estudios habría sido producto de las gestiones de la Junta Pro-Bienestar del Manicomio (Cohen, 2001; Médica antioqueña viajará para especializarse en ergoterapia, 1956; Solano, 1958).

La elegida por la Junta para especializarse en la materia fue Luzmila Acosta Rave (1928-2019) (Fotografía 30), una de las pocas mujeres que, para entonces, accedían a la carrera de Medicina

en la Universidad de Antioquia y quien se convertiría en la primera antioqueña especializada en psiquiatría de adultos (Cohen, 2001; Solano, 1958).

Fotografía 30 – Luzmila Acosta Rave, encabezando un reportaje publicado en la Revista Cromos, 1958.



Fuente: Gráficas de Alex, en un reportaje de Luz Solano (1958, p. 15). Captura a partir del original digitalizado por la Biblioteca Luis Ángel Arango, Bogotá.

En esta médica, que había obtenido su título en 1955 y trabajaba en el Manicomio hacía poco tiempo (en la Fotografía 22 puede verse a la doctora Acosta, única mujer en el equipo médico), se depositó la expectativa de adquirir los conocimientos pertinentes para estructurar y dirigir el Departamento de Ergoterapia que se instalaría posteriormente en el nuevo hospital (Médica antioqueña viajará para especializarse en ergoterapia, 1956; Solano, 1958). Con el otorgamiento de una beca en mayo de 1956, emprendió el viaje del que regresó a mediados de 1958 (Solano, 1958).

En una entrevista que le concedió a la revista Cromos tras su regreso al país, Luzmila Acosta Rave relató que había cursado sus estudios en la Universidad de Maryland, en Baltimore, inicialmente con la beca de 18 meses otorgada por la Junta, luego de los cuales permaneció ocho meses como residente en el Hospital de Baltimore (Solano, 1958). Explorando el *Bulletin of the University of Maryland School of Medicine* de los años 1956, 1957 y 1958, publicación que anualmente reportaba la composición y el funcionamiento de cada departamento o especialidad médica de esa institución, Luzmila Acosta figura como residente del

Departamento de Psiquiatría durante 1957 (University of Maryland School of Medicine, 1958) (Fotografía 31). Es claro en las fuentes consultadas que fue allí donde se formó como psiquiatra, no obstante, las informaciones sobre la capacitación relacionada con ergoterapia que recibió – principal propósito de su viaje, según reportaba la prensa– son imprecisas.

Fotografía 31 – Luzmila Acosta Rave en la Universidad de Maryland, c. 1957¹⁶³.



Fuente: Captura tomada a partir del video Luzmila Acosta, de la serie Mujeres Sin Miedo (Gobernación de Antioquia, 2014, min. 0:40).

En la entrevista, Acosta no mencionaba haber estudiado específicamente ergoterapia, terapia o terapéutica ocupacional, términos que equiparaba, aunque hacía alusión a las visitas que realizó a varios hospitales para conocer los sistemas de tratamiento que implementaban. Según decía, “en los Estados Unidos es admirable el progreso en esta nueva técnica y las curaciones logradas con ella” (Solano, 1958, p. 18). Es necesario precisar, de cualquier manera, que el reportaje no profundizaba en este asunto. Otras fuentes que han reseñado la biografía de la psiquiatra refieren que estudió laborterapia (Álvarez Echeverry, 2021), salud mental y ocupacional

¹⁶³ Esta foto se capturó de un video dedicado a la psiquiatra, que hace parte de la serie Mujeres sin Miedo, realizada por la Gobernación de Antioquia (2014). En el video no se sitúa el contexto en el que fue tomada la foto, sin embargo, fue posible ubicarla en tiempo y lugar a partir de las informaciones suministradas Luzmila Acosta a la periodista Luz Solano para el reportaje en la revista Cromos (Solano, 1958) y lo disponible en el *Bulletin of the University of Maryland School of Medicine* que documentaba las actividades de 1957 (University of Maryland School of Medicine, 1958). En la fotografía, Luzmila Acosta Rave aparece sentada en la primera fila, es la tercera persona de izquierda a derecha. Las otras dos mujeres del grupo serían las también residentes Adoración L. Tanega, filipina (sentada a la izquierda de Acosta), y Sonia Raines, estadounidense (a la derecha). Sentado a la derecha de Acosta está el entonces director del Departamento de Psiquiatría Jacob Finesinger. Los demás hombres en la foto serían otros compañeros de residencia de Acosta.

(Gobernación de Antioquia, 2014) o salud mental y terapia ocupacional¹⁶⁴ (Cohen, 2001; Giraldo Restrepo, 2007).

El Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Maryland, en ese entonces, contaba en su equipo con un terapeuta ocupacional registrado, quien además participaba en la formación en enfermería psiquiátrica; adicionalmente, en el trabajo que se realizaba con pacientes internados en el Instituto de Psiquiatría del hospital universitario, el programa de formación en psiquiatría se apoyaba fuertemente en el Departamento de Terapia Ocupacional y Terapia Recreativa, además de los de Enfermería, Servicio Social y Psicología (University of Maryland School of Medicine, 1958). Por otro lado, en Estados Unidos de América la formación y la práctica de terapia ocupacional en diferentes tipos de hospitales se había expandido considerablemente después de la Segunda Guerra Mundial, de manera que existían, cuando menos, 27 escuelas acreditadas –ninguna de ellas en la Universidad de Maryland– en las que se podía acceder a entrenamiento profesional en cursos que oscilaban entre dos y cinco años de duración (Fish, 1954). En este contexto, Luzmila Acosta Rave habría tenido una cercanía significativa con la terapia ocupacional durante su formación en ese país.

Esa proximidad puede advertirse, justamente, en la homologación entre ergoterapia y terapia ocupacional que empieza a circular en el discurso de Acosta y otros médicos del Manicomio en 1958, año en que la psiquiatra regresaba de Baltimore. Cuando Luz Solano, reportera de Cromos, le preguntó a la psiquiatra “¿Y en sí, de qué trata la Ergoterapia?”, esta fue su respuesta:

Significa “terapéutica ocupacional”, con la cual se busca a cada enfermo un oficio de acuerdo con sus aptitudes; a la vez que se le distrae y se crea un sentido de responsabilidad, se le regenera mentalmente enseñándole a ser útil y productivo. En la sección de Ergoterapia encontrará usted a hombres y mujeres trabajando en diferentes labores como en la fabricación de cajas de cartón (encargadas por Pepalfa para empacar sus artículos), tapetes de lana, confección de tabacos utilizados en el mismo sanatorio, bordados, etc., todo esto combinado con las recreaciones adecuadas como el baile, la música de cuerda, televisión, billares y ping-pong. (Solano, 1958, p. 18)

Así mismo, presentando los servicios del nuevo Hospital Mental, en el editorial de la revista Antioquia Médica de octubre – noviembre del mismo año, el médico director, Luis Carlos Posada, señalaba:

¹⁶⁴ En su libro *Colombianas en la vanguardia* (Cohen, 2001), la antropóloga Lucy Cohen refiere como fuente de esta información las entrevistas que sostuvo con Luzmila Acosta para su investigación.

[En el Hospital Mental] los cuidados médicos y psiquiátricos son permanentes; la naturaleza de las enfermedades mentales demanda constantemente atención por parte de un gran número de especialistas: Médicos, enfermeras profesionales y asistentes, etc., especialmente entrenados. La Terapia Ocupacional y recreacional son parte del tratamiento y necesitan un personal especialmente adiestrado y eficiente. (Posada G., 1958, p. 361)

Fotografía 32 – Luzmila Acosta con algunos pacientes y personal del Manicomio/Hospital en actividades en la huerta, 1958.



Fuente: Gráficas de Alex, en un reportaje de Luz Solano (1958, p. 16). Captura a partir del original digitalizado por la Biblioteca Luis Ángel Arango, Bogotá.

Tal personal, por lo que se alcanza a conocer a través de los documentos a los que se tuvo acceso, estaría encabezado por la psiquiatra Luzmila Acosta Rave. Según afirmaba la prensa, la psiquiatra asumiría la dirección del Departamento de Ergoterapia al volver al país (Médica antioqueña viajará para especializarse en ergoterapia, 1956); esto, a la luz de las fuentes consultadas, no ocurrió. Sin embargo, el involucramiento de la psiquiatra en ese servicio es evidente, tanto por su participación en la autoría del texto que lo describe (Diez E. y Acosta R., 1958) y de una ponencia titulada “Experiencias y sistemas de trabajo en ergoterapia en el

Hospital Mental de Antioquia”, que presentó junto a Augusto Diez Estrada en 1959, en Bogotá, durante la sesión dedicada a tratar el tema “estado actual de la psicoterapia” en el VI Congreso Médico Nacional (Roselli, 1968, p. 741), así como por su presencia en algunas de las fotografías que acompañan el reportaje publicado en la revista Cromos en 1958 (Fotografías 26, 28 y 32).

Fotografía 33 – Pacientes fabricando cajas de cartón. Hospital Mental de Antioquia, 1961¹⁶⁵.



Fuente: Gil Ochoa, Horacio (1961). Fondo Horacio Gil Ochoa, Biblioteca Pública Piloto / Archivo Fotográfico. Uso autorizado por la Biblioteca Pública Piloto.

Para ese año, 1958, el Departamento era dirigido, justamente, por el médico Augusto Diez Estrada¹⁶⁶, quien ocupaba además la subdirección del Manicomio (López Vélez, Rueda y

¹⁶⁵ En el Archivo Fotográfico de la Biblioteca Pública Piloto, la foto se titula Hospital Mental. En la descripción de la foto que provee el Archivo (en línea) se lee: “El Departamento de ergoterapia tenía divididos por grupos a los pacientes según sus condiciones médicas. Los pacientes que tenían buena empatía y sociabilidad, ellos eran ocupados en tareas como la fabricación de cajas de cartón. En el salón se puede ver un grupo mixto de pacientes armando un estante de cartón publicitario para Zenú, esta actividad es coordinada por la Congregación de las Hermanas de la Presentación” (Biblioteca Pública Piloto, [2021?]).

¹⁶⁶ Según lo reseñado por Roselli (1968), Augusto Diez Estrada era médico psiquiatra y trabajó en el Manicomio desde 1944, ocupó la subdirección de la institución desde 1947 y estuvo encargado de su dirección por algunos meses entre finales de 1959 e inicio de 1960. Al menos hasta finales de la década de 1960, fue médico director del Departamento de Ergoterapia, cargo que, en palabras de Roselli (1968), desempeñaba “con singular dedicación y entusiasmo” (p. 514). Hizo parte, junto con Luzmila Acosta y otros médicos del Manicomio, de la fundación de la Sociedad Antioqueña de Psiquiatría en 1958 y de la Sociedad Colombiana de Psiquiatría en 1961. Adicionalmente, elaboró varios escritos sobre historia del Manicomio, algunos de los cuales fueron publicados en la década de 1960 en un boletín del Hospital Mental de Antioquia al que, infortunadamente, no se tuvo acceso en esta investigación. El médico está presente en la Fotografía 22 y, al parecer, también en la Fotografía 33, de pie y al fondo.

Suárez Quiroz, 2004; Roselli, 1968). Según relataba Acosta, en el manejo del Departamento le acompañaba “la Hermana de la Trinidad, enfermera graduada especializada en Washington” (Solano, 1958, p. 18). Cabe recordar que, a ese punto, las Hermanas de la Presentación continuaban actuando en la institución, algunas de ellas ya tituladas como enfermeras (López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz, 2004). Las fotografías 24, 26, 32, 33, 34, 35 y 37, así como lo relatado por López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz (2004), también revelan la participación de las religiosas y de mujeres voluntarias en las actividades de esta dependencia.

8.7 VIEJOS CONOCIDOS: LOS REFERENTES IMPORTADOS

En medio del clima de renovación estimulado por la inminente apertura de la nueva sede que reemplazaría al “antiguo e inadecuado caserón” de Bermejil (Morales Tobón, 1958, p. 368), se publicó aquel número de la revista *Antioquia Médica*, centrado en el Hospital Mental de Antioquia, al que se ha venido haciendo referencia. En él se incluye el artículo titulado “Ergoterapia - Hospital Mental de Antioquia” (Diez E. y Acosta R., 1958), que dicho sea de paso, era el único de esa edición dedicado a hablar de una dependencia específica del Hospital, lo que puede entenderse como indicio de su relevancia para el momento que la institución atravesaba.

En el texto, Diez E. y Acosta R. (1958) presentaban la organización que se había dado a las iniciativas emprendidas cinco años atrás por la Junta Pro-Bienestar del Manicomio, imprimiéndole el carácter metódico y sistemático que se consideraba necesario para hacer posibles sus beneficios. Como soporte de esta composición, relacionaban en la bibliografía del texto cinco documentos:

Isidro Mas de Ayala "Tratamiento por la ocupación activa, de los enfermos mentales". "Estudio sobre los psicópatas en Alemania".

Mauricio Levin: "Psicoterapia en la práctica médica".

Hermann Simon: "Tratamiento ocupacional de los enfermos mentales".

Willard and Spackman: "Principles of occupational Terapy" [sic]. (Diez E. y Acosta R., 1958, p. 378)

Diez y Acosta (1958) no hicieron una atribución clara a las fuentes, pero es posible advertir elementos tomados, adaptados o transpuestos a partir de algunas de esas obras, principalmente de los textos de Simon (1937) y Willard y Spackman (1954). Uno de ellos se relaciona con el valor del “trabajo auténtico” como forma preferente de ocupación de los enfermos mentales en el Manicomio/Hospital, un sello importante del *Tratamiento ocupacional de los enfermos*

mentales del alemán Hermann Simon (1937), documento que, como lo han referido De Carlo y Bartolotti (2001) y Eraso (2010), se difundió extensamente en América Latina. En este sentido, expresaban Diez y Acosta (1958):

Teniendo en cuenta esta concepción sobre la ergoterapia, basados en nuestra experiencia y en el número de pacientes que han pasado por nuestros servicios de terapia ocupacional antes de ser dados de alta en el Hospital Mental, podemos afirmar que lo decisivo para la terapéutica es que la ocupación que se dé a los enfermos sea un trabajo auténtico que les permita sentirse iguales a los que se consideran como sanos, porque solamente [sic] esta clase de ocupación útil produce los efectos buscados, entre los cuales uno de los más importantes es la conservación y el fortalecimiento de la capacidad para el buen rendimiento. (Diez E. y Acosta R., 1958, p. 374)

Se adherían de esta manera a la perspectiva de Simon (1937), quien remarcaba:

En todo caso, lo decisivo para nuestra terapéutica, por lo menos para establecimientos públicos, destinados principalmente a clases trabajadoras, sigue siendo el trabajo auténtico, aun cuando sólo fuere por la importancia que tiene la conservación y fortalecimiento de la capacidad de trabajo para todos los que aspiran a ganarse su sustento. (Simon, 1937, p. 62)

Es más grave un prolongado subrendimiento, y de ahí la acción fatal de una larga estancia manicomial, de no tomar las medidas oportunas, si se orienta al enfermo a la vagancia y a matar cómodamente el tiempo (pasear y cura de reposo como “régimen sanatorial”, actividad sólo en forma de “ociosidad ocupada”). De este modo decae indefectiblemente en sus fuerzas corporales y psíquicas, y prescindiendo de las manifestaciones inmediatas de la enfermedad cerebral, pierde al fin toda posibilidad de volver a ser utilizable para los trabajos que exige la vida normal. Ahora bien, de esta inutilidad no es responsable la psicosis, sino el tratamiento. Por esto, el trabajo que se asigne al enfermo tiene que ser real y serio. Son más beneficiosas para el enfermo dos horas de trabajo auténtico, que figurar todo el día como miembro ocioso en una columna de trabajo. (Simon, 1937, p. 40)

Fotografías 34 y 35 – Actividades del Departamento de Ergoterapia. Hospital Mental de Antioquia, 1961¹⁶⁷.



Fuente: Gil Ochoa, Horacio (1961). Fondo Horacio Gil Ochoa, Biblioteca Pública Piloto / Archivo Fotográfico. Uso autorizado por la Biblioteca Pública Piloto.

¹⁶⁷ En el Archivo Fotográfico de la Biblioteca Pública Piloto, ambas fotos se titulan Hospital Mental. En la descripción que provee el Archivo (en línea) se lee, para la primera: “dentro del salón de clase se puede ver a una de las pacientes frente al tablero, realizando un ejercicio de escritura, en ella se puede leer: Bello, agosto 22 de 1961. Queridos y recordados. En los pupitres algunos de los asistentes tienen en sus manos una edición de la revista Semana. Al frente de la actividad se encuentra una religiosa”. Para la segunda: “Dentro del salón se ve el grupo de pacientes cada uno en sus pupitres, realizando la lectura de un libro, mientras que las Hermanas de la Presentación en compañía de una enfermera se encuentran supervisando la lectura de cada asistente” (Biblioteca Pública Piloto, [2021?]).

En diferentes capítulos de *Principles of Occupational Therapy* (Willard y Spackman, 1954) – otro texto citado por Diez E. y Acosta R. (1958) sobre el que volveremos más adelante –, se reconocía el trabajo como una actividad que solía ser preferente en las instituciones mentales, particularmente, en aquellas soportadas con fondos públicos (Edgerton, 1954; McNary, 1954; Wade y Franciscus, 1954). Incluso, se ponían sobre la mesa los antecedentes de abusos derivados de privilegiar sus beneficios económicos sobre los terapéuticos. No obstante, se mencionaban fórmulas propuestas por algunos psiquiatras en Estados Unidos de América para conjurar ese riesgo, combinando los beneficios psicológicos para los pacientes con las necesidades económicas de las instituciones, sin considerarlos incompatibles (Edgerton, 1954; Wade y Franciscus, 1954).

Así, se señalaba que los talleres industriales y las actividades propias del mantenimiento y el funcionamiento cotidiano del hospital proveían situaciones y actividades que podían ser utilizadas en terapia ocupacional con pacientes agudos y crónicos (Mc Nary, 1954; Edgerton, 1954; Wade y Franciscus, 1954). Wade y Franciscus (1954) referían:

El objetivo de un programa de terapia ocupacional puede ser la colocación terapéutica de pacientes en industrias hospitalarias, que incluyen todas las actividades similares a las clasificadas como oficios o industrias, como carpintería, lavandería o trabajos de mantenimiento. Un plan de actividades recreativas, creativas, artesanales y educativas es, en el mejor de los casos, algo artificial, mientras que el trabajo en una industria esencial, incluso dentro del hospital, es una situación natural. Para algunos pacientes, en ciertos intervalos de su enfermedad, no hay medio terapéutico más valioso que una asignación cuidadosamente seleccionada en un entorno industrial, donde se les pueda guiar desde una perspectiva terapéutica¹⁶⁸. (p. 90, traducción propia)

Aun así, se remarcaba la importancia de estructurar programas balanceados de trabajo y recreación para favorecer la salud de las personas, así como el potencial de las artes manuales y creativas, las actividades educativas, los pasatiempos, la literatura, la música, entre una variedad de opciones para responder a las necesidades de los pacientes y a los objetivos del tratamiento psiquiátrico prescritos por el médico durante el curso de la enfermedad mental (Edgerton, 1954; Wade y Franciscus, 1954).

¹⁶⁸ En el original: “*The aim of an occupational therapy program may be the therapeutic placement of patients in hospital industries which include all activities similar to those rated as trades or industries, such as carpentry, laundry or maintenance work. A plan of recreational, creative and manual arts and educational activity is at best somewhat artificial, while work in an essential industry, even within the hospital, is a natural type of situation. For some patients at certain intervals during their illness there is no more valuable medium of therapy than a carefully chosen assignment in an industrial environment wherein a patient may be guided from a therapeutic viewpoint*” (Wade y Franciscus, 1954, p. 90).

Sobre este asunto, el texto de Simon era enfático, subrayando la importancia de impedir a toda costa la ociosidad pues, con esta, se dejaba el espacio abierto a las manifestaciones de la enfermedad. Decía:

Una vez terminado el “trabajo”, deben impulsarse las ocupaciones que sirven de descanso, de entretenimiento y de estímulo mental. Los objetivos de la ocupación en su más amplio sentido: conservación y restablecimiento del vigor mental, habitar la actividad psíquica a transcurrir por los cauces normales, desviación del pensamiento y de la acción patológicos, sólo tiene posibilidades de éxito si en lo posible los enfermos no permanecen nunca completamente ociosos. Pues entonces se hallan abandonados sin defensa a las manifestaciones de su enfermedad y el hábito ejerce nuevamente su poder, fijando las reacciones anormales. (Simon, 1937, p. 62)

Por ello, recomendaba apelar a la creatividad para disponer toda clase de juegos, distracciones, clases escolares de materias elementales, música, gimnasia.

Fotografía 36 – El Baile, una de las principales recreaciones.



Fuente: Gráficas de Alex, en un reportaje de Luz Solano (Cromos, 15 de septiembre de 1958, p. 15). Captura a partir del original digitalizado por la Biblioteca Luis Ángel Arango, Bogotá.

La estructuración de las actividades en el Departamento de Ergoterapia del Manicomio/Hospital, en términos generales, procuraba aquel balance, de manera que incorporó las recreaciones (o terapia recreativa) y la meloterapia que la Junta Pro-Bienestar habían puesto en funcionamiento, así como secciones de alfabetización (Fotografía 34 y 35). Entre las

recreaciones se mencionaban deportes, bailes (Fotografías 36 y 41), paseos, proyecciones cinematográficas y sesiones de televisión (Diez E. y Acosta R., 1958).

Estas actividades, no obstante, apenas se mencionaban en el artículo; el énfasis estaba puesto en el trabajo auténtico. Era este el que los médicos debían prescribir, el que estaba “establecido como norma en casi todo el Hospital”, el que recogía “el espíritu de la Casa”, al que se le atribuía el potencial de mantener bajo control las más diversas sintomatologías y evitar el deterioro físico y mental, pero sobre todo, de garantizar una adaptación productiva a la sociedad, incluso si esa sociedad fuese el hospital mismo (Diez E. y Acosta R., 1958, p. 371). Con trabajo auténtico, entonces, se hacía referencia a una actividad productiva genuina, realizada en un entorno lo más fiel posible al que vivía en su cotidianidad un obrero u obrera sana de la época en los extramuros del hospital, y donde la capacidad de trabajo de cada paciente, de acuerdo con su estado mental, se empleara en la producción de bienes para el consumo dentro o fuera de la institución.

Tal vez por esta búsqueda de un entorno de trabajo auténtico, a diferencia de Simon (1937) – quien priorizaba el “trabajo al aire libre en el jardín y la huerta” (p. 33)– Diez E. y Acosta R. (1958) manifestaban que, en el Hospital Mental de Antioquia, se daba preferencia a aquel que se realizaba en los talleres ubicados fuera de los servicios psiquiátricos o, cuando esto no era posible, en los servicios cerrados¹⁶⁹; luego, al trabajo al aire libre en los huertos, los jardines y el sostenimiento de los prados; por último, a los oficios del régimen doméstico.

Para entonces, Antioquia era uno de los principales centros industriales del país, la población de Medellín y sus municipios vecinos había crecido notablemente, nutrida por obreras y obreros que trabajaban en las diferentes industrias, en algunas de las cuales, como la textil, la mayor parte de la mano de obra era femenina¹⁷⁰ (Archila Neira, 2024). El taller, entonces, sería lo más parecido a ese entorno industrial que se vivía de muros para fuera.

¹⁶⁹ Los talleres e instalaciones de ergoterapia ubicadas en los servicios cerrados se dirigían a quienes “no están en condiciones de disfrutar de este beneficio (...), a los excitados, a los agitados, a los muy agresivos, a los que tienen tendencia a la fuga y a los que tienen el carácter de delincuentes” (Diez E.; Acosta, R., 1958, p. 372).

¹⁷⁰ Refiere Archila Neira (2024) que, para 1929, en Medellín, “las mujeres eran el 72 % de la fuerza de trabajo en las industrias textiles, el 95 % en las trilladoras y el 71 % en las fábricas de tabaco” (p. 104).

Fotografías 37 y 38 – Actividades del Departamento de Ergoterapia en el taller de confección. Hospital Mental de Antioquia, 1961¹⁷¹.



Fuente: Gil Ochoa, Horacio (1961). Fondo Horacio Gil Ochoa, Biblioteca Pública Piloto / Archivo Fotográfico. Uso autorizado por la Biblioteca Pública Piloto.

¹⁷¹ En el Archivo Fotográfico de la Biblioteca Pública Piloto, ambas fotos se titulan Hospital Mental. En la descripción que provee el Archivo, para la primera se lee: “En los talleres de confección trabajaban los pacientes en capacidad de realizar tareas más complejas debido a su mejoría. Una de estas tareas era la elaboración de vestidos, allí se puede ver a varias pacientes manipulando las máquinas de coser, mientras que otras se encuentran realizando costuras manuales. La supervisión del taller es realizada por la Congregación de las Hermanas de la Caridad Dominicas de la Presentación de la Santísima Virgen”. Sobre la segunda, dice: “Una de las tareas realizadas en el por pacientes en el taller era la fabricación de tapetes, al costado derecho del salón se encuentran los puestos de trabajo que constan de una mesa con su respectiva máquina de coser marca Singer y Pfaff a la izquierda de cada puesto se encuentra la producción (Biblioteca Pública Piloto, [2021?]).

Las historias clínicas y otros documentos escritos sobre el Manicomio/Hospital no permiten identificar diferenciaciones de género en la asignación de a las personas que asistían al Departamento de Ergoterapia. Las fotografías 31, 37, 38, 39 y 40, entre tanto, revelan la feminización de los talleres de tejidos y confección –coherente con lo que ocurría en el mercado de trabajo antioqueño–, la persistencia del trabajo en la huerta como una opción reservada a los hombres, y los trabajos domésticos en la lavandería, por ejemplo, a las mujeres. Sobre este asunto, los principios de terapia ocupacional estadounidenses naturalizaban el carácter femenino o masculino de algunas actividades, un elemento para tener en cuenta en la selección terapéutica de actividades (Edgerton, 1954).

Por otro lado, resulta evidente que el trabajo auténtico era la opción de primera línea para una clase, aquella que, como lo decía Simon (1937), aspiraba a ganarse el sustento, la que frecuentaba los establecimientos públicos (Edgerton, 1954; Mc Nary, 1954; Simon, 1937; Wade y Franciscus, 1954). Aunque en el Manicomio/Hospital se mantuvieron servicios diferenciados para “enfermos de caridad” y “enfermos pensionistas” (Posada G., 1958, p. 362), en las fuentes disponibles no fue posible establecer si esta división tuvo efectos en la remisión a ergoterapia o la participación en actividades.

Ahora bien, si se trataba de trabajo autentico, bien vale preguntarse si la antigua instrucción de pagar un peculio a los enfermos trabajadores se retomó en el Departamento de Ergoterapia. El texto de Diez E. y Acosta R. (1958) no declaraba nada al respecto, solo el testimonio de un antiguo empleado, publicado 20 años después en un reportaje en el diario El Colombiano, da a entender que eso ocurrió, tal vez ya en las instalaciones del nuevo hospital:

Más de 20 años y 3 meses lleva 'José J.' trabajando en el Hospital. Le tocó vivir la época de los cultivos, epoa [sic] que terminó a finales de la década del 60. Sembraban maíz, frisoles, cebolla, plátano, coles, repollo. Y tenían marranera.

“Se trabajaba muy bueno con los pacientes. Eramos 6 empleados cada uno de nosotros al cuidado de 10 ó 12 de ellos, de 7 y media a 4 de la tarde. A los enfermos les pagaban 6 pesos al día y les gustaba. Eso era una belleza, se sacaban hasta 500 cargas de yuca”. (Restrepo Santamaría, 1978, p. 9-A)

Fotografía 39 – Pacientes trabajando en la lavandería. Hospital Mental de Antioquia, 1961.



Fuente: Gil Ochoa, Horacio (1961). Fondo Horacio Gil Ochoa, Biblioteca Pública Piloto / Archivo Fotográfico. Uso autorizado por la Biblioteca Pública Piloto.

Volviendo al libro *Principles of Occupational Therapy*, este había sido editado por Helen Willard y Clare Spackman, terapeutas ocupacionales que dirigían la Escuela de Terapia Ocupacional de Filadelfia en la Universidad de Pensilvania, Estados Unidos de América. Para entonces, el libro contaba con dos ediciones, la primera de 1947, la segunda publicada en 1954. Aunque en la bibliografía de Diez E. y Acosta R. (1958) no se especifica la edición que consultaron, la similitud con algunos apartados de la segunda edición permite pensar que fue esta, más aun teniendo en cuenta que, en su prefacio, las editoras aseguraban que el capítulo relativo al tratamiento del enfermo mental había sido reescrito, para lo cual la autora original, Beatrice Wade¹⁷², había contado con la colaboración de Marie Louise Franciscus¹⁷³, ambas, terapeutas ocupacionales (Willard y Spackman, 1954). Por otra parte, teniendo en cuenta la

¹⁷² Terapeuta ocupacional registrada en la American Occupational Therapy Association, quien ejercía como directora del Departamento de Terapia Ocupacional de la Escuela de Medicina de la Universidad de Illinois, en Chicago, Estados Unidos de América (Willard y Spackman, 1954).

¹⁷³ Terapeuta ocupacional registrada en la American Occupational Therapy Association, era directora de los cursos de entrenamiento en terapia ocupacional en la Universidad de Columbia, en Nueva York, Estados Unidos de América (Willard y Spackman, 1954).

época en la que Luzmila Acosta permaneció en el país norteamericano, es factible que haya tenido acceso a esa edición recientemente publicada.

En el prefacio de la primera edición, incluido también en la segunda, las editoras de *Principles of Occupational Therapy* declaraban que el libro había sido preparado como un texto básico para orientar sobre los principios de la profesión a doctores, enfermeras, trabajadoras sociales y terapeutas ocupacionales (Willard y Spackman, 1954). Tal vez bajo esa consideración, Diez E. y Acosta R. (1958) tomaban elementos de lo que allí se delineaba sobre tratamiento de los enfermos mentales para estructurar el Departamento de Ergoterapia del Manicomio/Hospital y optaban por usar los términos ergoterapia y terapia ocupacional como sinónimos. Esta referencia es una muestra elocuente de la apropiación de elementos de la terapia ocupacional estadounidense en el Departamento de Ergoterapia del Manicomio/Hospital Mental de Antioquia, que puede atribuirse a la formación de Luzmila Acosta Rave en Estados Unidos de América.

Por otra parte, aunque no se tuvo acceso al texto del estadounidense Maurice Levin sobre psicoterapia, publicado en su versión en español en 1951, algunas de las citas relacionadas con el asunto en el artículo de Diez E. y Acosta R. (1958) se atribuirían a esa fuente; de acuerdo con Knobel (1984), en dicha obra, el psiquiatra habría hecho extensas consideraciones respecto al uso de actividades educativas y de otra naturaleza como herramientas terapéuticas en psicoterapia. Aun así, cabe mencionar que en el libro editado por Willard y Spackman (1954), la terapia ocupacional se insinúa como una forma de psicoterapia (Mac Nary, 1954) o se describe como auxiliar en los procesos de psicoterapia, actuando como terapia indirecta de sublimación que ayudaría a manejar y corregir las manifestaciones de un desorden mental (Wade y Franciscus, 1954). No debe ignorarse, adicionalmente, que durante la formación de Luzmila Acosta Rave en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Maryland, se daba en esa escuela una especial importancia a la psicoterapia, al punto que se le consideraba, en algunos casos, como tratamiento de elección (University of Maryland School of Medicine, 1958).

En cualquier caso, Wade y Franciscus (1954) enfatizaban en la conducción de la psicoterapia como facultad exclusiva del psiquiatra y en el lugar del terapeuta ocupacional como auxiliar del trabajo del psicoterapeuta en ese proceso. En consecuencia, se le atribuían importantes responsabilidades como observador, escucha, seleccionador y administrador de las actividades,

siempre en estrecha relación con el médico, bajo su supervisión y dirección, especialmente tratándose de psicoterapia basada en una aproximación psicoanalítica.

Teniendo en cuenta las delimitaciones que los párrafos anteriores sugieren, vale la pena traer un extracto del mismo libro para intentar aproximarnos a la terapia ocupacional que Diez E. y Acosta R. (1958) emplearon como referente:

En resumen, la terapia ocupacional es cualquier actividad, mental o física, prescrita y guiada para facilitar la recuperación de una enfermedad o lesión. (...) Esta forma de tratamiento es un programa bajo prescripción médica en el que el paciente participa en actividades seleccionadas para beneficiar su propia condición física, mental o emocional. Debe estar bajo la guía de una persona cualificada para administrar la prescripción.

Terapia significa tratamiento; terapia ocupacional es tratamiento por medio de ocupar a una persona con actividades diseñadas para ayudarle a resolver sus problemas específicos. Dado que el médico es la autoridad reconocida en el cuidado de la enfermedad o la discapacidad, todos los esfuerzos conexos, para que se consideren terapia, deben estar bajo su dirección.

(...) Una actividad terapéutica debe mantenerse dentro del rango para el cual fue planificada. Debe ser dirigida por una persona capacitada para comprender los problemas médicos y humanos involucrados, así como para dar instrucciones sobre los detalles de la ejecución. Cualquier actividad realizada sin un propósito médico no constituye terapia ocupacional. El trabajo intenso y la simple recreación tienen su lugar, pero no constituyen terapia ocupacional¹⁷⁴ (McNary, 1954, p. 11, traducción propia).

Diez E. y Acosta R. (1958) no abordan en su artículo el tema del personal auxiliar en el Departamento de Ergoterapia, tampoco hay evidencia de que se adelantaran acciones para el entrenamiento de las religiosas, las voluntarias, las enfermeras y otras personas que prestaban sus servicios en el Departamento, más allá de la formación profesional de enfermeras que, como se ha mencionado, ya se venía adelantando y pudo haber abarcado contenidos relacionados. Con todo, no puede descartarse que esa capacitación haya ocurrido. Entre tanto, el manejo del Departamento de Ergoterapia –contrario a lo que se documentaba que ocurría en Estados Unidos de América con los departamentos o servicios de terapia ocupacional en los hospitales psiquiátricos, dirigidos por terapeutas ocupacionales (Wade y Franciscus, 1954)– continuó

¹⁷⁴ En el original: “Briefly defined, occupational therapy is any activity, mental or physical, prescribed and guided to aid recovery from disease or injury. (...) This form of treatment is a program under medical prescription wherein the patient participates in selected activities to benefit his own physical, mental or emotional condition. It must be under the guidance of one who is qualified to administer the prescription.

Therapy means treatment; occupational therapy is treatment by means of occupying a person with activities devised to help him work out his special problems. Since the physician is the recognized authority in the care of illness or disability, all allied efforts, in order to qualify as therapy, must be under his direction.

A therapeutic activity must be kept within the range for which it was planned. It must be directed by one trained to understand the medical and the human problems involved as well as to give directions for the detail of the performance. Any activity entered into without medical purpose is not occupational therapy. Busy work and simple recreation have their places but they are not occupational therapy” (McNary, 1954, p. 11).

estando en cabeza del psiquiatra Augusto Diez Estrada, al menos, hasta finales de la década de 1960 (López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz, 2004; Roselli, 1968).

Por último, aunque no se tuvo acceso a los documentos de autoría de Isidro Mas de Ayala referidos por Diez y Acosta (1958), cabe mencionar que este psiquiatra uruguayo, director de la Colonia Etchepare alrededor de 1937, en Uruguay, tuvo un particular interés en la terapéutica por el trabajo, el modelo de colonias agrícolas para alienados y la asistencia familiar, los cuales se implementaron en Etchepare (Arduino y Ginés, 2002; Más de Ayala, 1934). En ninguno de los textos que conformaron el número de Antioquia Médica se aludía a tales alternativas de tratamiento, no obstante, los médicos Héctor Ortega Arbeláez y Alberto Morales Tobón¹⁷⁵, citados por Roselli (1968), sugerían que en las enormes instalaciones del Hospital Mental de Antioquia se dispondría una colonia a la que serían remitidos aquellos pacientes que, después de dos años de permanencia en la institución, se consideraran sin posibilidades de recuperación. La colonia no habría llegado a realizarse, si bien el Hospital disponía de una sección de “crónicos” donde permanecían pacientes así considerados. Dicha sección continuó funcionando en Bermejil hasta 1961, cuando se puso en funcionamiento el pabellón de crónicos y se concluyó el traslado a las nuevas instalaciones (López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz, 2004).

Entre tanto, el trabajo en casas de familia o de empleados de la institución, aquello que de alguna manera se asemejaba a la asistencia familiar inspirada en la Colonia de Gheel –que visitó y describió con admiración Isidro Mas de Ayala (1934) y que también Simon (1937) recomendaba en su libro como momento previo a la reintegración a la sociedad, en vía de prueba–, fue una alternativa adoptada en el Manicomio, cuando menos, desde 1956. Así lo muestran las siguientes anotaciones, tomadas de la historia clínica de Ramón, un agricultor de 34 años que se encontraría recluido en el Manicomio, en la oportunidad a la que se hace referencia, desde inicio de 1956. Se le había diagnosticado “*psicosis maniaco depresiva*”. Se registró en su expediente:

06 de enero de 1956: Ha desaparecido toda sintomatología. Se concede salida diaria para ir a trabajar con un empleado. Se aprovechará la ocasión para hacerle observar por dicho empleado.

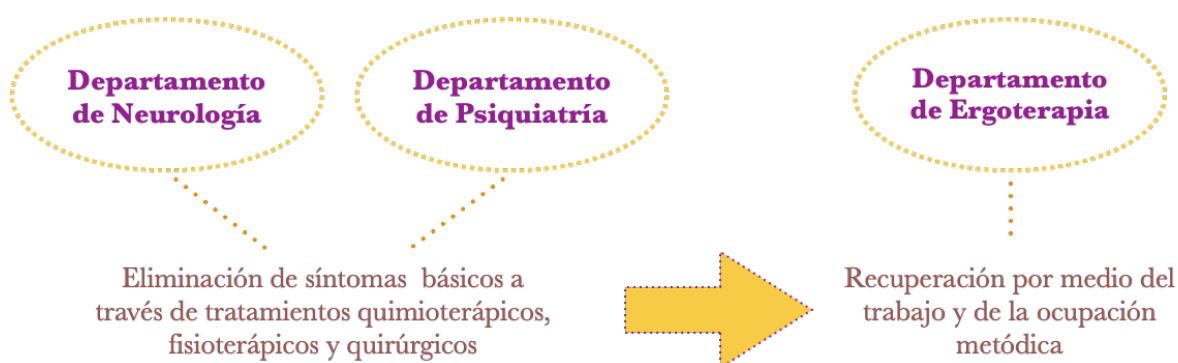
26 de noviembre de 1956: En todo este tiempo ha trabajado en laborterapia, así como en casa de algunos empleados y ha observado un comportamiento normal. Se concede salida (Historia clínica n.º 5536).

¹⁷⁵ Se trataba del trabajo “Asistencia psiquiátrica en Antioquia”, presentada por estos dos médicos en el VI Congreso Médico Nacional realizado en Bogotá, en 1959 (Roselli, 1968).

8.8 UN SERVICIO CONFORMADO POR SECCIONES; UN SISTEMA DE TRATAMIENTO, ESTUDIO Y REHABILITACIÓN, UNA UNIDAD QUE PRESTA SERVICIOS DE TERAPIA OCUPACIONAL

En su artículo, Diez E. y Acosta R. (1958) partían de comprender el Departamento de Ergoterapia como un eslabón en la cadena de tratamientos de la institución, al cual los pacientes eran remitidos desde los departamentos de Psiquiatría y Neurología, tras aplicarles los tratamientos quimioterápicos, fisioterápicos y quirúrgicos dirigidos a eliminar los síntomas básicos de la enfermedad mental. Como se pretende ilustrar en el Gráfico 4, el Departamento de Ergoterapia se presentaba como una unidad autónoma, relacionada de manera no jerárquica con esas otras dos dependencias orientadas al tratamiento.

Gráfico 4 – Departamento de Ergoterapia en la cadena de tratamientos del Manicomio/Hospital.

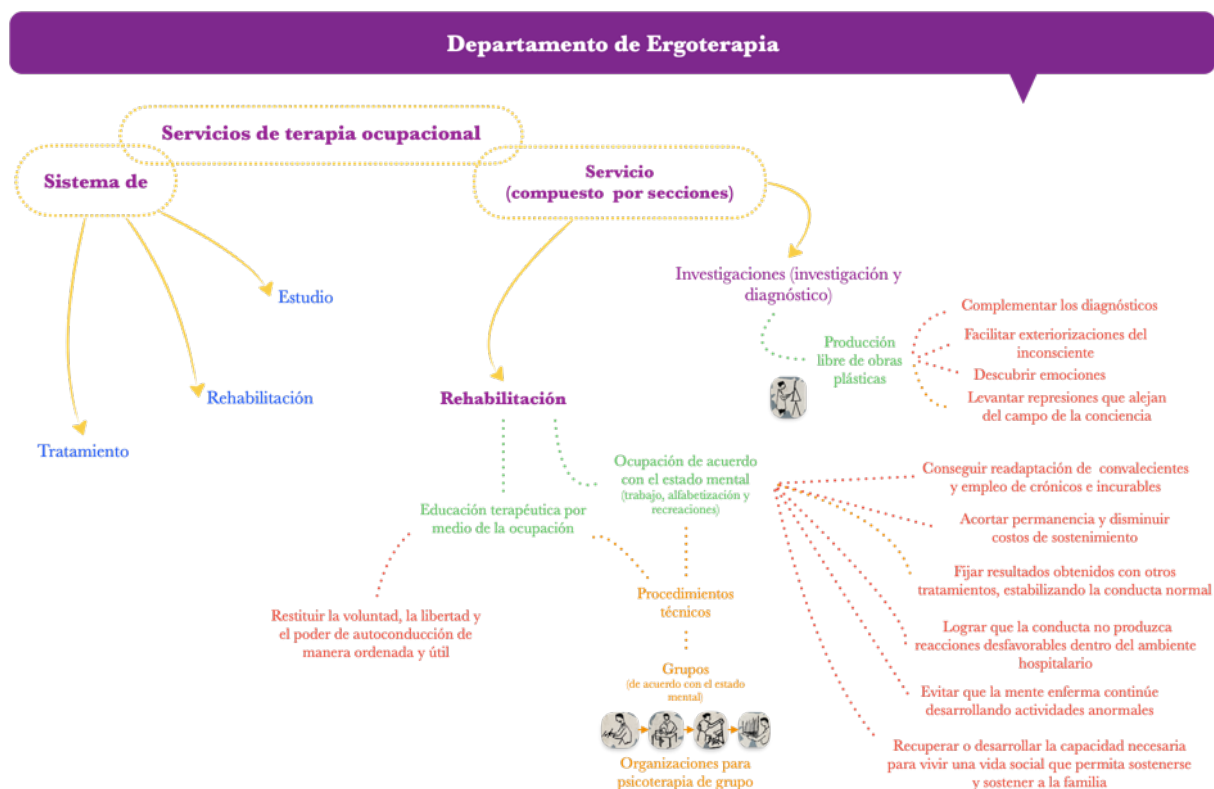


Fuente: elaboración propia a partir de Diez E. y Acosta R. (1958).

El Departamento era definido como un servicio conformado por secciones; como un sistema de tratamiento, de estudio y de rehabilitación, a su vez, como una unidad en la que se prestaban servicios de terapia ocupacional, donde se conseguía “la recuperación de los pacientes por medio del trabajo y de la ocupación metódica” (Diez E. y Acosta R., 1958, p. 370). La estructura de funcionamiento del Departamento de Ergoterapia, como es presentada en el artículo, se resume en el Gráfico 5.

Las dos secciones que conformaban el Departamento se denominaban: “investigación y diagnóstico” y “rehabilitación” (Diez E. y Acosta R., 1958, p. 372). El texto permite diferenciar los fines que se perseguían en cada una de ellas (identificados en rojo en el Gráfico 5), así como los medios que se utilizaban para alcanzarlos (en verde en el mismo gráfico).

Gráfico 5 – Estructura, medios y fines del Departamento de Ergoterapia.



Fuente: elaboración propia a partir de Diez E. y Acosta R. (1958).

Así, se explicaba que la sección de investigación y diagnóstico, también denominada “de investigaciones”, funcionaba como un laboratorio en el que se observaba y estudiaba a los pacientes a través de las actividades que realizaban, siendo estas, la producción libre de obras plásticas. Diez y Acosta adoptaban una perspectiva psicodinámica para fundamentar lo que se llevaba a cabo en esta sección; referían:

Admitida como está hoy la existencia del inconsciente y aceptada la presencia de situaciones traumáticas que dejan emociones inmovilizadas y perturbadoras de la conducta de los seres humanos, es apenas lo natural que esos desperfectos en el funcionamiento del psiquismo se exterioricen a través de las realizaciones personales. (Diez E. y Acosta R., 1958, p. 372)

A partir de allí, señalaban que, con estas actividades, se buscaba “burlar la resistencia del inconsciente” y exteriorizar los “estados afectivos retenidos” y las “ideas anormales”, de manera que el psiquiatra o “psicoterapeuta” seleccionaba y estudiaba las realizaciones de los pacientes con miras a descubrir el origen de ideas, rasgos y estados considerados patológicos, así como identificar formas expresivas que contribuyeran a establecer el diagnóstico en aquellos casos en los que esto resultaba difícil (Diez E. y Acosta R., 1958, p. 372-373).

La sección de rehabilitación, entre tanto, buscaba la readaptación de los enfermos convalecientes y el empleo de los crónicos e incurables, lo que implicaba “hacer que todos los enfermos, en la medida de sus posibilidades, recuperen o desarrollen la capacidad necesaria para vivir una vida social que les permita sostenerse y sostener a sus familias” (Diez E. y Acosta R., 1958, p. 373). De esta manera, la sección hacía énfasis en el restablecimiento de la capacidad productiva y de las relaciones interpersonales. En este sentido, se afirmaba:

El fin primordial de la terapia ocupacional utilizada como tratamiento en los alienados, es ayudar al establecimiento y propender por la conservación de las relaciones interpersonales satisfactorias, que le permitan al sujeto hacer una adaptación social productiva y que al mismo tiempo le traigan la felicidad que da el tranquilo contacto con sus semejantes¹⁷⁶. (Diez E. y Acosta R., 1958, p. 370-371)

Para ello, se recurría a “ocupar a los enfermos”, pero a través de “procedimientos técnicos”, pues, se aseguraba, “el trabajo ejecutado sin los requisitos necesarios es una ocupación o quizá una diversión, pero nunca puede considerarse como un efectivo tratamiento” (Diez E. y Acosta R., 1958, p. 374). Tales procedimientos consistieron, básicamente, en seleccionar y graduar actividades de acuerdo con el estado mental y las capacidades para trabajar de los enfermos, de manera que aceptaran progresivamente el trabajo y fueran avanzando hacia demandas de mayor complejidad y con mayor rendimiento. Este fue otro elemento que Diez E. y Acosta R. (1958) apropiaron para el Manicomio/Hospital a partir los principios de la terapia ocupacional estadounidense editados por Willard y Spackman (1954) y el tratamiento ocupacional de Simon (1937).

Para gestionar la gradación se adoptó un sistema de cuatro grupos a través de los cuales los enfermos eran promovidos, según el progreso que mostraban, de un grupo al siguiente, siempre que esto fuera posible. Este esquema que, se decía, obedecía a la manera clásica de distribución de los pacientes (Diez E. y Acosta R., 1958), emulaba la propuesta de Hermann Simon (1937), tal vez una de sus ideas más difundidas. En la Tabla 2 se resumen las características del estado mental de los enfermos y las actividades que se realizaban con cada grupo.

¹⁷⁶ Este extracto, aunque no se cita textualmente, se basa parcialmente en un apartado de *Principals of Occupational Therapy* (Willard; Spackman, 1954). La traducción puede distorsionar el sentido de la idea original, lo que pudo haber sido o no intencional. Se trae el original: “*The over-all guiding principle in the direction of the occupational therapy program should be related to this concept— the aiding in the establishment or the re-establishment of satisfactory and satisfying interpersonal relationships*” (Preston, 1942, *apud* Wade y Franciscus, 1954, p. 77).

Tabla 2 - Organización de grupos de pacientes, de acuerdo con su estado mental, en el Departamento de Ergoterapia

Grupos	Características de los pacientes	Actividades
Primer grupo	Con ataques muy agudos cuya intensidad no ha sido posible dominar con los tratamientos generales, que presentan una gran inhibición y una intensa obtusión [sic] en las esferas mentales. Enfermos crónicos muy deteriorados. Oligofrénicos.	Trabajos en los que solo funcionan determinados grupos musculares de una manera monótona y estereotipada, haciendo las cosas casi siempre por imitación, como: - Separar granos y materiales de diversos colores. - Trabajar con plastilina. - Doblar cajas exteriores y de fósforos. - Pegar rastrillos. - Motilar trenza de cabuya. - Recortar y observar revistas. - Transportar objetos de una parte a otra.
Segundo grupo	Han remitido parcialmente en su sintomatología y comienzan a recuperar sus facultades y capacidades para la ejecución de trabajos un poco más complicados.	Trabajos un poco más complicados como: - Quitar maleza - Recoger abonos - Abrir zanjias - Mantener cercas - Pegar bolsas de papel - Engomar cajas de fósforos - Doblar cajas para empaques - Escoger mimbres y cabuya - Doblar tabaco - Machacar trenza para tapetes - Trabajos sencillos de lavadero - Hacer limpiezas en general
Tercer grupo	Han hecho una remisión franca de la sintomatología, que ya están en condiciones de desarrollar una buena empatía y una sociabilidad que les permita adaptarse a una comunidad y mantenerse en contacto armónico con ella.	- Cultivar plantas débiles y legumbres - Cuidar los establos - Asear el ganado - Tejer en telar bipedal - Fabricar cajas de cartón para empaque - Hacer cuadros de cabuya para tapetes - Envolver hilos - Moldear - Trabajos manuales variados
Cuarto grupo	Por su gran mejoría, están en condiciones de salir del Hospital.	Se establece un lazo de unión entre el enfermo y la sociedad normal mediante: - Trabajar en las huertas - Cultivar árboles - Mejorar los campos del nuevo Hospital Mental - Trabajar en tejidos de mano y tejidos en general - Confeccionar vestidos - Cuidar la biblioteca - Fabricar tapetes, tapices y limpiapiés - Bordar a máquina y a mano - Modelar - Trabajar en pintura

Fuente: Elaboración propia con textos tomados de Diez E. y Acosta R. (1958, p. 374-375).

Fotografía 40 – Pacientes trabajando en la lavandería. Hospital Mental de Antioquia, 1961¹⁷⁷.



Fuente: Gil Ochoa, Horacio (1961). Fondo Horacio Gil Ochoa, Biblioteca Pública Piloto / Archivo Fotográfico. Uso autorizado por la Biblioteca Pública Piloto.

Estos grupos, declaraban Diez E. y Acosta R. (1958), funcionaban a su vez como agrupaciones para psicoterapia de grupo, lo cual se basaba en las siguientes consideraciones:

Las diversas agrupaciones que integran nuestro Departamento de Ergoterapia funcionan como organizaciones para psicoterapia de grupo y las aprovechamos para hacer la educación terapéutica por medio de la ocupación, ya que en el manejo moderno de los enfermos mentales ambas son inseparables, se complementan y se sostienen mutuamente. Es más, puede decirse que la ocupación es solo una parte de la acción educativa porque en definitiva "toda sicoterapia no es otra cosa que una educación hecha con el objeto de restituir a los enfermos la voluntad, la libertad y el poder de autoconducción de manera ordenada y útil"¹⁷⁸. (Diez E.; Acosta R., 1958, p. 374)

¹⁷⁷ En el Archivo Fotográfico de la Biblioteca Pública Piloto, la foto se titula Hospital Mental. En la descripción que provee el Archivo, se lee: "Uno de los grupos estaba formado por pacientes en los que los tratamientos habían surtido poco efecto, pero permitiendo la recuperación de sus facultades y capacidades, a estos se les encargaban tareas sencillas de limpieza general. La lavandería era uno de estos espacios, allí hacían parte no solo del lavado de las ropas del Hospital, en el costado izquierdo se encuentran las pacientes realizando tareas de planchado a vapor de la ropa y en el derecho realizando el alisado de lencería como sábanas y manteles con la máquina de planchado industrial calentada por cilindros" (Biblioteca Pública Piloto, [2021?]).

¹⁷⁸ El entrecomillado proviene del original, aunque Diez y Acosta no citaban la fuente. La cita era tomada de Simon (1937, p. 30).

De esta forma, la noción de tratamiento que se pretendía abarcar con el uso metódico de la ocupación en el Departamento de Ergoterapia combinaba psicoterapia, educación y rehabilitación, con miras a recuperar la capacidad de los enfermos para funcionar en la sociedad, tanto en sus relaciones con los otros como en su potencial como trabajadores en el mercado de trabajo.

En las historias clínicas, esta innovación en la organización de la ergoterapia se reflejó, apenas, en un registro somero y poco frecuente del grupo en el cual la persona era ubicada, los días que asistía y la calidad del trabajo que realizaba, como se puede ver en las anotaciones a continuación:

31 de octubre de 1958: Ergoterapia sección 1 - grupo 4 trabajó bien...
(Historia clínica n.º 5.136).

Julio de 1958: Laborterapia: #10 Trabajó bien el día 6, no trabajó los días 7-9 - 10 - 11- 12 - 16 - 17- 18. Mal 2 - 3 - 4. Los demás días no salió a trabajar
(Historia clínica n.º 7941).

La primera corresponde a Magnolia, una mujer dedicada a los oficios domésticos que desde 1940, cuando tenía 14 años, frecuentaba el Manicomio y a quien se le asignaron diversos diagnósticos durante los más de 20 años en que fue atendida en la institución. La segunda nota de evolución es extraída de la historia clínica de Josué, un agricultor que llegó por primera vez al Manicomio en 1946, cuando tenía 46 años; vivió múltiples internaciones y fue paciente del Hospital, al menos, hasta 1971; no se registró un diagnóstico.

Lejos se estaba de las prescripciones específicas por parte del médico y el registro de evolución detallado que Wade y Franciscus (1954) recomendaban y consideraban fundamental para el tratamiento. Para 1961, por lo que pudo observarse, se introdujo un formato denominado “Record de tratamiento diario”, en el que se registraba esa misma información y se daba un espacio para las “observaciones del terapeuta” (ver una recreación en el Anexo 4), donde se reportaban algunos detalles sobre el interés por el trabajo, el rendimiento, el comportamiento durante las sesiones y la relación con otras personas durante la realización de las actividades. Estas fichas, no obstante, se encontraron solamente en cinco de las historias clínicas de la muestra revisada.

8.9 ¿LABORTERAPIA, ERGOTERAPIA O TERAPIA OCUPACIONAL?

En el contexto antes descrito, no deja de ser llamativo el juego de palabras que introduce cierta ambigüedad en la delimitación de aquello a lo que se estaba haciendo referencia, asimismo, el hecho de optar por denominar al naciente departamento *ergoterapia*, no *laborterapia*, como era más común, o *terapia ocupacional*, como podría esperarse de la experiencia de Acosta en Estados Unidos de América. Con los elementos disponibles, sería aventurado hacer cualquier afirmación sobre las razones que llevaron a esa decisión, pero pueden formularse, a manera de hipótesis, algunas vías de comprensión.

La palabra *labor*, como explica Raymond Williams (2007), se asociaba desde el siglo XV con el trabajo de la tierra y, en el sentido común, se empleaba para denotar “otros tipos de trabajo manual y cualquier especie de esfuerzo penoso”¹⁷⁹ (p. 245, traducción propia). En cualquier caso, enseña Williams (2007), la palabra se usaba para referirse a un trabajo duro, que requería esfuerzo, como en aquella forma de referirse a la labor de parto. En el terreno que nos ocupa, Pinel y otros tratadistas del alienismo que abordaron el tratamiento moral, al recomendar el trabajo como tratamiento de la locura, privilegiaban las labores del campo, como labrar la tierra, incluso, el “trabajo penoso”, es decir, aquel que implicara un esfuerzo considerable, así como el trabajo manual (Dagonet, 1894; Esquirol, 1838/1845; Falret, 2016a; b; Pinel, 1804). Cobra sentido aquella forma habitual de referirse al tratamiento por el trabajo: *laborterapia*, que se empleaba a finales del siglo XIX y en la primera mitad del siglo XX en diferentes países de América Latina, donde apenas se ingresaba a la industrialización y con una vocación aun agrícola; como se ha mostrado, en el Manicomio antioqueño también era la palabra predominante antes de la creación del Departamento de Ergoterapia.

No obstante, siguiendo a Williams (2007), con el desarrollo de las relaciones productivas capitalistas, la palabra *trabajo* desplazó de cierta manera a *labor*, refiriéndose especialmente al empleo remunerado. En el ámbito del Manicomio/Hospital, donde el trabajo auténtico –el más parecido al desempeñado por una persona sana en un territorio ya sumergido en la producción industrial capitalista– alcanzó ese lugar de actividad preferente para el tratamiento de los enfermos mentales, podría entenderse que se haya dado ese desplazamiento del término

¹⁷⁹ En el original en portugués: “*Outros tipos de trabalho manual e a qualquer especie de esforço penoso*” (Williams, 2007, p. 245).

laborterapia al de *ergoterapia* (del griego ἔργον *érgon*: trabajo), y que se le haya preferido por encima de terapia ocupacional.

Entonces, ¿por qué no llamarlo, simplemente, *tratamiento por el trabajo*? Para aproximar una respuesta, el mismo Hermann Simon (1937) puede darnos algunas pistas. Sostenía:

Hasta ahora hemos hablado siempre de ocupación sólo en el sentido de trabajo real y utilizable. Quizás sería más justo utilizar por principio sólo la palabra trabajo. Por consideraciones tácticas, para evitar el descrédito de nuestras orientaciones, incluso en gente incomprensiva, he evitado en lo posible la ominosa palabra. Contra el concepto de “trabajo” muchos sectores de nuestro pueblo adoptan una actitud hostil. [...] El establecimiento para enfermos nerviosos representa para la mayoría un lugar de reposo, donde se permanece en cama, se pasea y, cuando más, se toman baños; pero en donde de ninguna manera se trabaja. [...]. Aunque en este aspecto va difundándose la noción exacta de los hechos, entre tanto es recomendable, para que se desarrolle pacíficamente el tratamiento de nuestros enfermos, no hablar demasiado del trabajo. Mucha gente que no tiene nada que objetar a la “ocupación” de los enfermos mentales, no aceptaría con igual facilidad la palabra “trabajo”. (Simon, 1937, p. 61-62)

Es cierto que el trabajo era, como aún lo es, uno de los principales valores del pueblo antioqueño (Archila Neira, 2024), pero de cualquier manera, tratándose de una institución mental cuyo prestigio estaba apenas reconstruyéndose, bien pudo tratarse de una opción táctica, como lo sugería Simon (1937). La palabra *ergoterapia* podría no ser tan cruda, tan directa, a su vez, revestir la acepción técnica que se buscaba en el posicionamiento del Hospital Mental y de la psiquiatría misma. Al respecto, el psiquiatra William Rush Dunton, siendo presidente de la Sociedad Nacional y de la Sociedad de Maryland para la Promoción de la Terapia Ocupacional en Estados Unidos de América, declaraba en 1919:

Se enfatiza que cualquier cosa que desvíe al paciente del pensamiento malsano debe clasificarse como ocupación. Se le dan varios nombres, como ocupación, diversión, ocupación de diversión, diversión ocupacional, ocupación y diversión, empleo, cura de trabajo, terapia ocupacional y *ergoterapia* (ἔργον = trabajo; *θεραπεία* = terapia). Este último es probablemente el mejor, y ciertamente el término más científico, pero aún su uso no se ha generalizado lo suficiente, y el término más simple, ocupación, probablemente se usará durante algún tiempo¹⁸⁰. (Dunton, 1919, p. 43, traducción propia)

¹⁸⁰ En el original: “It is emphasized that anything that diverts the patient from unhealthy thought is to be classed as occupation. Various names are given, such as occupation, diversion, diversional occupation, occupational diversion, occupation and amusement, employment, work cure, occupational therapy, and *ergotherapy* (ἔργον = work; *θεραπεία* = therapy). The last is probably the best, and certainly the most scientific term, but as yet has not come into sufficiently general use, and the more simple term occupation will probably be used for some time” (Dunton, 1919, p. 43).

Como se ha visto, tras la crisis del Manicomio, la introducción de la laborterapia/ergoterapia/terapia ocupacional y sus publicitados resultados y efectividad generaron admiración, así como grandes expectativas y entusiasmo respecto a las posibilidades del nuevo hospital, tornándose un elemento clave de legitimación de la institución mental y del saber médico-psiquiátrico en la administración del problema social que, casi ochenta años después de la creación de la Casa de Locos, seguía representando la locura en Antioquia. No resulta gratuito, entonces, que Diez y Acosta cerraran su artículo retomando aquellas declaraciones que el director le había entregado a la prensa dos años atrás, con las cuales se insistía en el importante servicio que prestaba la ergoterapia a la imagen de las instituciones mentales; un servicio que, para una institución que renacía sobre la impronta de un pasado vergonzoso, resultaba invaluable:

Ella [la ergoterapia] modifica también la presentación de los HOSPITALES MENTALES¹⁸¹ quitándoles el aspecto de horror y de misterio que injustificadamente suele dárseles; ella les cambia la organización de lugares estáticos para imprimirles el ritmo dinámico que nace del laboreo diario acelerando y afianzando la curación o evitando que se agrave el mal que padecen los enfermos y ella [sic] les presta un buen servicio a las entidades asistenciales de esta índole, acortando el tiempo de permanencia y disminuyendo el costo de sostenimiento por enfermo con la fabricación de algunos de los implementos que son necesarios [sic] para su buena tendencia (Diez E. y Acosta R., 1958, p. 377-378).

Todo esto ocurría en la coyuntura del tránsito entre una institución y otra, del paulatino desplazamiento del poder de las comunidades religiosas en la administración de los hospitales, de la profesionalización de la enfermería, el trabajo social, del establecimiento de la psiquiatría como especialidad médica en el país y sus disputas con la psicología y el hacer de las congregaciones religiosas con los enfermos mentales alrededor del país¹⁸². No estaba de menos justificar y validar la enorme inversión en el soberbio hospital que se levantaba en las montañas antioqueñas.

Con este plano de fondo, Luzmila Acosta, recién llegada después de especializarse y conocer la terapia ocupacional que se practicaba en Estados Unidos de América, junto a Augusto Diez, habrían optado por apropiar los conocimientos que tuvieron a su disposición para dar estructura y fundamentación al Departamento de Ergoterapia del Manicomio/Hospital Mental de Antioquia, manteniéndose con esta denominación el dominio de la psiquiatría sobre ese territorio. Con ello se habría postergado la introducción de la terapia ocupacional, una nueva

¹⁸¹ La mayúscula sostenida se toma del original.

¹⁸² El relato de Roselli (1968) amplía algunas de estas disputas, en el caso de la psicología, por ejemplo, sobre el saber de la psicoterapia; con los Hermanos de San Juan de Dios, respecto a la atención de las personas con enfermedad mental.

profesión que se expandía tras la Segunda Guerra Mundial, pero aparentemente desconocida en Colombia y que, hasta donde nos ha contado la historia oficial, habría llegado pocos años más tarde a Bogotá, no por la vía de la atención en salud mental, sino de la rehabilitación física.

La denominación del Departamento se mantuvo hasta entrada la década de 1970, cuando, según documentan López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz (2004), se habría dado una reorganización administrativa que dividió el servicio de ergoterapia en dos: terapia ocupacional y capacitación recreativa. Para entonces, ya se habían abierto tres programas de formación en terapia ocupacional en Colombia, todos en Bogotá (García Ruiz, Cruz Perdomo, Duarte Cuervo y Fernández Moreno, 2022). En esa misma década, por lo que documenta la misma fuente, habrían entrado a trabajar al Hospital Mental las primeras terapeutas ocupacionales (López Vélez, Rueda y Suárez Quiroz, 2004).

Fotografía 41 – Actividad de baile en uno de los patios del nuevo Hospital Mental de Antioquia¹⁸³.



Fuente: Gil Ochoa, Horacio (1961). Fondo Horacio Gil Ochoa, Biblioteca Pública Piloto / Archivo Fotográfico. Uso autorizado por la Biblioteca Pública Piloto.

¹⁸³ En el Archivo Fotográfico de la Biblioteca Pública Piloto, la foto se titula Hospital Mental. En la descripción que provee el Archivo, se lee: “En miras de la reintegración del paciente a la vida social, se puede apreciar una actividad realizada en uno de los patios del hospital, en la cual los pacientes y empleados se encuentran compartiendo una pieza de baile” (Biblioteca Pública Piloto, [2021?]).

9 PARA CERRAR... Y CONTINUAR

Esta investigación siguió los rastros del trabajo y otras formas de ocupación de las personas que fueron internadas en el Manicomio Departamental de Antioquia entre 1888 y 1958. El inicio del periodo se ubica en el contexto de la creación del Manicomio, cuando la Academia de Medicina de Medellín recomendó disponer condiciones de medio adecuadas para el tratamiento, lo cual incluía espacios e instalaciones para la ocupación de los pacientes. Se cierra en 1958, en el ámbito de la transición entre Manicomio y Hospital Mental, cuando se conformó el Departamento de Ergoterapia, adoptando elementos de la terapia ocupacional estadounidense. Se identificaron tres periodos, a los que se denominó: en condiciones de medio adecuadas... talleres, huertas y lugares de recreo en la creación del Manicomio (1888-1904); ocupación para los enajenados tranquilos (1904-1948), y llegada de la ergoterapia/terapia ocupacional (1948-1958).

En el primer periodo, la ocupación de los enajenados apenas se insinúa como parte del tratamiento que ocurrirá por vía del secuestro en un asilo convenientemente diseñado y construido. En el segundo, se instituye la ocupación de los enajenados tranquilos, que abrió la puerta al trabajo de las personas internadas en el Manicomio; este se movió entre gran remedio de la locura, medio moral de tratamiento, auxilio en el sostenimiento de la institución y forma de vida en el confinamiento. En el tercer periodo, la ocupación de los pacientes se configura como método sistemático de tratamiento psiquiátrico y psicoterápico al que se denomina laborterapia, ergoterapia, terapia o terapéutica ocupacional; su efectividad se condiciona a una aplicación metódica bajo dirección médica y con él se aspira a restablecer la capacidad productiva y las relaciones interpersonales, así como al autosostenimiento de la institución.

Ocupar a quienes entraban en la categoría de locos es una práctica que, en Antioquia, fue posible por cuenta del arreglo social que entregó a la caridad cristiana y a la medicina el manejo del problema social que representaba la locura. Apartar a esas personas para proteger a la sociedad y preservar el orden se acostumbraba ya por herencia colonial, pero destinar para ellas un lugar de confinamiento específico, como correspondía a las nacientes ciudades que se deseaban modernas, supuso colocarlas bajo el doble estatuto de enfermo mental y pobre merecedor de ayuda al que correspondía el manejo diferenciado que esas dos instancias podían proveer.

En el periodo que abarca este relato, medicina mental y caridad o beneficencia constantemente se entrecruzan en el telón de fondo, intentando encarar la doble demanda que enfrentó el

Manicomio durante su existencia: curar las enfermedades mentales y proveer asistencia a las personas cuyas vidas eran allí colocadas. Involucrar a esas personas en ocupaciones osciló en ambas direcciones, entre medio terapéutico y de asistencia social, entendida esta última en su sentido básico de albergarlas y protegerlas, como se estimó necesario en 1915 con la primera reglamentación, pero que para finales de 1940 incluyó, además, el desafío de reintegrarlas a la sociedad.

El saber médico psiquiátrico, exiguo en Antioquia cuando se creaba el Manicomio y en lento y difícil proceso de legitimación durante la primera mitad del siglo XX, transitó en el periodo estudiado entre el referente francés y el estadounidense. Primero, apropió elementos del alienismo y el tratamiento moral y fue incorporando terapias biológicas y somáticas que se desarrollaban en Europa, especialmente por la vía de la medicina francesa. El referente francés se fue desplazando hacia Estados Unidos de América por cuenta de las relaciones comerciales y las dinámicas geopolíticas, determinando la transformación de la formación médica y de la asistencia psiquiátrica que marcaron el tránsito entre la desaparición del Manicomio y la emergencia del Hospital Mental de Antioquia.

Esos referentes fueron fundamentales para construir y soportar los discursos en torno al valor del trabajo y las ocupaciones en el tratamiento de los alienados, así como las formas en las que debían administrarse para garantizar sus efectos. Primero, para justificar el aislamiento en un medio adecuado, en las propuestas de creación de una colonia o granja agrícola para alienados en Antioquia y en la organización del tratamiento cuando el Manicomio se puso definitivamente bajo la tutela médica; luego, para respaldar el trabajo auténtico y metódicamente organizado y administrado como opciones terapéuticas preferentes en el Departamento de Ergoterapia. Tratamiento moral y ergoterapia/terapia ocupacional ingresaron por la vía de la importación y la apropiación de esos referentes.

En la conformación del Manicomio y de otras instituciones de beneficencia, en su dirección y funcionamiento fue determinante una clase dominante principalmente masculina, con acceso al conocimiento científico y a las instancias de poder político, incluidas las sociedades caritativas. Las mujeres desempeñaron funciones clave en el manejo del Manicomio, aunque circunscritas a los roles de cuidado socialmente asignados; la administración de la institución, por ejemplo, pero limitada a la economía doméstica y a la atención directa de los enfermos. Las Hermanas de la Caridad, por la jerarquía que su condición revestía, accedieron a un poder y un reconocimiento que, de otra manera, estaba reservado a los hombres. Otras mujeres fuera de los

hábitos lograron cierta influencia y visibilidad por cuenta de su posición de clase y por la vía de la acción caritativa. En manos de mujeres, principalmente, tanto en la ocupación de los enajenados tranquilos como en el arribo de la ergoterapia, estuvo la responsabilidad de administrar y supervisar las ocupaciones de los enfermos, una labor siempre supeditada a las órdenes médicas.

Las relaciones de clase también se reflejan en lo que ocurría en la cotidianidad del Manicomio con las personas internadas, se zanjaron distancias entre quienes tenían y no capacidad de pago y, al menos durante los primeros años, eso habría influido en las ocupaciones que les fueron dadas y permitidas. Durante la ocupación de los enajenados tranquilos, el trabajo fue planteado como contraprestación por los cuidados que recibían aquellos que no pagaban pensión.

En esta dirección, en lo que respecta a la preferencia por ciertas ocupaciones para los enfermos, si bien se tuvieron en cuenta las recomendaciones tradicionales del tratamiento moral sobre los beneficios del trabajo del campo y manual, prevalecieron razones prácticas que garantizaban el sostenimiento y el funcionamiento cotidiano de la institución. Luego, en la organización metódica del trabajo en el Departamento de Ergoterapia, se adoptó en los talleres la producción industrial, semejando las líneas de producción fordista que dominaban de muros para fuera en Medellín y Antioquia, lo que se fundamentó en las ventajas que representaba proporcionar a los enfermos un trabajo auténtico para la recuperación y la reinserción a la sociedad como obreros útiles.

El trabajo tuvo, desde la ocupación de los enajenados tranquilos, un lugar preferente como modo de ocupación, y aunque se dio espacio a las actividades recreativas y las distracciones por su poder para alejar las manifestaciones de la enfermedad mental y traer algo de reposo y alegría en el encierro, estas fueron secundarias y buscaron evitar la ociosidad en los tiempos libres de trabajo. Estas actividades movieron además el espíritu compasivo muros afuera y contribuyeron a proyectar una imagen menos opaca y negativa del Manicomio. La ocupación de las personas internadas, particularmente en la transición entre el Manicomio y el Hospital Mental, fue un elemento clave para la legitimación de la institución y del saber médico psiquiátrico en el tratamiento de la enfermedad mental.

También en las ocupaciones que fue dado realizar a las personas internas en el Manicomio hubo claras diferencias basadas en el género. Las labores domésticas y manuales, al interior de la casa, fueron encomendadas principalmente a las mujeres, mientras las tareas agrícolas y al aire

libre se reservaron a los hombres, dándoles mayores chances de mantenerse en contacto con el exterior y de gozar de menor vigilancia y control. Con la industrialización y el ingreso de las mujeres al mercado de trabajo en calidad de obreras, más fuerte en Antioquia que en otras regiones del país, se diversificaron las ocupaciones que se les destinaban, pero se mantuvo su adscripción a las tareas domésticas, así como la división entre exterior e interior para unos y otras.

Aún sobre el género, la escasez de voces femeninas en las fuentes me impactó, pero también logró incomodarme la manera como se reduce la participación de las mujeres en el manejo del Manicomio a cuestiones de religiosidad, caridad o abnegación, incluso en algunos estudios históricos. Las Hermanas de la Caridad, a todas luces, tenían un saber sobre el cuidado de los enfermos en general y de los enfermos mentales que ha sido escasamente abordado, cuando no invisibilizado. En este sentido, considero que la investigación sobre este tema es fundamental y que vale la pena enfrentarnos a las dificultades que puede significar acceder y analizar las fuentes que nos pueden hablar sobre él. Beatriz Castro Carvajal (2014) ha señalado el papel de las congregaciones religiosas femeninas, particularmente las Hermanas de la Caridad Dominicanas de la Presentación, en la profesionalización de la enfermería, el trabajo social, la nutrición y la dietética; cabría indagar sobre los hilos que pueden trazarse con la conformación de la terapia ocupacional.

Pero los vacíos sobre la participación femenina en la configuración de lo que hoy llamamos terapia ocupacional no se limitan a las congregaciones religiosas, se extienden al trabajo de otras mujeres, como aquellas que conformaron la Junta Pro-bienestar del Manicomio, las damas voluntarias que dirigían y acompañaban los talleres y actividades del Departamento de Ergoterapia, la misma Luzmila Acosta Rave. Todas esas ausencias son llamados a seguir investigando.

De tal forma que en los estudios sobre las historias de la terapia ocupacional, el camino sigue siendo largo. Este trabajo reitera la necesidad de abordar las historias locales y de reconocer la diversidad de caminos de la profesión en Colombia, de ahondar en la complejidad de su configuración.

Finalmente, en Colombia nos hemos detenido poco en reflexiones alrededor de las palabras, los términos y los conceptos que usamos, este trabajo me llevo repetidamente a entrar en problemas con las palabras, pero también, a pensar en ellas. La palabra *ocupación* a la que nos aferramos

y que pareciésemos empeñadas en llenar de contenido, aparece aquí en su sentido elemental; pensarla históricamente nos cuestiona sobre su real alcance, pero sobre todo, sobre su capacidad para contener la finalidad de nuestras acciones profesionales, aquello que sostendría nuestra participación en la sociedad y que, como emerge frecuentemente en nuestras conversaciones, nos es tan difícil asir.

REFERENCIAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLÍN. Manicomio Departamental. **Anales de la Academia de Medicina de Medellín**, v. 8, n. 6 y 7, p. 205-206, 1897.

AGÜEROS, N.; ERASO, Y. Saber psiquiátrico e institución manicomial. Hacia una comprensión de las estrategias de "moralización" en el Asilo Colonia de Oliva (Córdoba, 1914-1934). **Cuadernos de Historia. Serie Economía y Sociedad**, n. 2, p. 7-26, 1999.

ÁLVAREZ ECHEVERRY, T. Enciclopedia inacabada. Facultad de Medicina 1871-2021. Medellín: Universidad de Antioquia, 2021.

AMAYA QUINTERO, I. M. **Conformación del campo social de la rehabilitación en Colombia durante la primera mitad del siglo XX: ocupación humana como dispositivo de gobierno y control social**. Orientador: CRUZ VELANDIA, I. 2022. Tesis (Maestría en Ciencias de la Rehabilitación) - Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario.

AMADOR, C. **Aprobación gastos Casa de Enajenados**. Destinatario: ZEA, L. M. (Jefe Municipal del Distrito). Estado Soberano de Antioquia, Medellín, 1883, 2 de julio.

ANGEL, M. D. R. Historia, filosofía y políticas de la FEES como entidad formado de recurso humano en Terapia Ocupacional. **Revista Ocupación Humana**, v. 4, n. 1, p. 35-40, 1991.

ANGULO, M. E. Evolución y cambios en la estructura curricular. **Revista Ocupación Humana**, v. 4, n. 1, p. 41-42, 1991.

ANKELE, M. The patient's view of work therapy: the mental hospital Hamburg-Langenhorn during the Weimar Republic. In: ERNST, W. (Ed.). **Work, psychiatry and society, c. 1750–2015**. Manchester: Manchester University Press, 2016. p. 238-261.

ANTIOQUIA, Asamblea Departamental. Ordenanza 24 del 27 de julio de 1888. **Anales de la Academia de Medicina de Medellín**, n.º 6 y 7. Medellín: 212-213 p. 1888.

ANTIOQUIA, Asamblea Departamental. Ordenanza 8ª (de 20 de junio de 1904) sobre Manicomio Departamental. **Ordenanzas expedidas por la Asamblea en sus sesiones ordinarias de 1904**: Medellín, Antioquia, p. 20-22, 1 de julio 1904.

ANTIOQUIA, Asamblea Departamental. Ordenanza N.º 10 (de 31 de marzo de 1913), sobre creación de una Junta Central de Higiene. **Imprenta Oficial**, Medellín, 31 de marzo de 1913, pp. 16-18.

ANTIOQUIA, Asamblea Departamental. Ordenanza N.º 25 de 1914 (13 de abril). **Imprenta Oficial**, Medellín, pp. 4.

ANTIOQUIA, Asamblea Departamental. Ordenanza 51 de 1915. **Imprenta Oficial**, Medellín, pp. 4-6.

ANTIOQUIA, Gobernador del Departamento. Decreto 379 de 1922, por el cual se reglamenta la Ordenanza número 16 de 1922, sobre Manicomio. **Memoria que presenta el Secretario de**

Gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador de Antioquia al reunirse la Asamblea de 1923: Medellín, p. 130-132, 1923.

ARANGO GAVIRIA, L. G. **Mujer, religión e industria: Fabricato 1923-1982.** Medellín: Universidad de Antioquia/Universidad Externado de Colombia, 1991.

ARCHILA NEIRA, M. **Cultura e identidad obrera en Colombia: 1910-1945.** 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Bogotá: CINEP, 2024.

ARDUINO, M; GINÉS, A. Noventa años de la Colonia Etchepare. **Revista de Psiquiatría del Uruguay**, v. 66, n. 2, p. 119-128, 2002. Disponible en: https://web.archive.org/web/20170414164139/http://www.mednet.org.uy/~spu/revista/dic2002/03_col_etchepare.pdf. Acceso en: 1 jun. 2025.

ARRUDA, E. **Terapêutica ocupacional psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Brasil, 1962.

ASILO. *In*: Diccionario de la Lengua Española. 23. ed. Madrid: Real Academia Española. 2024.

BARRIENTOS, A. **Correspondencia general de Medellín.** Destinatário: JEFE MUNICIPAL DEL DISTRITO. Medellín, Estado Soberano de Antioquia, 1885, 26 de agosto.

BARRIOS LÓPEZ, M.; MÁRQUEZ VALDERRAMA, J. ¿ Medicalizar al delincuente o hacer del loco un criminal?: Prácticas de alienismo y medicina legal en Colombia a comienzos del siglo XX. **Salud colectiva**, v. 15, p. e1965, 2019. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2019.1965> Acceso en: 22 abr. 2024.

BARROS, D. D.; GHIRARDI, M. I. G.; LOPES, R. E. Terapia ocupacional social. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 13, n. 3, p. 95-103, 2002.

BERNAL, P. A. **Manicomio. Informe del síndico.** Informe que el Secretario de Gobierno del Departamento de Antioquia presenta al Sr. Gobernador con motivo de la reunión de la Asamblea de 1912. Medellín: Imprenta oficial: 93-95 p. 1911, 14 de diciembre.

BERNAL, J. Características de la primera generación de obreras antioqueñas. *In*: **Historia y Cultura Obrera.** Medellín: Escuela Nacional Sindical, 1988, p. 3-22.

BERRIO, P. J. Decreto 447 de 1915. Por el cual se reglamentan las ordenanzas 25 de 1914 y la 51 de 1915. **Recopilación de las Ordenanzas, Decreto y Reglamento, etc., referentes al Manicomio Departamental.** Medellín: Imprenta oficial, 7-9 p. 1915, 11 de septiembre.

BERRÍO, P. J.; PÉREZ, F. D. P.; ARANGO, F.; MEJÍA, B. *et al.* Reglamento del Manicomio. **Recopilación de las Ordenanzas, Decreto y Reglamento, etc., referentes al Manicomio Departamental.** Medellín: Imprenta Oficial, 12-28 p. 1915, 4 de noviembre.

BIBLIOTECA PÚBLICA PILOTO. **Archivo fotográfico.** [2021?]. Medellín: Biblioteca Pública Piloto para América Latina.

BIDEGAIN, A. M. El debate religioso en torno al establecimiento de la Constitución de 1886. **Texto y contexto**, n. 10, p. 169-174, 1987.

- BOTERO, S. La reforma constitucional de 1936, el Estado y las políticas sociales en Colombia. **Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura**, n. 33, p. 85-109, 2006.
- BOTERO HERRERA, F. La sociedad San Vicente de Paúl de Medellín y el mal perfume de la política, 1882-1914. **Historia y sociedad**, n. 2, p. 39-74, 1995.
- CALDERÓN, L. F.; JIMÉNEZ LÓPEZ, M. Necesidad de escuelas nacionales de enfermeras y comadronas. *In*: Segundo Congreso Médico de Colombia. Reunido en Medellín del 19 al 26 de enero de 1913, 1917, Medellín. **Tomo III**. Medellín: Imprenta Tipográfica Salesiana, p. 114-118.
- CAPONI, S. Para una genealogía de la anormalidad: la teoría de la degeneración de Morel. **Scientiæ studia**, 7, n. 3, p. 425-445, 2009.
- CASAS ORREGO, Á. L. Desplazamiento y aislamiento. Alienados mentales en la ciudad de Medellín. 1878-1930. **Asclepio**, v. 60, n. 2, p. 119-142, 2008.
- CASTAÑEDA MONTOYA, M; PEREZ PELÁEZ, L. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia: sesenta años marcando trayectorias en la formación profesional. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 28, n. 2, p. 275-281, 2010.
- CASTAÑO GONZÁLEZ, E. Del trabajo productivo y motivado al imperativo psicológico del descanso: Medellín, 1928-1975. **Historia Crítica**, n. 83, p. 57-76, 2022. DOI: <https://doi.org/10.7440/historit83.2022.03>.
- CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CASTEL, R. **Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado**. Buenos Aires: Paidós, 1997.
- CASTRO CARVAJAL, B. Inicio y consolidación de la ayuda domiciliaria en Colombia. **Sociedad y Economía**, n. 10, p. 7-45. 2006.
- CASTRO CARVAJAL, B. **Caridad y beneficencia, el tratamiento de la pobreza en Colombia 1870-1930**. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2007. 9587102029.
- CASTRO CARVAJAL, B. Los inicios de la asistencia social en Colombia. **Revista CS**, n. 1, p. 157-188, 2008. DOI: <https://doi.org/10.18046/recs.i1.405>
- CASTRO CARVAJAL, B. **La relación entre la Iglesia católica y el Estado colombiano en la asistencia social: c. 1870-1960**. Cali: Universidad del Valle, 2014. 9587654609.
- CASTRO HERNÁNDEZ, M. P. **Beneficencia en Medellín, 1880-1930**. Orientador: LONDOÑO, P. 1994. Trabajo de grado (Historiadora) – Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Antioquia, Medellín.
- CHANEY, S. Useful members of society or motiveless malingerers?: Occupation and malingering in British asylum psychiatry, 1870–1914. *In*: ERNST, W. (Ed.). **Work, psychiatry and society, c. 1750–2015**. Manchester: Manchester University Press, 2016. p. 277-297.

COHEN, L. M. **Colombianas en la vanguardia**. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2001.

COLOMBIA, Congreso. Ley 33 de 1913 (octubre 18). Por la cual se organiza la higiene nacional pública y privada. **Diario Oficial 15029**, pp. 1.

COLOMBIA, Congreso. Acto Legislativo 1 del 5 de agosto de 1936. Reformatorio de la Constitución. **Diario Oficial. 23263**, pp. 5.

COLOMBIA, Congreso. Ley 90 de 1946 (diciembre 26). Por la cual se establece el seguro social obligatorio y se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales. **Diario Oficial 23112**, pp. 1.

COMISIÓN DE LA VERDAD. **No Matarás. Relato histórico del conflicto armado interno en Colombia**. Bogotá: Comisión de la Verdad, 2022.

Congreso Médico. Sesión del día 24, las 2 P.M. **El Sol**, Medellín, Año IV- Serie XXX, n. 485, 1913, 28 de enero 1913. pp. 2.

CONRAD, P. Medicalization and social control. **Annual review of Sociology**, 18, n. 1, p. 209-232, 1992.

CONSEGLIERI, A. La introducción de nuevas medidas terapéuticas: entre la laborterapia y el electroshock en el Manicomio de Santa Isabel. **Frenia**, v. 8, n. 1, p. 131-160, 2008.

CÓRDOBA, C. E. **Comentarios a la estadística manicomial del departamento de Antioquia**. 1937. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía) - Facultad de Medicina y Ciencias Naturales, Universidad de Antioquia, Medellín.

CORPORACIÓN MUNICIPAL. Acuerdo N° 10. Por el cual se reglamenta la Casa de Enajenados del Distrito. Medellín, Estado Soberano de Antioquia, f. 19-22, 15 de mayo 1883.

Crédito. **El Colombiano**, Medellín, 1916, 15 de septiembre 1916.

CRUZ, J.; DUARTE, C.; GARCÍA, S.; FERNÁNDEZ, A. Historias de Terapias Ocupacionales en Colombia. *In: 1° Encuentro de Terapias Ocupacionales Desde el Sur. Experiencias latinoamericanas*, 2018, Santiago de Chile. Universidad de Santiago de Chile.

CRUZ RODRÍGUEZ, E. La nación en Colombia del Radicalismo a la Regeneración (1863-1889): Una interpretación política. **Pensamiento Jurídico**, n. 28, p. 69-104, 2010.

Cuatro tocadiscos para el Manicomio. **El Colombiano**, Medellín, 1954, 2 de agosto 1954, p. 2.

CUNHA, M. C. P. **O espelho do mundo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

CUERVO MÁRQUEZ, L. Palabras de clausura del segundo Congreso Nacional de Medicina. *In: Segundo Congreso Médico de Colombia. Reunido en Medellín del 19 al 26 de enero de 1913, 1917, Medellín. Tomo III*. Medellín: Imprenta Tipográfica Salesiana, p. 214-217.

DAGONET, H. **Traité des maladies mentales**. Paris: J.-B. Baillière et fils, 1894.

DE CARLO, M. D. P.; BARTOLOTTI, C. C. Caminhos da terapia ocupacional. *In*: DE CARLO, M. D. P. e BARTOLOTTI, C. C. (Ed.). **Terapia ocupacional no Brasil. Fundamentos e perspectivas**. Brasil: Plexus, 2001. cap. 1, p. 19-40.

DE LAS HERAS HERRERO, B. Testimoniando con imágenes: la fotografía en el estudio de la Historia. **Fotocinema: revista científica de cine y fotografía**, n. 10, p. 27-55, 2015.

DE LOS RIOS, A. Un siglo de psiquiatría en Antioquia 1878-1908. COMITÉ DE HISTORIA DE LA MEDICINA, Facultad de Medicina. Medellín: Universidad de Antioquia, 106 p. 1980.

Departamento para maquina cinematográfica. **El Colombiano**, Medellín, 1918, 19 de abril 1918.

DÍEZ ESTRADA, A. Historia Temprana del Manicomio Departamental de Antioquia. **Revista Colombiana de Psiquiatría**, v. 7, n. 2, p. 125-132, 1978.

DÍEZ, A.; ACOSTA, L. Ergoterapia. Hospital Mental de Antioquia. **Antioquia Médica**, 8, n. 9 y 10, p. 370-378, 1958.

Donaciones. **El Colombiano**, Medellín, 1915, 18 de noviembre. 1915

Donaciones para maquina cinematográfica. **El Colombiano**, Medellín, 1916, 27 de octubre 1916

DUARTE CUERVO, C.; CRUZ PERDOMO, J.; GARCÍA RUIZ, S.; FERNÁNDEZ MORENO, A. Tu historia es nuestra historia. *In*: GUAJARDO, A.; MALFITANO, A. P. S., *et al* (Ed.). **Historiografías en terapia ocupacional desde América del Sur**. Santiago de Chile: Editorial USACH, 2024. p. 127-155. (Colección FACIMED).

DUARTE-CUERVO, C.; FERNÁNDEZ-MORENO, A.; CRUZ-PERDOMO, J.; GARCÍA-RUIZ, S. Precursores de la Terapia Ocupacional en Colombia: sujetos, instituciones, oficios. **Revista Ocupación Humana**, v. 16, n. 2, p. 93-109, 2016.

DUARTE CUERVO, C.; LOPES, R. E. Trabajo y otras actividades en instituciones mentales: una aproximación historiográfica. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, 32, p. e3905, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO400939053>. Acceso en: 4 ag. 2025.

DUARTE SALGADO, I.; SUÁREZ ORTIZ, G. Causas comunes: un esfuerzo feminista por pensar las escritoras colombianas del IV Congreso Internacional femenino (1930). **Revista Disertaciones**, v. 13, n. 1, p. 157-177, 2024. DOI: <https://doi.org/10.33975/disuq.vol13n1.1334>. Acceso en: 4 ag. 2025.

DUNTON, W. R. **Reconstruction therapy**. Philadelphia and London: W.B. Saunders Company Collection, 1919.

E.; J. En el Manicomio. **Sábado**. Medellín. Primer año, n. 11, 118-119 p. 1921.

EDGERTON, W. M. Activities in occupational therapy. *In*: WILLARD, H. S.; SPACKMAN, C. (eds.). **Principles of Occupational Therapy. Second Edition**. Philadelphia: J. B. Lippincott company, 1954. p. 43-60.

El Congreso Médico. Su intalacion [instalación]. Discursos. **El Sol**, Medellín, Año IV, n. 478, 1913, 20 de enero. El Congreso Médico.

El Manicomio. **El Colombiano**, Medellín, 1948, p. 1, 12, 17 de noviembre 1948.

Entrega discoteca para el Manicomio. **El Colombiano**, Medellín, 1954, 3 de agosto 1954.

ERASO, Y. El trabajo desde la perspectiva psiquiátrica. Entre el tratamiento moral y el problema de la cronicidad en el manicomio de Oliva de Córdoba en las primeras décadas del siglo XX. **Cuadernos de historia. Serie Economía y sociedad**, n. 5, p. 33-63, 2002a.

ERASO, Y. "El trabajo es salud". Algunas consideraciones sobre el trabajo como terapéutica en los enfermos mentales en la Argentina de principios del siglo XX. **História Unisinos**, v. 6, n. 5, p. 59-88, 2002b.

ERASO, Y. A burden to the state: the reception of the German 'Active Therapy' in an Argentinian colony-asylum in the 1920s and 1930s. *In*: ERNST, W. e MÜELLER, T. (Ed.). **Transnational psychiatries: social and cultural histories of psychiatry in comparative perspective, c. 1800-2000**. Newcastel upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing, 2010. p. 51-79.

ERHARD SCHIÈBLE, G. Antiguo Virreinato de la Nueva Granada, Hoy Estados Unidos de Colombia y República del Ecuador. Colección Cartografía Histórica. Biblioteca Virtual Colombiana: Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia, 1883.

ERNST, W. Introduction: therapy and empowerment, coercion and punishment. Historical and contemporary perspectives on work, psychiatry and society. *In*: **Work, psychiatry and society, c. 1750–2015**. Manchester: Manchester University Press, 2016a. p. 1-30.

ERNST, W. Useful both to the patients as well as to the State': Patient work in colonial mental hospitals in South Asia, c. 1818–1948. *In*: ERNST, W. (Ed.). **Work, psychiatry and society, c. 1750–2015**. Manchester: Manchester University Press, 2016b. p. 117-141.

ERNST, W. **Work, psychiatry and society, c. 1750–2015**. Manchester: Manchester University Press, 2016c. 1526109263.

ERNST, W. The role of work in psychiatry: Historical reflections. **Indian Journal of Psychiatry**, v. 60, n. Suppl 2, p. S248, 2018.

ERNST, W.; MUELLER, T. **Transnational psychiatries: social and cultural histories of psychiatry in comparative perspective c. 1800-2000**. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing, 2010. 1443822418.

ESQUIROL, J. E. D.; HUNT, E. K. **Mental maladies. A treatise on insanity**. Tradução HUNK, E. K. Philadelphia: Lea and Blanchard, 1845 [1838].

ESQUIROL, J.-É. D. **Tratado completo de las enagenaciones mentales, consideradas bajo su aspecto médico, higiénico y médico-legal.** Tradução DE MONASTERIO Y CORREA, R. Valladolid: Editorial Maxtor, 2011 [1847].

FALRET, J.-P. **Las enfermedades mentales y los asilos para alienados. Lecciones clínicas y consideraciones generales.** Tomo I. Tradução PEIRÓ, A. Buenos Aires: Polemos, [1864] 2016a. 987649080X.

FALRET, J.-P. **Las enfermedades mentales y los asilos para alienados. Lecciones clínicas y consideraciones generales.** Tomo II. Tradução PEIRÓ, A. Buenos Aires: Polemos, [1864] 2016b. 987649080X.

FISH, M. Educational aims in occupational therapy. *In*: WILLARD, H. S.; SPACKMAN, C. (eds.). **Principles of Occupational Therapy. Second Edition.** Philadelphia: J. B. Lippincott company, 1954. p. 24-42.

FOUCAULT, M. **Historia da loucura na idade clássica.** Tradução NETTO, J. O. T. C. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica: uma arqueologia do olhar médico.** Rio de Janeiro: Forense, 1979.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Tradução MACHADO, R. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984a.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir.** Petrópolis: Vozes, 1984b.

FRANCO SALAZAR, L. La locura que habita en la Biblioteca de Aranjuez. **El Colombiano**, Medellín, 2022. Cultura. Disponible en: <https://www.elcolombiano.com/cultura/la-locura-que-habita-en-la-biblioteca-de-aranjuez-IC17733092>. Acceso en: 4 abr. 2024.

FRANKLIN, C. F. M. “Juquery—lugar fora do mundo”: uma análise narratológica sobre as memórias da loucura. **Revista Alterjor**, v. 28, n. 2, p. 69-98, 2023.

FREEBODY, J. The role of work in late eighteenth-and early nineteenth-century treatises on moral treatment in France, Tuscany and Britain. *In*: ERNST, W. (Ed.). **Work, psychiatry and society, c. 1750–2015.** Manchester: Manchester University Press, 2016. p. 31-54.

FREEBODY, J. **Work and Occupation in French and English Mental Hospitals, C. 1918-1939.** Suíza: Springer Nature, 2023.

FOUREZ, G. **A construção das ciências: introdução à filosofia e à ética das ciências.** Tradução ROUANET, L. P. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1995.

Funciones benéficas. **El Colombiano**, Medellín, 1918, enero 1918.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ [FIOCRUZ]. **Base de dados história e loucura. Fundo HNA - Hospital Nacional de Alienados.** Rio de Janeiro. [2024]. Disponible en: <http://historiaeloucura.gov.br/index.php/hospital-de-pedro-ii>. Acceso en: 20 abr. 2024.

GALHEIGO, S. M. **Terapia ocupacional: a produção do conhecimento e o cotidiano da prática sob o poder disciplinar. Em busca de um depoimento coletivo.** Orientador: ALMEIDA, M. J. D. 1988. Dissertação (Mestrado em Educação) - Unicamp, Campinas.

GALHEIGO, S. M. Da adaptação psicossocial à construção do coletivo: a cidadania enquanto eixo. **Revista de Ciências Médicas PUCCAMP**, v. 6, n. 2/3, p. 105-108, 1997.

GALHEIGO, S. M. Terapia ocupacional social: uma síntese histórica acerca da constituição de um campo de saber e de prática. In: **Terapia ocupacional social: desenhos teóricos e contornos práticos.** São Carlos: EdUFSCar, 2016. p. 49-68.

GARCÍA AMÉZQUITA, J. A. Pagando penas y ganando el cielo. Vida cotidiana de las reclusas de la cárcel El Buen Pastor 1890-1929. **Historia y Memoria**, n. 10, p. 75-96, 2015.

GARCÍA RUIZ, S.; CRUZ PERDOMO, J.; DUARTE CUERVO, C.; FERNÁNDEZ MORENO, A. Terapias ocupacionales colombianas: recorriendo historias a través de una muestra museográfica. In: DOS SANTOS, V.; MUÑOZ, I., *et al* (Ed.). **Questões e práticas contemporâneas da terapia ocupacional na América do Sul**: CRV, 2022. cap. 4, p. 61-83.

GIL, J. G. Nuestro código penal y la irresponsabilidad de los criminales por enfermedad mental. **Revista Médica de Bogotá**, Año XXXI, n. 368 a 371, p. 48-66, 1913. Trabajo presentado al Segundo Congreso Médico Nacional.

GARNIER, M. P. R. Congreso francés de médicos alienistas y neurologistas (Séptima sesión en Nancy del 1º al 5 de agosto de 1896). Tradução LONDOÑO, J. P. **Anales de la Academia de Medicina de Medellín**, v. 8, n. 6 y 7, p. 207-212, 1897.

GIRALDO RESTREPO, P. A. **Mujeres antioqueñas en la memoria de la ciudad.** Medellín: Alcaldía de Medellín, 2007.

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA. **Mujeres sin miedo/Luzmila Acosta de Ochoa** [video], YouTube, 4 de agosto de 2014. Disponible en: https://youtu.be/uDgx2c5r_IU?si=vt9OFsFaQFrGTKqY. Acceso en: 3 oct. 2022.

GOFFMAN, E. **Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales.** Buenos Aires: Amorrortu editores, 1961.

GÓMEZ LILLO, S. **Antecedentes, creación y desarrollo de la terapia ocupacional en Chile: 50 años de historia.** Santiago de Chile: Abarca Girard Ediciones, 2012.

GÓMEZ MENGELBERG, E. Referentes históricos de la utilización de actividades en Sudamérica. In: PAGANIZI, L. (Ed.). **Terapia ocupacional psicossocial. Escenarios clínicos y comunitarios.** Buenos Aires: Editorial Polemos, 2007. p. 23-30.

GONZÁLEZ GÓMEZ, J. M. **Memoria que presenta el Secretario de Gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador de Antioquia añ reunirse la Asamblea de 1923.** Secretaría de Gobierno. Medellín. 1923.

GUTIÉRREZ, M. T. Proceso de institucionalización de la higiene: estado, salubridad e higienismo en Colombia en la primera mitad del siglo XX. **Estudios Socio-Jurídicos**, v. 12, n.

1, p. 73–97, 2010. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/sociojuridicos/article/view/1186>. Acceso en: 25 may. 2025.

GUTIÉRREZ ARDILA, D. **La regeneración: nueva historia de un proceso político y constituyente que transformó a Colombia (1875-1886)**. Taurus, 2024. 9585165597.

GUTIÉRREZ AVENDAÑO, J. **Locura y Sociedad. Alienismo tardío, psicopatología e higiene mental en la modernidad colombiana 1870-1968**. Envigado: Fondo Editorial Institución Universitaria de Envigado, 2019. 9585689383.

GUTIÉRREZ A., J.; MÁRQUEZ V., J. H. Pobreza y locura como enfermedades sociales en la mentalidad civilizadora de la modernidad colombiana. Antioquia y Cundinamarca 1900-1960. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, v. 32, n. S1, p. S55-S66, 2015. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.19928>. Acceso en: 10 ago 2022.

HALL, J. From work and occupation to occupational therapy: the policies of professionalisation in English mental hospitals from 1919 to 1959. In: **Work, psychiatry and society, c. 1750–2015**. Manchester: Manchester University Press, 2016. p. 314-333.

HARRIS, B. Therapeutic work and mental illness in America, c. 1830–1970. In: ERNST, W. (Ed.). **Work, psychiatry and society, c. 1750–2015**. Manchester: Manchester University Press, 2016. p. 55-76.

HASHIMOTO, A. Work and activity in mental hospitals in modern Japan, c. 1868–2000. In: ERNST, W. (Ed.). **Work, psychiatry and society, c. 1750–2015**. Manchester: Manchester University Press, 2016. p. 163-181.

HERNÁNDEZ, M.; OBREGÓN, D.; MIRANDA, N.; GARCÍA, C. *et al.* **La Organización Panamericana de la Salud y el Estado Colombiano. Cien años de historia, 1902-2002**. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud, 2002.

HERNÁNDEZ ALVAREZ, M. **La salud fragmentada en Colombia, 1910-1946**. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002. 9789587011890.

HERRERA MARÍN, D. M. **Biografía de un alienista: Lázaro Uribe Cálad 1920 - 1946**. 2015. Tesis (Magíster en Historia) - Departamento de Historia, Universidad de Antioquia, Medellín.

HINSCH, S. They were ‘improved’, punished and cured: The construction of ‘workshy’, ‘industrious’ and (non-) compliant inmates in forced labour facilities in the First Republic of Austria between 1918 and 1933. In: ERNST, W. (Ed.). **Work, psychiatry and society, c. 1750–2015**. Manchester: Manchester University Press, 2016. p. 262-276.

HUERTAS GARCÍA-ALEJO, R. Historia de la psiquiatría, ¿por qué? ¿para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias. **Frenia**, 1, n. 1, p. 9-36, 2001a.

HUERTAS GARCÍA-ALEJO, R. Locura y subjetividad en el nacimiento del alienismo. Releyendo a Gladys Swain. **Frenia**, 10, n. 1, p. 11-27, 2010.

HUERTAS GARCÍA-ALEJO, R. Entre la doctrina y la clínica: la nosografía de JED Esquirol (1772-1840). **Cronos: Cuadernos valencianos de historia de la medicina y de la ciencia**, v. 2, n. 1, p. 47-66, 1999.

HUERTAS GARCÍA-ALEJO, R. Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos. **Frenia**, v. 1, n. 2, p. 7-33, 2001.

HUMPHREYS, G. H. **Unitarian Medical Mission to Colombia. October 15-November 10, 1948**. Boston: Unitarian Service Committee Inc., 1948.

INSTITUTO MORA. **Investigadores. Dra. Cristina Sacristán**. México, [2024]. Disponible en : <https://www.institutomora.edu.mx/Investigacion/CristinaSacristan/SitePages/Inicio.aspx>. Acceso en: 23 feb. 2024.

JAEGER, M. Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. **VST-Vie sociale et traitements**, v. 134, n. 2, p. 109-126, 2017.

JUNTA DEL MANICOMIO. **Resolución de la Junta del Manicomio**. Memoria de 1930. Medellín: Secretaría de Gobierno, Departamento de Antioquia: 193-194 p. 1929, 27 de julio.

JURADO JURADO, J. C. Pobreza y nación en Colombia, siglo XIX. **Revista de Historia Iberoamericana**, v. 3, n. 2, p. 47-71, 2010.

KNOBEL, M. Psicoterapia: comunicação verbal e não verbal. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 1, n. 2, p. 51-64, 1984. Disponible en: <https://periodicos.puc-campinas.edu.br/estpsi/article/view/7613>. Acceso en: 25 may. 2025.

La sociedad está conmovida por lo que ocurre en el manicomio. **El Colombiano**, Medellín, Año XLII, n. 13120, 1953, 6 de diciembre 1953. p. 2.

La ergoterapia está dando resultados satisfactorios. **El Colombiano**, Medellín, 1956, 12 de marzo 1956. p. 4.

LABORATORIO DE FUENTES HISTÓRICAS. **Fondo Fabiola Lalinde y Familia**. Medellín, 2022. Disponible en: <https://cienciashumanasyeconomicas.medellin.unal.edu.co/laboratorios/fuentes-historicas/fondos/fflf.html>. Acceso en: 23 may. 2022.

LAWS, J. Crackpots and basket-cases: a history of therapeutic work and occupation. **History of the Human Sciences**, v. 24, n. 2, p. 65-81, 2011.

LAWS, J. The hollow gardener and other stories: Reason and relation in the work cure. In: ERNST, W. (Ed.). **Work, psychiatry and society, c. 1750-2015**. Manchester: Manchester University Press, 2016. p. 351-367.

Lista de los médicos asistentes al Congreso. **El Sol**, Medellín, Año IV, n. 478, 1913, 20 de enero. El Congreso Médico.

LLANO, J. R. **Nota sobre la asistencia que debe prestar el Hospital de Enajenados**. Medellín, 1884.

LLERAS FIGUEROA, C. **Política penitenciaria y renovación arquitectónica en la Penitenciaría Central de Cundinamarca**. Colección de Documentos Históricos. Bogotá: Museo Nacional de Colombia, 2005.

LONDON METROPOLITAN UNIVERSITY. **Our staff. Professor Yolanda Eraso**. [2022] Disponible en: <https://www.londonmet.ac.uk/profiles/staff/yolanda-eraso/>. Acceso en: 23 feb. 2024.

LONDOÑO, J. B. Manicomio Departamental. **Anales de la Academia de Medicina de Medellín**, v. 8, n. 6 y 7, p. 201-205, 1897.

LONDOÑO, J. B. **Informe que el Médico-Director del Manicomio presenta al Sr. Secretario de Gobierno**. Manicomio Departamental de Antioquia. Medellín, p. 56-69. 1914, 31 de diciembre.

LONDOÑO, J. B. **Comunicación relativa a pobres en el Manicomio**. Destinatario: BETANCUR, A. Alcalde de la Ciudad. Medellín, 1915, 2 de febrero.

LONDOÑO, J. B. **Informe que el Médico-Director del Manicomio Departamental presenta al Sr. Gobernador para la Asamblea de 1916, correspondiente al año de 1915**. Manicomio Departamental de Antioquia. Medellín, p. 57-72. 1915, 31 de diciembre.

LONDOÑO, J. B. Manicomio Departamental. Documentos históricos. **Repertorio Histórico de Antioquia**, v. XII, n. 132, p. 239-250, 1933.

LOPES, R. E. Terapia ocupacional em São Paulo. Um percurso singular e geral. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 12, n. 2, p. 75-88, 2010.

LÓPEZ VÉLEZ, L.; RUEDA, D.; SUÁREZ QUIROZ, J. A. **Historia institucional y terapéutica del Hospital Mental de Antioquia, en sus 125 años, 1878-2003**. [Informe de investigación] – Centro de Investigaciones Sociales y Humanas, Universidad de Antioquia. Medellín. 2004.

Los locos reclusos en el manicomio están aguantando hambre. **El Colombiano**, Medellín, 1953, 4 de diciembre de 1953. p. 2.

MAGALHÃES, L. V. **Os terapeutas ocupacionais no Brasil: sob o signo da contradição**. Orientador: DEMANGE, N. J. 1989. Dissertação (Mestrado em Educação) - Unicamp, Campinas.

Magníficos resultados ha dado la campaña sobre el manicomio. **El Colombiano**, Medellín, 1956, 25 de febrero 1956.

MALFITANO, A. P. S.; BORBA, P. L. de O.; LOPES, R. E. Palabras, conceptos y contextos históricos y culturales: la pluralidad en terapia ocupacional. **Revista Ocupación Humana**, v. 23, n. 2, p. 104–135, 2023. DOI: <https://doi.org/10.25214/25907816.1591>. Acceso en: 30 jun. 2025.

MARTÍNEZ, F. En busca del Estado importado: De los radicales a la regeneración (1867-1889). **Anuario colombiano de Historia social y de la cultura**, n. 23, p. 115-142, 1996.

MARTÍNEZ, F. **El nacionalismo cosmopolita: La referencia a Europa en la construcción nacional en Colombia, 1845-1900**. Lima: Institut français d'études andines, 2001. 2821845618.

MÁS DE AYALA, I. **La asistencia de los alienados fuera de los asilos. La colonia familiar de Gheel. Una aldea de alineados**. Informe del médico psiquiatra. Montevideo: Editorial Colonia Etchepare, 1934.

MATTOS, H. D. O. **A labortherapia nas afecções mentaes**. 1929. Disertação (Cadeira de Clínica Psiquiátrica) – Faculdade de Medicina de São Paulo, São Paulo, 1929.

MATUTE, Á. **Heurística e historia**. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 1999.

MCKAY, K. From blasting powder to tomato pickles: Patient work at the provincial mental hospitals in British Columbia, Canada, 1885–1920. *In*: ERNST, W. (Ed.). **Work, psychiatry and society, c. 1750–2015**. Manchester: Manchester University Press, 2016. p. 99-116.

MCNARY, H. The scope of occupational therapy. *In*: WILLARD, H. S.; SPACKMAN, C. (eds.). **Principles of Occupational Therapy. Second Edition**. Philadelphia: J. B. Lippincott company, 1954. p. 11-23.

Médica antioqueña viajará para especializarse en ergoterapia. **El Colombiano**, Medellín, 1956, 20 de marzo 1956. p. 2.

MEJÍA, J. D. D. **Memoria que el Secretario de Gobierno y Guerra presenta al señor Gobernador del Departamento para la Asamblea de 1888**. Medellín: Secretaría de Gobierno y Guerra 1888, 15 de junio.

MEJÍA DE RESTREPO, A. El Manicomio Departamental. **El Colombiano**, Medellín, 1953, 2 de diciembre 1953, p. 13.

MELO, J. O. Medellín 1880-1930: los tres hilos de la modernización. **Revista de Extensión Cultural**, n. 60, p. 180-193, 2018.

MENDOZA, D. A las damas. **El Sol**, Medellín, Año IV - Serie XXI, p. 3, 24 de febrero de 1913 1913. El Sol.

MEYER, M. 'Work Conquers All': psychiatry, agricultural labor, and the Juliano Moreira Colony in Rio de Janeiro, Brazil (1890–1958). **Palgrave Communications**, v. 5, n. 1, p. 1-10, 2019.

MIGNOT, R.; MARCHAND, L. **Instrucciones para los enfermeros y vigilantes de manicomios** Tradução LONDOÑO, J. B. e ESCOBAR U., T. L. G., ANA. Medellín: Imprenta Oficial, 1915. Traducción.

MOLINA LONDOÑO, L. F. La “industrialización” de la minería de oro y plata en Colombia en el siglo XIX: sociedad de zancudo y compañía minera de Antioquia. **Credencial Historia**, n. 258, 2011.

MONROY HERNÁNDEZ, C. L. Gobierno de Carlos E. Restrepo, 1910-1914. Ascenso y decaimiento de la Unión Republicana. **Historia y Memoria**, n. 25, p. 171-206, 2022.

MONZELI, G. A. **Histórias da terapia ocupacional na América Latina: a criação dos primeiros programas de formação profissional**. João Pessoa: Editora UFPB, 2021.

MORALES MENDOZA, P. A. Sociedad de beneficencia San Vicente de Paúl en Medellín (Antioquia, Colombia), 1890-1930. **Historelo. Revista de historia regional y local**, v. 3, n. 6, p. 173-192, 2011.

MORALES TOBÓN, A. Cómo se gestó el Hospital Mental en Antioquia y quiénes fueron sus gestores. **Antioquia Médica**, 8, n. 9 y 10, p. 367-368, 1958.

MORAN, J. Travails of madness: New Jersey, 1800–70. In: ERNST, W. (Ed.). **Work, psychiatry and society, c. 1750–2015**. Manchester: Manchester University Press, 2016. p. 77-98.

MORRISON JARA, R.; OLIVARES AISING, D.; GRAUS RAMÍREZ, J. M.; CIFUENTES LUCERO, D. *et al.* Silvia Gómez Lillo y cincuenta años de terapia ocupacional en Chile. Una biografía. **Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG**, n. 24, p. 2, 2016.

Muchas necesidades urgentes tiene todavía el Manicomio. **El Colombiano**, Medellín, 1954, 19 de septiembre 1954, p. 2.

MÜLLER, T. Between therapeutic instrument and exploitation of labour force: patient work in rural asylums in Württemberg, c. 1810–1945. In: ERNST, W. (Ed.). **Work, psychiatry and society, c. 1750–2015**. Manchester: Manchester University Press, 2016. p. 220-237.

NAKAMURA, O. Patient work and family care at Iwakura, Japan, c. 1799–1970. In: ERNST, W. (Ed.). **Work, psychiatry and society, c. 1750–2015**. Manchester: Manchester University Press, 2016. p. 182-193.

NARANJO GIRALDO, G. **Medellín en zonas**. Medellín: Corporación Región. 1992.

NASCIMENTO, B. A. D. **Loucura, trabalho e ordem. O uso do trabalho e da ocupação em instituições psiquiátricas**. 1991. Dissertação (Mestrado) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil.

NOGUERA, C. E. **Medicina y política: discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia**. Universidad Eafit, 2003. 958817354X.

OBANDO T., C. A. **Manicomio Departamental**. Manicomio Departamental de Antioquia. Medellín, p. 73-90. 1947, 21 de marzo.

OBANDO T., C. A. **Informe del Médico Jefe**. Manicomio Departamental de Antioquia. Medellín, p. 105-120. 1948, 29 de marzo.

OCUPAR. In: Diccionario de la Lengua Española. 23. ed. Madrid: Real Academia Española. 2024.

ORTIZ CASSIANI, J. **Bailar con las trompetas del apocalipsis**. Bogotá: Ariel, 2023.

ORTIZ MESA, L. J. Obispos, clérigos y fieles en pie de guerra, Antioquia, 1870-1880. **Revista Anuario de Historia Regional y de las Fronteras**, v. 15, n. 1, p. 167-190, 2010.

OSPINA MARTÍNEZ, M. A. “Con notable daño del buen servicio”: sobre la locura femenina en la primera mitad del siglo XX en Bogotá. **Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología**, n. 2, p. 303-314, 2006.

OSPINA, L. **Correspondencia general. Gobernación de Antioquia**. Destinatario: VELEZ, M. Medellín, 1885, 28 de agosto.

PALACIOS, M. **Entre la legitimidad y la violencia: Colombia, 1875-1994**. Segunda edición. Bogotá: Editorial Norma, 2003.

PALACIOS, M.; SAFFORD, F. R. **Historia de Colombia: país fragmentado, sociedad dividida**. Bogotá: Ediciones Uniandes, 2012.

PARÍS, M. C. Naturaleza y evolución de la Terapia Ocupacional como disciplina en la Universidad del Rosario. **Revista Ocupación Humana**, v. 4, n. 1, p. 27-34, 1991.

PEÑAS FELIZZOLA, O. L. La investigación en terapia ocupacional: historia, actualidad y perspectivas. 2005. 39 p. Documento de trabajo (Maestría en Discapacidad e Inclusión Social) - Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/69937>. Acceso en: 20 feb. 2023.

PEÑAS FELIZZOLA, O. L. Terapia ocupacional en Colombia: cuatro décadas de posicionamiento y servicios en la sociedad. **Revista de la Facultad de Medicina**, v. 54, n. 4, p. 229-231, 2006.

PÉREZ, F. D. P. **Memoria presentada al Sr. General D. Pedro J. Berrio, gobernador del Departamento**, Secretario de Gobierno de la Asamblea de Antioquia de 1915. Medellín: Imprenta oficial, 1915.

PÉREZ, F. D. P. **Informe rendido por el Secretario de Gobierno al Sr. General Pedro J. Berrio, Gobernador del Departamento, con motivo de las sesiones ordinarias de la Asamblea en el año de 1928**. Medellín: Imprenta oficial, 1928.

PÉREZ, F. D. P. **Informe rendido por el Secretario de Gobierno al Sr. General Pedro J. Berrio, Gobernador del Departamento, con motivo de las sesiones ordinarias de la Asamblea en el año de 1929**. Medellín: Imprenta oficial, 1929.

PÉREZ-TRULLÉN, J. M.; GIMÉNEZ-MUÑOZ, Á.; CAMPELLO, I.; CHÁRLEZ, L. La parálisis general progresiva o enfermedad de Bayle. **Neurosciences and History**, v. 3, n. 4, p. 147-153, 2015.

PINEL, P. **Tratado médico-filosófico de la enagenación del alma, ó manía**. Traducción GUARNERIO Y ALLAVENA, L. Madrid: Imprenta Real, 1804. 418 p.

Por los locos. **El Colombiano**, Medellín, noviembre de 1916 (varias ediciones), 1916.

POSADA ARANGO, A. El Dr. Tomás Quevedo. **Anales de la Academia de Medicina de Medellín**, v. XI, n. 6, p. 210-212, 1903.

POSADA ARANGO, E. En la colonia de Fontidueño. **Sábado**. Medellín. Primer año, n. 22, 244-246 p. 1921.

POSADA G. L. C. Informaciones generales sobre el Hospital Mental. **Antioquia Médica**, 8, n. 9 y 10, p. 359-362, 1958.

POSTEL, J.; QUETEL, C. **Nueva historia de la psiquiatría**. Tradução GONZÁLEZ ARAMBURO, F. México: Fondo de Cultura Económica, 2000.

POVEDA RAMOS, G. La minería colonial y republicana. **Credencial Historia**, n. 151, 2002.

QUEVEDO, E.; PÉREZ, G.; MIRANDA, N.; ESLAVA, J. C. *et al.* **Historia de la Medicina en Colombia. Tomo III: Hacia una profesión liberal (1865-1918)**. Bogotá: Tecnoquímicas Editorial Norma, 2010. 9584521640.

QUEVEDO, E.; PÉREZ, G.; MIRANDA, N.; ESLAVA, J. C. *et al.* **Historia de la Medicina en Colombia. Tomo IV. De la práctica liberal a la socialización limitada (1918-1975)**. Bogotá: Tecnoquímicas, 2013. 9584537733.

QUEVEDO, T. **Nota Casa de Enajenados**. Destinatário: SR. PRESIDENTE DE LA CORPORACIÓN MUNICIPAL DEL DISTRITO. Medellín, 1881, 10 de mayo.

QUEVEDO-VÉLEZ, E.; NÚÑEZ-GÓMEZ, M. C.; PALACIOS-SÁNCHEZ, L.; SÁNCHEZ-MARTÍNEZ, M. C. Notas para una investigación futura sobre la historia del internado médico en Colombia. Segunda parte: el internado en los siglos XX y XXI. **Iatreia**, v. 34, n. 1, p. 33-41, 2021. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.69>. Acceso en: 4 jun. 2025.

QUIROZ TORRES, B. M. Historia de mi viejo y nuevo barrio: historia del Barrio Aranjuez Berlín, hoy sectorizado por linderos naturales y oficialmente nombrados. Medellín: 1989.

RESTREPO, J. Donaciones. **El Colombiano**, Medellín, n. 936, 1916, 27 de octubre 1916.

RESTREPO E., J. V. Manicomios. **El Sol**, Medellín, Año V - Serie XLIX, n. 964, 5 de septiembre de 1914, 1914.

RESTREPO ZEA, E. Vagos, enfermos y valetudinarios. Bogotá: 1830-1860. **Historia y sociedad**, n. 8, p. 83-127, 2002.

RESTREPO ZEA, E. **El Hospital San Juan de Dios 1635-1895: una historia de la enfermedad, pobreza y muerte en Bogotá**. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2011.

REVISTA ARGENTINA DE TERAPIA OCUPACIONAL. **Quienes somos**. Argentina: Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales, [2024]. Disponible en: https://revista.terapia-ocupacional.org.ar/quienes_somos.html. Acceso en: 20 ene. 2024.

REYES, C.; SAAVEDRA, M. C. **Mujeres y trabajo en Antioquia durante el siglo XX. Formas de asociación y participación sindical**. Medellín: Ediciones Escuela Nacional Sindical, 2005.

RESTREPO SANTAMARÍA, M. Cien años de "locura", un siglo de soledad. Hospital Mental de Antioquia. **El Colombiano**, Medellín, p. 9-A, 1978, 13 de noviembre 1937.

RICO, E. En el Manicomio de Medellín. **El Colombiano**, Medellín, Año XXVI, n. 7298, p. 3, 8, 1937, 5 de marzo 1937.

RIOS MOLINA, A. Prólogo. In: GUTIÉRREZ AVENDAÑO, J. (Ed.). **Locura y Sociedad. Alienismo tardío, psicopatología e higiene mental en la modernidad colombiana 1870 - 1968**. Envigado: Fondo Editorial Institución Universitaria de Envigado, 2019. p. 13-17.

Rodríguez Gómez, R. Los orígenes de la rehabilitación: entre la guerra y la polio. **Revista Colombiana de Rehabilitación**, v. 17, n. 1, p. 46-51, 2018. DOI: <https://doi.org/10.30788/RevColReh.v17.n1.2018.310>

ROSELLI, H. **Historia de la Psiquiatría en Colombia**. Bogotá: Horizontes, 1968.

ROSELLI, H. **La locura de Epifanio y otros ensayos**. Bogotá: Tercer Mundo, 1987.

ROTHMAN, D. J. **The discovery of the asylum: Social order and disorder in the new republic**. New York: Aldine de Gruyter, 2002.

SACRISTÁN, C. Por el bien de la economía nacional: trabajo terapéutico y asistencia pública en el Manicomio de La Castañeda de la ciudad de México, 1929-1932. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 12, n. 3, p. 675-692, 2005.

SACRISTÁN, C. La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. **Cuicuilco**, n. 45, p. 163-188, 2009.

SACRISTÁN, M. C. Reformando la asistencia psiquiátrica en México. La Granja de San Pedro del Monte: los primeros años de una institución modelo, 1945-1948. **Salud Mental**, 26, n. 3, p. 57-65, 2003.

SALAS RODAS, L. J. Inés Elvira Gautier Restrepo: una vida dedicada al trabajo social y a las familias de Colombia, 1932-2017. **Familia y otros**, Medellín, 28 dic.2017. Disponible en: <https://famiyaiotros.blogspot.com/2017/12/>. Acceso en: 20 mayo 2025.

SALAZAR BERMÚDEZ, A. Una reforma psiquiátrica que nunca lo fue. Colombia y el caso del Manicomio Departamental de Antioquia, 1920-1946. In: RIOS MOLINA, A. e RUPERTHUZ, M. (Ed.). **De manicomios a instituciones psiquiátricas. Experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX**. México: Universidad Nacional Autónoma de México - Instituto de Investigaciones Históricas/Sílex Ediciones, 2022. p. 497-540.

SÁNCHEZ SALCEDO, J. F. Los hospicios y asilos de la Beneficencia de Cundinamarca entre 1917-1928: discursos y prácticas. **Sociedad y economía**, n. 26, p. 65-92, 2014.

SÁNCHEZ TORRES, F. Medicina y humanismo. *In*: GAMARRA HERNÁNDEZ, G. N.; GÓMEZ GUTIÉRREZ, A., *et al* (Ed.). **Medicina, ciencia y humanismo. Academia Nacional de Medicina de Colombia 1873-2023. 150 años de tradición.** Bogotá: Academia Nacional de Medicina de Colombia, 2022. cap. V. Aportes de la Academia a cinco dimensiones complementarias de la medicina, p. 250-255.

SANTARROSA, J. **Trabajos finales de Licenciatura en Historia.** Argentina, 2024. Disponible en: <https://blogs.ffyh.unc.edu.ar/escueladehistoria/egresados/listado-de-tesis-de-licenciatura-y-doctorado-en-historia-de-la-ffyh-unc/trabajos-finales-de-licenciatura/>. Acceso en: 23 feb. 2024.

Se incrementa la campaña a beneficio del manicomio. **El Colombiano**, Medellín, 1954, 16 de septiembre 1954. p. 2.

SECRETARIO DE GOBIERNO. **Informe que el Secretario de Gobierno del Departamento de Antioquia presenta al Sr. Gobernador con motivo de la reunión de la Asamblea de 1912.** ANTIOQUIA, Departamento de Medellín: Imprenta Oficial 1912.

SECRETARIO DE GOBIERNO. **Memoria que el Secretario de Gobierno del Departamento de Antioquia presenta al Sr. Gobernador con motivo de la reunión de la Asamblea de 1916.** ANTIOQUIA, Departamento de Medellín: Imprenta Oficial 1916.

SILVA MANTILLA, J. A. F. **Espacio, cuerpo y subjetividad en el Manicomio Departamental de Antioquia: 1875-1930.** 2012. Tesis (Maestría en Historia) - Departamento de Historia, Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín, Medellín.

SIMON, H. **Tratamiento ocupacional de los enfermos mentales.** España: Salvat, 1937.

SIMPSON BELTRÁN, V. **Psiquiatría, moralidad y locura: la construcción del Hospital Psiquiátrico de Sibaté y discurso psiquiátrico de 1916 a 1966.** 2015. Trabajo de grado (Historia) - Departamento de Historia, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

SMITH, L. 'A powerful agent in their recovery': Work as treatment in British West Indian lunatic asylums, 1860–1910. *In*: ERNST, W. (Ed.). **Work, psychiatry and society, c. 1750–2015.** Manchester: Manchester University Press, 2016. p. 142-162.

Solicitud de donaciones para comprar gramófonos. **El Colombiano**, Medellín, 18 de noviembre de 1915 1915.

SOARES, L. B. T. **Terapia ocupacional: lógica do capital ou do trabalho?: retrospectiva histórica da profissão no Estado brasileiro de 1950 a 1980.** 1987. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP.

SOARES, L. B. T. **Terapia ocupacional: lógica do capital ou do trabalho?: retrospectiva histórica da profissão no Estado brasileiro de 1950 a 1980.** Editora Hucitec, 1991.

SOLANO, L. Psiquiatra. **Cromos.** Bogotá. p. 15-18, 1958, 15 de septiembre. Del género femenino, p. 15.

STEPAN, N. L. **The hour of eugenics": race, gender, and nation in Latin America**. Ithaca: Cornell University Press, 1991. 1501702254.

SUPERIORA, R. H. C. **Informe de la Superiora**. Manicomio Departamental de Antioquia. Medellín, p. 95. 1912, 8 de enero.

TARELOW, G. Q. A moral, a política e algumas questões científicas presentes no Hospital do Juquery: Abordagens de Pacheco e Silva (1923–1950). **Revista Histórica**, n. 51, p. 2-30, 2011.

TESTA, D. E. La terapia ocupacional antes de la terapia ocupacional en Argentina. Antecedentes y delimitaciones de un campo de intervención en disputa (primera mitad del siglo XX). In: YUJNOVSKY, N. e ARRIETA, L. (Ed.). **El encuentro con otro transforma escenarios**. Paraná: Editorial Fundación La Hendija, 2017. p. 50-56.

TITTANEGRO, G. R. Aspectos filosóficos da reabilitação. **O Mundo da Saúde, São Paulo**, v.30, n.1, p. 20-25, jan./mar. 2006.

TOMA, V.-V. Work and occupation in Romanian psychiatry, c. 1838–1945. In: ERNST, W. (Ed.). **Work, psychiatry and society, c. 1750–2015**. Manchester: Manchester University Press, 2016. p. 194-219.

TORO, F. L. **Cuadro que manifiesta el movimiento de cargo del Manicomio Departamental, correspondiente al año 1921**. Manicomio Departamental de Antioquia. Medellín, p. 60. 1922.

TORO, F. L. **Cuadro que manifiesta el movimiento de gastos del Manicomio Departamental durante el año 1924**. Manicomio Departamental de Antioquia. Medellín, p. 131-132. 1925.

TOVAR ZAMBRANO, B. **La historia al final del milenio: ensayos de historiografía colombiana y latinoamericana**. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1994.

TRUJILLO, A. Perspectiva histórica sobre la disciplina de la ocupación humana. **Revista Ocupación Humana**, v. 3, n. 1, p. 9-23, 1989.

TRUJILLO ROJAS, M. A. **Terapia ocupacional: conocimiento y práctica en Colombia**. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002.

UNIVERSITY OF MARYLAND SCHOOL OF MEDICINE. **Bulletin of the University of Maryland School of Medicine 1958**, v. 43, n. 1. Baltimore: University of Maryland, 1958.

UNIVERSITY OF RICHMOND. **Department of History. Dr. Manuella Meyer**. Richmond, USA, 2024. Disponible en: <https://history.richmond.edu/faculty/mmeyer/>. Acceso en: 23 de feb. 2024.

UPEGUI, E. **Comunicaciones sobre diversos asuntos en 1887**. Destinatário: PRESIDENTE DE LA CORPORACIÓN MUNICIPAL. Medellín, 1887, 3 de febrero.

UPEGUI E., E. **Informe del Síndico de la Casa de Enajenados**. Memoria del Secretario de Gobierno y Guerra. Medellín: Secretaría de Gobierno y Guerra, Departamento de Antioquia: 40-42 p. 1888, 30 de mayo.

UPEGUI M., M. J. **Comunicaciones sobre diversos asuntos en 1887**. Destinatario: PRESIDENTE DE LA CORPORACIÓN MUNICIPAL. Medellín, 1887, 18 de junio.

UPRINMY YEPES, R. **A la memoria de Fabiola Lalinde**. Bogotá, 2022, 20 de marzo. Disponible en: <https://www.dejusticia.org/column/a-la-memoria-de-fabiola-lalinde/>. Acceso en: 10 may. 2022.

URIBE DE H., M. T. **Llegan las mujeres**. Memoria. Universidad de Antioquia: protagonista y testigo. [199?] Disponible en: <https://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/697d5493-ccd2-4de0-9556-ad977e574b32/llegan-las-mujeres-democracia.pdf?MOD=AJPERES>. Acceso en: 20 may. 2025.

Urgente, Antioquia necesita la construcción de un nuevo manicomio. **El Colombiano**, Medellín, Año XXVI, n. 11121, 1948, 18 de marzo 1948. p. 2.

URIBE, B.; GAETAN, S. **Contrato celebrado con las Hermanas de la Caridad para el manejo interno del Manicomio**. Recopilación de Ordenanzas, decretos y reglamentos etc. referentes al Manicomio Departamental, 1915. Medellín: Imprenta Oficial: 9-11 p. 1905, 28 de octubre.

URIBE, J. D. D.; ZULETA, E.; TOBÓN C., J.; RESTREPO, L. *et al.* Votos y conclusiones. Sesión del 25 de enero de 1913. *In*: Segundo Congreso Médico de Colombia. Reunido en Medellín del 19 al 26 de enero de 1913, 1917, Medellín. **Tomo III**. Medellín: Imprenta Tipográfica Salesiana, 1913, 25 de enero. p. 209-213.

URIBE C., L. **Informe del Director del Manicomio Departamental**. Manicomio Departamental de Antioquia. Medellín, p. 39-46. 1921, enero.

URIBE C., L. **Manicomio**. Manicomio Departamental de Antioquia. Medellín, p. 52-59. 1922, enero.

URIBE CÁLAD, L. Principales factores etiológicos de la locura en los departamentos de Antioquia y Caldas. **Revista Clínica: Órgano de la Sociedad Clínica del Hospital de Medellín**, III - AÑO VIII, n. 25-28, p. 188-199, 1923.

URIBE C., L. **Manicomio**. Manicomio Departamental de Antioquia. Medellín, p. 115-130. 1923, 1 de enero.

URIBE C., L. **Informe del Director del Manicomio Departamental**. Manicomio Departamental de Antioquia. Medellín, p. 151-161. 1924, 1 de enero.

URIBE C., L. **Informe del Director del Manicomio Departamental**. Manicomio Departamental de Antioquia. Medellín, p. 119-130. 1925, 1 de enero.

URIBE C., L. **Manicomio**. Manicomio Departamental de Antioquia. Medellín, p. 34-37. 1928.

URIBE C., L. **Manicomio Departamental**. Manicomio Departamental de Antioquia. Medellín, p. 180-193. 1930, 1 de enero.

URIBE C., L. **Informe del Director del Manicomio Departamental**. Manicomio Departamental de Antioquia. Medellín, p. 102-116. 1931, 1 de enero.

URIBE C., L. **Manicomio Departamental**. Manicomio Departamental de Antioquia. Medellín, p. 181-196. 1932, 1 de enero.

URIBE C., L. **Manicomio Departamental**. Manicomio Departamental de Antioquia. Medellín, p. 182-193. 1933, 1 de enero.

URIBE C., L. **Manicomio Departamental**. Manicomio Departamental de Antioquia. Medellín, p. 167-183. 1934.

URIBE C., L. **Manicomio Departamental**. Manicomio Departamental de Antioquia. Medellín, p. 297-311. 1935, 23 de mayo.

URIBE C., L. **Manicomio Departamental**. Manicomio Departamental de Antioquia. Medellín, p. 258-274. 1936.

URIBE C., L. **Informe del Director del Manicomio Departamental**. Manicomio Departamental de Antioquia. Medellín, p. 39-46. 1939, 3 de abril.

URIBE C., L. **Manicomio Departamental**. Manicomio Departamental de Antioquia. Medellín, p. 103-112. 1940.

URIBE C., L. **Informe del Director del Manicomio Departamental**. Manicomio Departamental de Antioquia. Medellín, p. 102-116. 1941, 1 de enero.

URIBE C., L. **Manicomio Deptal**. Manicomio Departamental de Antioquia. Medellín, p. 158-168, 1942, marzo.

URIBE C., L. **Manicomio Departamental**. Manicomio Departamental de Antioquia. Medellín, p. 136-148. 1943.

URIBE C., L. **Manicomio**. Manicomio Departamental de Antioquia. Medellín, p. 189-204. 1944.

URIBE C., L. **Manicomio Departamental**. Manicomio Departamental de Antioquia. Medellín, p. 184-194. 1945, 11 de marzo.

URIBE C., L. **Manicomio Departamental**. Manicomio Departamental de Antioquia. Medellín, p. 157-172. 1946, 12 de febrero.

URIBE CÁLAD, L. Casas para alienados mentales. **Antioquia Médica**, v. 8, n. 9 y 10, p. 364-366, 1958.

URIBE G., E. **Parálisis General Progresiva. Contribuciones para su estudio**. 1928. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía) - Facultad de Medicina y Ciencias Naturales, Universidad de Antioquia, Medellín.

URIBE GÓMEZ, M. Entre la beneficencia y la asistencia pública. *Trabajo Social*, n. 8, p. 37-44, 2006.

URIBE, M.; ARANGO, R.; URIBE, F. Manicomio. Informe de una Comisión. **Anales de la Academia de Medicina de Medellín**, Año 2, n. II, p. 69-71, 1889.

URIBE RESTREPO, J. D. D. En el cercado ajeno. In: GUTIÉRREZ, B. (Ed.). **Prosas del Indio Uribe**. Medellín: Tipología Industrial, 1939. p. 86-94.

VANADIA, L. N. La laborterapia, entre el tratamiento de la locura, la crisis institucional y la legitimación profesional en el Open Door de Oliva. Córdoba, Argentina, 1914-1940. **Vínculo**, v. 18, n. 1, p. 106-119, 2021.

VANADIA, L. N.; RODRÍGUEZ, M. L. El saber ver y el saber hacer en el hospital-asilo de Oliva (1914-1950): el caso Adela. **Salud colectiva**, n. 15, p. e2211, 2019.

VÁSQUEZ, M.F. Degeneración, criminalidad y heredo-alcoholismo en Colombia, primera mitad del siglo XX. **Saúde Sociedade São Paulo**, v.27, n.2, p. 338-353, 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180137>. Acceso en: 27 feb. 2025.

VÁSQUEZ VALENCIA, M. F. El papel de la teoría de la degeneración en la comprensión de las enfermedades mentales, Colombia primera mitad del siglo XX. **Historia y sociedad**, n. 34, p. 15-39, 2018.

VELÁZQUEZ DELGADO, G. Clío y Urania: Problemas epistemológicos de la historización de la(s) ciencia(s). In: SEGUNDO GUZMÁN, M. A. (Ed.). **¿Qué significa historizar?** Guanajuato: Universidad de Guanajuato, 2023. p. 53-71. (Colección Historiografías).

VÉLEZ, M. **Correspondencia general. Gobernación de Antioquia**. Destinatario: OSPINA, L. Medellín, Estado Soberano de Antioquia, 1885, 3 de septiembre.

VÉLEZ, B. **Correspondencia general, Gobernación de Antioquia**. Destinatario: CORREA, G. Medellín, Departamento de Antioquia, 1892, 27 de febrero.

VÉLEZ ESCOBAR, I.; MARTÍNEZ ECHEVERRI, M. (Dir.). *Antioquia Médica*, v. 8, n. 9-10. Medellín: Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, 1958.

VIVES-GUERRA, J. Volanderas. En el Manicomio. **El Sol**. Medellín. Serie XIV 1911, 27 de marzo.

WADE, B; FRANCISCUS, M. L. Occupational therapy for the mentally ill. In: WILLARD, H. S.; SPACKMAN, C. (eds.). **Principles of Occupational Therapy. Second Edition**. Philadelphia: J. B. Lippincott company, 1954. p. 76-116.

WALSH, O. Work and the Irish District Asylums during the late nineteenth century. *In*: ERNST, W. (Ed.). **Work, psychiatry and society, c. 1750–2015**. Manchester: Manchester University Press, 2016. p. 298-313.

WILLARD, H. S.; SPACKMAN, C. (eds.). **Principles of Occupational Therapy. Second Edition**. Philadelphia: J. B. Lippincott company, 1954.

WILLIAMS, R. **Palabras-chave**. Um vocabulário de cultura e sociedade. Tradução VASCONCELOS, S. G. São Paulo: Boitempo, 2007.

YAGARI, L. Mi visita al Manicomio, Señores Uribes. **El Colombiano**, Medellín, p. 3, 5, 1934. Jornadas de Luis Yagari, p. 3.

ANEXO 1. FUENTES PRIMARIAS ESCRITAS – INFORMES, PUBLICACIONES MÉDICAS

Autor	Título	Año	Fecha	Fuente	Tipo fuente	Vol.	Núm.	Pág.	Ubicación
Corporación Municipal de Medellín	Contrato de nombramiento de directora para Hospital de Enajenados	1878	26/10/1878	Comunicaciones	Nombramiento	N/A	N/A	N/A	Archivo Histórico de Medellín
Corporación Municipal de Medellín	Funcionamiento de Hospital de Enajenados	1881	10/05/1881	Comunicaciones	Correspondencia	N/A	N/A	N/A	Archivo Histórico de Medellín
Rodríguez, Luis A.	Funcionamiento de Hospital de enajenados	1881	18/07/1881	Comunicaciones	Correspondencia	N/A	N/A	N/A	Archivo Histórico de Medellín
Corporación Municipal de Medellín	Acuerdo 10 de 1883. Reglamentando funcionamiento de Hospital de Enajenados	1883	15/05/1883	Acuerdo/Reglamento	Normatividad	N/A	N/A	N/A	Archivo Histórico de Medellín
Corporación Municipal de Medellín	Comunicación sobre aprobación de gastos para invertir en Casa de Enajenados	1883	2/07/1883	Comunicaciones	Correspondencia				Archivo Histórico de Medellín
Llano, Juan Rafael	Nota de Juan Rafael Llano sobre la asistencia que debe prestar el Hospital de Enajenados	1884	1884	Comunicaciones	Correspondencia	N/A	N/A	N/A	Archivo Histórico de Medellín
Llano, Juan Rafael	Proyecto de resolución sobre funcionamiento de la Casa de Enajenados	1884	1/07/1884	Proyecto	Proyecto				Archivo Histórico de Medellín
Llano, Juan Rafael	Comunicación sobre disposición de presos para aseo en la Casa de Enajenados	1884	10/06/1884	Comunicaciones	Correspondencia	N/A	N/A	N/A	Archivo Histórico de Medellín
Barrientos, Alejandro	Comunicación para el jefe municipal Dr. Alejandro Barrientos, vicepresidente del Concejo, sobre la Casa de Enajenados	1885	26/08/1885	Comunicaciones	Correspondencia	N/A	N/A	N/A	Archivo Histórico de Medellín

Autor	Título	Año	Fecha	Fuente	Tipo fuente	Vol.	Núm.	Pág.	Ubicación
Secretaría de Gobierno del Estado Soberano de Antioquia	Comunicación sobre fabricación de prisiones para el Hospital de Enajenados	1885	3/09/1885	Correspondencia General, Gobernación de Antioquia, Secretario de Gobierno	Correspondencia	N/A	N/A	N/A	Archivo Histórico de Medellín
	Solicitud de internación de una persona en la Casa de Locos	1887	17/06/1887	Comunicaciones	Correspondencia	N/A	N/A	N/A	Archivo Histórico de Medellín
Upegui, María de Jesús / Restrepo, Pedro	Cartas sobre paso a otra casa de la Casa de Enajenados	1887	18/07/1887	Comunicaciones	Correspondencia	N/A	N/A	N/A	Archivo Histórico de Medellín
Mejía, Fortis	Agradecimiento pago gastos en casa de enajenados de Epifanio Mejía	1887	26/02/1887	Comunicaciones	Correspondencia	N/A	N/A	N/A	Archivo Histórico de Medellín
Upegui, Elías	Comunicación del personero y síndico del Hospital de Enajenados sobre gastos de funcionamiento de establecimiento	1887	3/02/1887	Comunicaciones	Correspondencia	N/A	N/A	N/A	Archivo Histórico de Medellín
Asamblea Departamental de Antioquia	Ordenanza 24 del 27 de julio de 1888	1888	1888		Normatividad	N/A	N/A	N/A	Universidad de Antioquia Biblioteca Médica Colección Historia de la Medicina
Varios autores	Memorias del Secretario de Gobierno 1888	1888	30/05/1888		Memoria/informe			40-42	Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales

Autor	Título	Año	Fecha	Fuente	Tipo fuente	Vol.	Núm.	Pág.	Ubicación
Uribe, Manuel A. Arango, Ramón Uribe M., Francisco	Manicomio. Informe de una comisión	1889	08/03/1889	Anales de la Academia de Medicina de Medellín	Artículo de revista / Informe de la Academia de Medicina de Medellín al Gobernador del Departamento	Año II	2	71	Universidad de Antioquia Biblioteca Digital Patrimonial
Echavarría, Liborio	Comunicación para Francisco Mejía, alcalde municipal, de Liborio Echavarría, secretario de gobierno, sobre administración de la Casa de Enajenados	1891	14/04/1891	Comunicaciones	Correspondencia	N/A	N/A	N/A	Archivo Histórico de Medellín
Vélez, Bonifacio	Comunicación de la directora de la Casa de Enajenados donde expone que no tiene forma de recibir nuevas dementes	1892	1892	Comunicaciones	Correspondencia				Archivo Histórico de Medellín
Secretaría de Gobierno del Estado Soberano de Antioquia	Comunicación sobre sostenimiento de la Casa de Enajenados	1892	27/02/1892	Comunicaciones	Correspondencia	N/A	N/A	N/A	Archivo Histórico de Medellín
Londoño, Juan Bautista	Manicomio Departamental	1897	01/1897	Anales de la Academia de Medicina de Medellín	Artículo de revista	Año VIII	6 y 7	201-206	Universidad de Antioquia Biblioteca Digital Patrimonial
Interventor de Hacienda Municipal	Contrato entre el Concejo Municipal y la superiora provincial de las Hermanas de la Caridad para el Asilo de Mendigos	1900	26/02/00	Contrato	Contrato	N/A	N/A	N/A	Archivo Histórico de Medellín
Asamblea Departamental de Antioquia	Ordenanza 8 del 20 de junio de 1904	1904	20/06/04	Repertorio Oficial n.º 813, 1 de julio de 1904	Normatividad	N/A	N/A	21	Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales

Autor	Título	Año	Fecha	Fuente	Tipo fuente	Vol.	Núm.	Pág.	Ubicación
Uribe, Benito (Gobernador) Superiora Dos testigos y el secretario de Gobierno	Contrato celebrado con las Hermanas de la Caridad para el manejo interno del Manicomio	1905	28/10/05	Recopilación de Ordenanzas, decretos y reglamentos etc. Referentes al Manicomio Departamental	Contrato	N/A	N/A	9-11	Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales
Secretario de Gobierno Bernal, Pedro (Síndico) (Superiora)	Informe del Secretario de Gobierno a la Asamblea 1912	1912	14/12/11	Informe que el Secretario de Gobierno del Departamento a de Antioquia presenta al Sr. Gobernador con motivo de reunión de la Asamblea de 1912	Informe	N/A	N/A	94	Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales
Gil, J Gil, M.	Nuestro Código Penal y la responsabilidad de los criminales por enfermedad mental	1913		Revista Médica de Bogotá	Artículo de revista	30	368- 371	48-66	Revista Médica
Pombo, Lino de	Discurso pronunciado por don Lino de Pombo, presidente de la Junta General de Beneficencia, en el acto de colocar la primera piedra del manicomio de Cundinamarca	1913		Revista Médica de Bogotá	Artículo de revista		30	247- 260	Revista Médica (en línea)
Asamblea Departamental de Antioquia	Ordenanza 25 de 1914	1914		Recopilación de Ordenanzas, decretos y reglamentos etc. Referentes al Manicomio Departamental	Normatividad	N/A	N/A	4	Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales
Berrio, Pedro (Gobernador) Pérez, Pedro (Secretario de Gobierno)	Decreto 447 de 1915. Por el cual se reglamentan las ordenanzas 25 de 1914 y 51 de 1915	1915		Recopilación de Ordenanzas, decretos y reglamentos etc. Referentes al Manicomio Departamental	Normatividad	N/A	N/A	7-9	Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales

Autor	Título	Año	Fecha	Fuente	Tipo fuente	Vol.	Núm.	Pág.	Ubicación
Londoño, Juan Bautista	Recopilación de Ordenanzas, decretos y reglamentos etc. Referentes al Manicomio Departamental	1915	1915	Folletos Misceláneos	Normatividad	N/A	N/A		Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales
Londoño, Juan Bautista (trad.)	Instrucciones para los enfermeros y vigilantes de manicomios	1915	1915	Folletos Misceláneos	Folleto				Universidad de Antioquia Biblioteca Médica Colección Historia de la Medicina
Pérez, Francisco	Informe del Secretario de Gobierno a la Asamblea 1915	1915	1915		Informe			56	Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales
Londoño, Juan Bautista	Comunicación relativa a pobres en el Manicomio	1915	2/02/15	Comunicaciones	Correspondencia	N/A	N/A	N/A	Archivo Histórico de Medellín
Asamblea Departamental de Antioquia	Ordenanza 51 del 27 de abril de 1915	1915	27/03/15	Recopilación de Ordenanzas, decretos y reglamentos etc. Referentes al Manicomio Departamental	Normatividad	N/A	N/A	5	Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales
Junta de Inspección y Vigilancia	Reglamento del Manicomio	1915	4/11/15	Recopilación de Ordenanzas, decretos y reglamentos etc. Referentes al Manicomio Departamental	Normatividad	N/A	N/A		Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales
Londoño, Juan Bautista	Informe de Médico Director al Sr. Gobernador (parte de las Memorias del Secretario de Gobierno)	1916	1916		Informe				Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales
Segundo Congreso Médico Colombiano	Votos y conclusiones	1917 (1913)		Segundo Congreso Médico de Colombia. Tomo III	Capítulo de memoria			209-223	Universidad de Antioquia Biblioteca Médica Colección Historia de la Medicina

Autor	Título	Año	Fecha	Fuente	Tipo fuente	Vol.	Núm.	Pág.	Ubicación
Tobón, Jorge	Informe que presenta el secretario de gobierno al señor general Pedro Nel Ospina, gobernador del Departamento, al reunirse la Asamblea de 1920	1920	ene-20	Informe que presenta el secretario de gobierno al general Pedro Nel Ospina, gobernador del Departamento, al reunirse la Asamblea de 1920	Informe	N/A	N/A		Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales
Castro, Alfonso	Degeneración colombiana	1920			Libro				Universidad de Antioquia (Biblioteca digital patrimonial)
Uribe Calad, Lázaro	Informe del director del Manicomio Departamental de Antioquia	1921	ene-21	Informe que presenta el secretario de gobierno al Doctor Julio E. Botero, gobernador del Departamento, al reunirse la Asamblea de 1921	Informe	N/A	N/A	39-46	Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales
Uribe Calad, Lázaro	Informe del director del Manicomio Departamental de Antioquia	1922	ene-22	Informe del secretario de goierno presentado al señor gobernador del departamento Dr. Manuel M. Torocon motivo de la reunión de la Asamblea de 1922	Informe	N/A	N/A	52-60	Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales
Uribe Calad, Lázaro	Principales factores etiológicos de la locura en los Departamentos de Antioquia y Caldas	1922	1922	Revista Clínica. Órgano de la Sociedad Clínica del Hospital de Medellín	Artículo de revista	3	25-28	188-199	Universidad de Antioquia Biblioteca Médica - Colección Historia de la Medicina

Autor	Título	Año	Fecha	Fuente	Tipo fuente	Vol.	Núm.	Pág.	Ubicación
Marulanda, Jesús (Gobernador) Pérez, Francisco (Secretario de Gobierno)	Decreto 379 del 11 de julio de 1922, que reglamenta la Ordenanza 16 de 1922	1922	11/07/22	Memoria que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo, gobernador de Antioquia, al reunirse la Asamblea de 1923	Normatividad	N/A	N/A	130- 132	Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales
González Gómez, José M.	Memoria que presenta el Secretario de Gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo, Gobernador de Antioquia, al reunirse la Asamblea de 1923	1923	1/01/23	Memoria que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo, gobernador de Antioquia, al reunirse la Asamblea de 1923	Memoria / Informe	N/A	N/A	114- 115	Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales
Uribe Calad, Lázaro	Informe del director del Manicomio Departamental de Antioquia	1923	1/01/23	Memoria que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo, gobernador de Antioquia, al reunirse la Asamblea de 1923	Memoria / Informe	N/A	N/A	115- 130	Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales
Uribe Calad, Lázaro	Informe del director del Manicomio Departamental de Antioquia	1924	1/01/24	Informe que presenta el secretario de gobierno al Doctor Ricardo Jiménez Jaramillo, gobernador del Departamento, al reunirse la Asamblea de 1924	Memoria / Informe	N/A	N/A	151- 162	Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales

Autor	Título	Año	Fecha	Fuente	Tipo fuente	Vol.	Núm.	Pág.	Ubicación
Uribe Calad, Lázaro	Informe del director del Manicomio Departamental de Antioquia	1925	1/01/25	Informe que presenta el secretario de gobierno al Doctor Ricardo Jiménez Jaramillo, gobernador del Departamento, al reunirse la Asamblea de 1925	Memoria / Informe	N/A	N/A	119-132	Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales
Uribe Calad, Lázaro	Informe del director del Manicomio Departamental de Antioquia	1928	11/04/05	Informe que presenta el secretario de gobierno al general Pedro J. Berrío, gobernador del Departamento, al reunirse la Asamblea de 1928	Memoria / Informe	N/A	N/A		Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales
Uribe G., Ernesto	Parálisis General Progresiva. Contribuciones para su estudio	1928	1/06/28	N/A	Tesis de grado en medicina, Universidad de Antioquia	N/A	N/A	N/A	
Uribe Calad, Lázaro	Informe del director del Manicomio Departamental de Antioquia	1929	1929	Informe que presenta el secretario de gobierno al general Pedro J. Berrío, gobernador del Departamento, al reunirse la Asamblea de 1929	Memoria / Informe	N/A	N/A		Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales
Uribe Calad, Lázaro	Informe del director del Manicomio Departamental de Antioquia	1930	1/01/30	Memoria de 1930 - Miguel Moreno	Memoria / Informe	N/A	N/A		
Asamblea Departamental de Antioquia	Ordenanza 17 de mayo de 1930	1930	2/05/30	Gaceta Departamental	Normatividad	Año XI X	3422	6280	Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales

Autor	Título	Año	Fecha	Fuente	Tipo fuente	Vol.	Núm.	Pág.	Ubicación
Uribe Calad, Lázaro	Informe del director del Manicomio Departamental de Antioquia	1932	1/01/32	Memoria de 1932 - Alberto Ángel	Memoria / Informe	N/A	N/A	181-196	Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales
Uribe Calad, Lázaro	Informe del director del Manicomio Departamental de Antioquia	1933	1/01/33	Memoria de 1933 - José Miguel Jiménez	Memoria / Informe	N/A	N/A	182-193	Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales
Londoño, Juan Bautista	Manicomio Departamental, documentos históricos	1933	1933	Repertorio Histórico de Antioquia	Artículo de revista	XII	132	239-250	Academia Antioqueña de Historia
Vasco, Eduardo	Apuntes para una conferencia	1933		Anales de la Academia de Medicina de Medellín	Artículo de revista	2ª época - año 1	17 y 18	751-766	Universidad de Antioquia (Biblioteca digital patrimonial)
Uribe Calad, Lázaro	Informe del director del Manicomio Departamental de Antioquia	1934	1/01/34	Informe Secretaría de Gobierno	Memoria / Informe	N/A	N/A	167-183	Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales
Uribe Calad, Lázaro	Informe del director del Manicomio Departamental de Antioquia	1935	23/05/35	Secretaría de Gobierno. Informe.	Memoria / Informe	N/A	N/A	297-312	Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales
Uribe Calad, Lázaro	Informe del director del Manicomio Departamental de Antioquia	1936		Memoria de Gobierno, 1936 - Eduardo Uribe Botero	Memoria / Informe	N/A	N/A	258-274	Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales
Córdoba, Carlos E.	Comentarios a la estadística manicomial del departamento de Antioquia	1937	1937	N/A	Tesis de grado en Medicina, Universidad de Antioquia	N/A	N/A	N/A	Universidad de Antioquia (Biblioteca digital patrimonial)
Secretario de Higiene	Informe del secretario de higiene y A.S tomo I 1938	1938	1938	Secretaría de Higiene	Memoria / Informe	N/A	N/A	N/A	Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales

Autor	Título	Año	Fecha	Fuente	Tipo fuente	Vol.	Núm.	Pág.	Ubicación
Uribe Calad, Lázaro	Informe del director del Manicomio Departamental de Antioquia	1939	3/04/39	Informe del Secretario de Higiene y Asuntos Sociales	Memoria / Informe	N/A	N/A	39-46	Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales
Uribe Calad, Lázaro	Manicomio Departamental, Informe del Director Secretaría de Higiene y Asuntos Sociales	1941	abr-41	Informe del Director Secretaría de Higiene y Asuntos Sociales	Memoria / Informe	Capítulo VIII		103-112	Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales
Uribe Calad, Lázaro	Informe del director del Manicomio Departamental de Antioquia	1942	mar-42	Informe del Secretario de Higiene y Asuntos Sociales	Memoria / Informe	N/A	N/A	156-169	Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales
Uribe Calad, Lázaro	Informe del director del Manicomio Departamental de Antioquia	1943	may-43	Informe del Secretario de Higiene y Asuntos Sociales	Memoria / Informe	N/A	N/A	136-149	Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales
Uribe Calad, Lázaro	Informe del director del Manicomio Departamental de Antioquia	1944	abr-05	Informe del Secretario de Higiene y Asuntos Sociales	Memoria / Informe	N/A	N/A	189-205	Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales
Uribe Calad, Lázaro	Informe del director del Manicomio Departamental de Antioquia	1945	mar-45	Informe del Secretario de Higiene y Asuntos Sociales	Memoria / Informe	N/A	N/A	184-196	Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales
Anónimo	Homenaje a dos destacados académicos	1946	1946	Anales de la Academia de Medicina de Medellín	Artículo de revista	11	1 (tercera época)	511-515	Universidad de Antioquia Biblioteca Médica Colección Historia de la Medicina
Uribe Calad, Lázaro	Informe del director del Manicomio Departamental de Antioquia	1946	12/02/46	Informe del Secretario de Higiene y Asuntos Sociales	Memoria / Informe	N/A	N/A	157-172	Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales

Autor	Título	Año	Fecha	Fuente	Tipo fuente	Vol.	Núm.	Pág.	Ubicación
Obando, Carlos	Informe del Manicomio Departamental de Antioquia, 1946	1947	21/03/47	Informe del Director del Instituto Departamental de Higiene y A. S. Labores de 1946	Memoria / Informe	N/A	N/A	73	Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales
Obando, Carlos	Manicomio Departamental. Informe del Médico Jefe	1948	29/03/48	Informe de labores en 1947 y planes para 1948. Instituto Departamental de Higiene y Asistencia Social	Memoria / Informe	N/A	N/A		Archivo Histórico de Antioquia Sala de Publicaciones Oficiales
Landis, Carney	Informe sobre las instituciones mentales	1948	1948	Informe de la Misión Médica enviada a Colombia por el Unitarian Service Committee	Informe de misión internacional	N/A	N/A	507-508	Universidad Nacional - Sede Medellín
Vasco Gutiérrez, Eduardo	Temas de higiene mental, educación y eugenesia	1948			Libro				Biblioteca Pública Piloto
Diez Estrada, Augusto Acosta, Luzmila	Ergoterapia Hospital Mental de Antioquia	1958	1958	Antioquia Médica. Órgano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.	Artículo de revista	8	Noviembre, 9 y 10	370	Universidad de Antioquia Biblioteca Médica Colección Historia de la Medicina
Morales Tobón, Alberto	Como se gestó el Hospital Mental de Antioquia y quiénes fueron sus gestores	1958	1958	Antioquia Médica. Órgano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.	Artículo de revista	8	Noviembre	368-369	Universidad de Antioquia Biblioteca Médica Colección Historia de la Medicina
Posada, Luis Carlos	Informaciones generales sobre el Hospital Mental	1958	1958	Antioquia Médica. Órgano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.	Artículo de revista	8	Noviembre, 9 y 10	359	Universidad de Antioquia Biblioteca Médica Colección Historia de la Medicina

Autor	Título	Año	Fecha	Fuente	Tipo fuente	Vol.	Núm.	Pág.	Ubicación
Robledo Restrepo, Oscar	La reserpina en 200 enfermas del Hospital Mental de Antioquia	1958	1958	Antioquia Médica. Órgano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.	Artículo de revista	8	9 y 10	402 - 407	Universidad de Antioquia Biblioteca Médica Colección Historia de la Medicina
Uribe Calad, Lázaro	Casas para alienados mentales	1958	1958	Antioquia Médica. Órgano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.	Artículo de revista	8	Noviembre, 9 y 10	364-366	Universidad de Antioquia Biblioteca Médica Colección Historia de la Medicina
Diez Estrada, Augusto	Historia Temprana del Manicomio Departamental de Antioquia	1978	1/06/78	Revista Colombiana de Psiquiatría	Artículo de revista	7	2	125-132	Universidad de Antioquia Biblioteca Médica Colección Historia de la Medicina

ANEXO 2. FUENTES PRIMARIAS - PRENSA

Periódico	Fecha	Número	Año	Página	Autor	Título artículo/ Tema	Ubicación / Archivo
El Colombiano	29/03/05	Varios números				En las publicaciones se piden donaciones y se anuncia un bazar	Centro de Información Periodística, periódico El Colombiano
El Colombiano	30/03/05	Varios números				Se anunciaban los nombres de las personas que ingresaban recientemente al manicomio y de quien moría allí en la sección "información social"	
El Sol. Diario de la mañana	27/03/11		172	3	Vives Guerra, Julio	Entrevista concedida por la hermana Cristina, superiora de las Hermanas de la Caridad al periodista Julio Vives Guerra	Biblioteca Nacional de Colombia
El Sol. Diario de la mañana	20/01/13	Año 4	478	2	.	Congreso Médico. Su instalación	
El Sol. Diario de la mañana	20/01/13	Año 4	478	2		Lista de los médicos asistentes al Congreso	
El Sol. Diario de la mañana	28/01/13	Año 4	485	2	.	Congreso Médico. Sesión del día 24, las 2 P.M	
El Sol. Diario de la mañana	24/02/13	Año 4		3		A las damas	
El Sol. Diario de la mañana	5/09/14		964	?	Restrepo E., José V.	Manicomios	
El Sol. Diario de la mañana	17/10/14	Año 4	1000	1	FAU	El trabajo ahuyenta los males	
El Colombiano	18/11/15					Solicitud de donaciones para comprar gramófonos	Centro de Información Periodística, periódico El Colombiano
El Colombiano	29/07/16					Se autoriza al director del Manicomio para pedir al exterior drogas para el manicomio	
El Colombiano	15/09/16					Solicitud del secretario de hacienda para proponer al Consejo Departamental la apertura de un crédito para el ensanchamiento del manicomio	
El Colombiano	11/10/16	922	VI	Serie LIV		El talento de los locos	

Periódico	Fecha	Número	Año	Página	Autor	Título artículo/ Tema	Ubicación / Archivo
El Colombiano	27/10/16	936				Solicitud de donaciones para la compra de una máquina cinematográfica	Centro de Información Periodística, periódico El Colombiano
El Colombiano	29/11/16					En aviso similar, tres mujeres se unen al llamado del 27/10/16 del Sr. Restrepo. Avisos similares se publican en esos días bajo el título "Por los locos"	
El Sol. Diario de la mañana	26/03/17		1713	1		Sobre gramófonos para el manicomio	Biblioteca Nacional de Colombia
El Colombiano	17/11/17					Se reporta la entrada al país del aparato cine adquirido con donaciones para el manicomio	Centro de Información Periodística, periódico El Colombiano
El Colombiano	1/01/18					Se anuncian funciones benéficas con el cinematógrafo adquirido, para acabar de pagarlo	
El Colombiano	19/04/18	1367				El Departamento destina \$200 para compra de máquina cinematográfica para el manicomio.	
El Colombiano	21/06/21				Paífico Coral	Efemérides colombianas. Junio 21 de 1873. Llegada a Bogotá de las Hermanas de la Caridad de Tours	
Revista Sábado	16/07/21	11		118-119	Uribe, Juan de Dios Restrepo, Antonio José	En el manicomio	Biblioteca Pública Piloto - Sala Antioquia
Revista Sábado	30/07/21	13		134-135	Uribe, Juan de Dios Restrepo, Antonio José	Con el poeta	
El Colombiano	1/04/22					Debates sobre reforma/reorganización del manicomio en la Asamblea Departamental	Centro de Información Periodística, periódico El Colombiano
Revista Sábado	1/04/23	88		1061-1072	Revista Sábado	Varios artículos dedicados a la Madre Cayetana	Biblioteca Pública Piloto - Sala Antioquia

Periódico	Fecha	Número	Año	Página	Autor	Título artículo/ Tema	Ubicación / Archivo
El Colombiano	4/11/24					Los muertos en el manicomio de anuncian como "pobres de solemnidad" y "muertos pobres"	Centro de Información Periodística, periódico El Colombiano
El Colombiano	26/06/34			45415	Yagari, Luis	Mi visita al manicomio. Señores Uribes	
El Colombiano	6/09/34	6462	XXIII	2	Palacios T., Alejandro	El Manicomio. Crueldad	
El Colombiano	5/03/37	7298	XXVI	3 y 8	Rico, Edmundo	En el Manicomio de Medellín	
El Colombiano	10/09/37	7483	XXVI	3	González, Ernesto	Una tarde en el Manicomio de Medellín	
El Colombiano	19/09/37			5		"Según datos suministrados por el síndico departamental, las estadísticas del manicomio indican un gran incremento de la locura en este departamento. Esas son, claro está, consecuencias del régimen liberal."	
El Colombiano	7/06/38					Se anunciaba horario de visitas al "Asilo de enajenados"	
El Colombiano	4/11/38					Desde entonces se anunciaba la construcción del "manicomio moderno del departamento"	
El Colombiano	20/01/39			3		La encuesta sobre toxicomanía. Respuesta del doctor G. Fernández a las interesantes preguntas	
El Colombiano	27/05/42					Recluidos en el manicomio varios alienados ahora Numerosos enajenados recibe anualmente el Manicomio de Medellín	
El Colombiano	18/03/48	11121	XXVI			Urgente, Antioquia necesita la construcción de un nuevo manicomio	Centro de Información Periodística, periódico El Colombiano
El Colombiano	19/03/48					Por colecta pública fue construido el primer manicomio departamental. Breve historia del Manicomio de Bermejil. Cómo se inició la construcción. El sostenimiento.	

Periódico	Fecha	Número	Año	Página	Autor	Título artículo/ Tema	Ubicación / Archivo
El Colombiano	21/03/48					Donación de tierras para el nuevo manicomio. En algunas de las publicaciones de este año aún se habla de casa de orates.	Centro de Información Periodística, periódico El Colombiano
El Colombiano	17/11/48			1 y 12		El Manicomio	
El Colombiano	16/02/49			2		"No me gusta el cruce matemático", dice sr. Gobernador. Habla de llegada de experto para confección de planos del Hospital	
El Colombiano	7/03/49	11121	XXXVII	2		Déficit de nueve mil pesos mensuales en el Manicomio	
El Colombiano	28/04/51	12145	XXXIX	14		Planos del nuevo y moderno Manicomio Departamental	
El Colombiano	20/07/52	12633	XLI	12		Construcción nuevo manicomio	
El Colombiano	19/11/53	13103	XLII	3		Donaciones Manicomio	
El Colombiano	23/11/53					Creada junta pro-bienestar del manicomio entre entidades de beneficencia.	
El Colombiano	2/12/53			13	Mejía de Restrepo, Ana	El Manicomio Departamental	
El Colombiano	4/12/53			2		Los locos reclusos en el manicomio están aguantando hambre	
El Colombiano	6/12/53	13120	XLII	2		La sociedad está conmovida por lo que ocurre en el manicomio	
El Colombiano	2/08/54			2		Cuatro tocadiscos para el Manicomio	
El Colombiano	3/08/54					Entrega discoteca para el Manicomio	
El Colombiano	16/09/54			2		Se incrementa la campaña a beneficio del manicomio	
El Colombiano	19/09/54			2		Muchas necesidades urgentes tiene todavía el Manicomio	
El Colombiano	25/02/56					Magníficos resultados ha dado la campaña sobre el manicomio	

Periódico	Fecha	Número	Año	Página	Autor	Título artículo/ Tema	Ubicación / Archivo
El Colombiano	12/03/56			4		La ergoterapia está dando resultados satisfactorios	Centro de Información Periodística, periódico El Colombiano
El Colombiano	20/03/56			2		Médica antioqueña viajará para especializarse en ergoterapia	
El Colombiano	13/11/78			9A	Restrepo Santamaría, Margarita	Cien años de "locura", un siglo de soledad. Hospital Mental de Antioquia	
Revista Cromos	15/09/1958			15-18	Solano, Luz	Del género femenino / Psiquiatra	Biblioteca Nacional de Colombia / Biblioteca Luis Ángel Arango

ANEXO 3. FUENTES PRIMARIAS PLÁSTICAS

Autor	Título	Fecha creación	Tipo fuente	Soporte físico	Ubicación / Localización	Fondo, Colección o Serie	Código de referencia
Gil Ochoa, Horacio	Hospital Mental	7/10/61	Fotografía	Acetato de celulosa - 6 x 9 cm	Biblioteca Pública Piloto Archivo Fotográfico	Fondo Horacio Gil Ochoa	BPP-F-039-0096
Gil Ochoa, Horacio	Hospital Mental	7/10/61	Fotografía	Acetato de celulosa - 6 x 9 cm	Biblioteca Pública Piloto Archivo Fotográfico	Fondo Horacio Gil Ochoa	BPP-F-039-0097
Gil Ochoa, Horacio	Hospital Mental	7/10/61	Fotografía	Acetato de celulosa - 6 x 9 cm	Biblioteca Pública Piloto Archivo Fotográfico	Fondo Horacio Gil Ochoa	BPP-F-039-00100
Gil Ochoa, Horacio	Hospital Mental	7/10/61	Fotografía	Acetato de celulosa - 6 x 9 cm	Biblioteca Pública Piloto Archivo Fotográfico	Fondo Horacio Gil Ochoa	BPP-F-039-00101
Gil Ochoa, Horacio	Hospital Mental	7/10/61	Fotografía	Acetato de celulosa - 6 x 9 cm	Biblioteca Pública Piloto Archivo Fotográfico	Fondo Horacio Gil Ochoa	BPP-F-039-00102
Gil Ochoa, Horacio	Hospital Mental	7/10/61	Fotografía	Acetato de celulosa - 6 x 9 cm	Biblioteca Pública Piloto Archivo Fotográfico	Fondo Horacio Gil Ochoa	BPP-F-039-0257
Gil Ochoa, Horacio	Hospital Mental	7/10/61	Fotografía	Acetato de celulosa - 6 x 9 cm	Biblioteca Pública Piloto Archivo Fotográfico	Fondo Horacio Gil Ochoa	BPP-F-039-00101
Fotografía Rodríguez	Manicomio [Departamental]	192?	Fotografía	Otros - 9 x 12 cm	Biblioteca Pública Piloto Archivo Fotográfico	Fotografía Rodríguez, 1891-1995	BPP-F-002-0709
Anónimo	Manicomio	192?	Fotografía	Postal	Biblioteca Pública Piloto Archivo Fotográfico	No se informa	BPP-F-014-0175
Calle Muñoz, Benjamín de la	Vista general del Manicomio	1916	Fotografía	13 x 18	Biblioteca Pública Piloto Archivo Fotográfico	No se informa	BPP-F-011-0869
Mejía, Francisco	Manicomio	1939	Fotografía	13 x 18	Biblioteca Pública Piloto - Archivo Fotográfico	No se informa	BPP-F-014-0108

Autor	Título	Fecha creación	Tipo fuente	Soporte físico	Ubicación / Localización	Fondo, Colección o Serie	Código de referencia
Calle Muñoz, Benjamín de la	Vista de los enajenados, Manicomio de Medellín	1910	Fotografía	13 x 18	Biblioteca Pública Piloto - Archivo Fotográfico	No se informa	BPP-F-011-0232
Calle Muñoz, Benjamín de la	Manicomio de Medellín	1920 [1910]	Fotografía	13 x 18	Biblioteca Pública Piloto - Archivo Fotográfico	No se informa	BPP-F-014-0175
Mejía, Francisco	Manicomio [Departamental]	192?	Fotografía	13 x 18	Biblioteca Pública Piloto - Archivo Fotográfico	No se informa	BPP-F-004-0687
Fotografía Rodríguez 1891 - 1995		1895	Fotografía	13 x 18	Biblioteca Pública Piloto - Archivo Fotográfico	Fotografía Rodríguez	BPP-F-009-0451
Fotografía Rodríguez 1891 - 1995	Segundo Congreso Médico Nacional	1913	Fotografía	Salón	Biblioteca Pública Piloto - Archivo Fotográfico	Fotografía Rodríguez	BPP-F-007-0245
Lalinde, Manuel	Un grupo interesante de Alienados	1921	Captura de documento escaneado, publicado originalmente en E. y J., 1921	Fotografía /Revista	Biblioteca Pública Piloto / Sala Antioquia		No tiene
Lalinde, Manuel	En el Departamento de Mujeres	1921	Captura de documento escaneado, publicado originalmente en E. y J., 1921	Fotografía /Revista	Biblioteca Pública Piloto / Sala Antioquia		No tiene
Jonhson, Luis G.	Plano del Manicomio	1892	Captura de documento escaneado, publicado originalmente en Londoño, 1897	Fotografía /Revista	Universidad de Antioquia Biblioteca Digital Patrimonial	No se informa	No tiene

Autor	Título	Fecha creación	Tipo fuente	Soporte físico	Ubicación / Localización	Fondo, Colección o Serie	Código de referencia
Anónimo, aunque tiene firma, no es legible.	Patio del Buen Pastor, Manicomio de Medellín (Dibujo de un paciente, 1954).	1954	Captura del documento escaneado, publicado en Roselli, 1968, p. 504	Dibujo en papel / libro	Biblioteca Luis Ángel Arango		No tiene
Anónimo	Staff del Hospital Mental, 1958	1958	Captura del documento escaneado, publicado en la revista Antioquia Médica, 8 (9 y 10), p. 369	Fotografía /Revista	Universidad de Antioquia Biblioteca Digital Patrimonial	No se informa	No tiene
Anónimo	Patio de San José del viejo Hospital Mental	1958	Captura del documento escaneado, publicado en la revista Antioquia Médica, 8 (9 y 10), p. 438	Fotografía /Revista	Universidad de Antioquia Biblioteca Digital Patrimonial	No se informa	No tiene
Anónimo. Podría atribuirse al fotógrafo Gabriel Carvajal Pérez.	Vista panorámica del nuevo Hospital Mental	1958	Captura del documento escaneado, publicado en la revista Antioquia Médica Vol. 8 n.º 9 y 10 de 1958, p. 363	Fotografía /Revista	Universidad de Antioquia Biblioteca Médica Colección Historia de la Medicina	No se informa. De asumirse la autoría de Gabriel Carvajal Pérez, podría ubicarse en el Fondo Gabriel Carvajal Pérez de la Biblioteca Pública Piloto.	No tiene
Alex	Uno de los salones de la Ergoterapia, elaborando cajas de cartón	1958	Captura del documento escaneado, publicado en la Revista Cromos (Solano, 1958, p. 17)	Fotografía /Revista	Biblioteca Nacional de Colombia / Biblioteca Luis Ángel Arango		No tiene
Alex	La música de cuerda para Arturito es indispensable	1958	Captura del documento escaneado, publicado en la Revista Cromos (Solano, 1958, p. 17)	Fotografía /Revista	Biblioteca Nacional de Colombia / Biblioteca Luis Ángel Arango		No tiene
Alex	Los tabacos para el gasto del Hospital, se elaboran allí mismo	1958	Captura del documento escaneado, publicado en la Revista Cromos (Solano, 1958, p. 17)	Fotografía /Revista	Biblioteca Nacional de Colombia / Biblioteca Luis Ángel Arango		No tiene

Autor	Título	Fecha creación	Tipo fuente	Soporte físico	Ubicación / Localización	Fondo, Colección o Serie	Código de referencia
Alex	Luzmila Acosta Rave, encabezando un reportaje publicado en la Revista Cromos, 1958.	1958	Captura del documento escaneado, publicado en la Revista Cromos (Solano, 1958, p. 15)	Fotografía /Revista	Biblioteca Nacional de Colombia / Biblioteca Luis Ángel Arango		No tiene
Alex	Con blusa blanca y falda negra, la psiquiatra antioqueña	1958	Captura del documento escaneado, publicado en la Revista Cromos (Solano, 1958, p. 16)	Fotografía /Revista	Biblioteca Nacional de Colombia / Biblioteca Luis Ángel Arango		No tiene
Alex	El baile, una de las principales recreaciones	1958	Captura del documento escaneado, publicado en la Revista Cromos (Solano, 1958, p. 15)	Fotografía /Revista	Biblioteca Nacional de Colombia / Biblioteca Luis Ángel Arango		No tiene
Quiroz Torres, Bernardo María	Primer periodo 1875-1900	1989	Captura del documento escaneado, publicado en Quiroz Torres (1989).	Dibujo en papel / libro	Biblioteca Pública Piloto		Clasificación DEWEY: 986.1262 Q8hi
Quiroz Torres, Bernardo María	1920 a 1950	1989	Captura del documento escaneado, publicado en Quiroz Torres (1989).	Dibujo en papel / libro	Biblioteca Pública Piloto		Clasificación DEWEY: 986.1262 Q8hi
Gobernación de Antioquia	Mujeres Sin Miedo. Luzmila Acosta de Ochoa	Septiembre de 2013	Video	No tiene	Canal de YouTube, Gobernación de Antioquia	Mujeres sin miedo	No tiene
Bernal Camargo, Carolina Isaza, María Luisa	Luzmila Acosta de Ochoa	2022	Ilustración	Ilustración /Libro	Fundación Secretos para contar		No tiene

ANEXO 4. RECREACIÓN DE UNA FICHA DEL DEPARTAMENTO DE ERGOTERAPIA, 1961

HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
DEPARTAMENTO DE ERGOTERAPIA
Record de Tratamiento Diario

Año

1961

Nombre

[Se omite para la investigación. Hombre. H.C. #3283]

[illegible]

OBSERVACIONES DEL Terapeuta

Fecha

Sept. 25 Entro de [ilegible]. En perfecto estado y muy trabajador.

Sept. 29	Entre de [registro]. En perfecto
Oct. 19	Continúa bien y muy trabajador

Oct. 19	Continúa bien y muy trabajador
Nov. 2	Le fue dado un permiso por 20 días por la Dra. Luz Mila Ochoa

Ene. 7/ 1962 [ilegible] y como siempre trabajador

Ene. 20/ 1962 Como siempre trabajador

No se pudo sacar a trabajar por excitación

Trató de no salir a trabajar pero en general lo hace bien

Mar. 2 Quiso autoeliminarse con el cuchillo de trabajo (muy peligroso)