

DISCURSOS Y PRÁCTICAS POLÍTICO-ADMINISTRATIVAS DE MEDICALIZACIÓN DE LA LOCURA EN CALDAS, COLOMBIA (1908-1944)

JULIÁN-ANDRÉS AMADO-BECERRA¹, JAIRO GUTIÉRREZ-AVENDAÑO²

Recibido para publicación: 29-10-2020 - Versión corregida: 05-04-2021 - Aprobado para publicación: 16-04-2021

Amado-Becerra JA, Gutiérrez-Avenidaño J. **Discursos y prácticas político-administrativas de medicalización de la locura en Caldas, Colombia (1908-1944)**. *Arch Med (Manizales)*. 2021; 21(2):476-491. <https://doi.org/10.30554/archmed.21.2.4047.2021>

Resumen

Objetivo: comprender los discursos, las prácticas y terapéuticas premedicalizantes que llevaron a cabo los políticos y las administraciones de Beneficencia en Caldas de 1908 a 1944. **Materiales y métodos:** análisis histórico-hermenéutico de los discursos registrados en ordenanzas, pronunciamientos políticos del momento en las asambleas, informes de gobernaciones, cartas interinstitucionales y cuestionarios en los que se informaba la condición de los pacientes. **Resultados:** se observó la constante referencia del “loco” como fuera del orden moral y social cuando interrumpía la vida pública, con sus ataques furiosos, la propiedad privada y el decoro de la ciudad. Por otro lado, se advirtió la visión práctica de la racionalidad estatal frente al tratamiento debido a estos sujetos, un aislamiento en casa o en un manicomio. **Conclusión:** en el periodo estudiado se dio un proceso de protomedicalización. Primero porque no existía un saber médico universitario consolidado que respaldara una conducta medicalizante puesta en escena por médicos-psiquiátricos; este emergerá con fuerza en la década del 50 y 60 con la fundación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Caldas de Manizales y, luego, en los años 60 con la creación de la especialidad de psiquiatría. Segundo, no se contaba con una clínica psiquiátrica en el departamento, pero sí se evidenció la preocupación y la necesidad de su construcción, contemplada en los discursos políticos de la época, así como en la continuidad tendencial en los presupuestos asignados para el tratamiento de los enajenados y se nota un creciente interés por la profesionalización médica y proporcionarle un tratamiento más especializado a los enajenados de la región.

Archivos de Medicina (Manizales) Volumen 21 N° 2, Julio-Diciembre 2021, ISSN versión impresa 1657-320X, ISSN versión en línea 2339-3874, Amado-Becerra JA, Gutiérrez-Avenidaño J.

- 1 Historiador, Universidad de Caldas, Colombia. Red Colombiana de Historia de la Salud Mental. Manizales, Colombia. ORCID: 0000-0001-7007-5938 Correo e: acracio950@gmail.com * Autor para correspondencia.
- 2 PhD. Ciencias Sociales y Humanas, Universidad Nacional de Colombia. Posdoc. Bioética, U. El Bosque. Msc. Educación, Filósofo, UdeA. Integrante del grupo Estudios de Fenómenos Psicosociales. Red Colombiana de Historia de la Salud Mental. Medellín, Colombia. ORCID: 0000-0002-0642-0722 Correo e: jairo.gutierrezav@amigo.edu.co

Palabras clave: *asistencia social; historia de la medicina; medicalización; psiquiatría; servicio de psiquiatría en hospital.*

Discourses and political-administrative practices of the medicalization of madness in Caldas, Colombia (1908-1944)

Summary

Objective: *to understand the speeches, practices and premedicalizing therapeutics carried out by politicians and charitable administrations in Caldas from 1908 to 1944.*

Materials and methods: *historical-hermeneutical analysis of the speeches recorded in ordinances, political pronouncements of the moment in the assemblies, reports from governments, inter-institutional letters and questionnaires in which the condition of the patients was reported. Results:* *the constant reference of the madman as outside the moral and social order was observed when he interrupted public life with his furious attacks, the property and the decorum of the city. On the other hand, it was possible to see the practical vision of state rationality regarding the treatment that these subjects should have, whether they were isolated at home or in an asylum. Conclusion:* *in the period studied, a process of proto-medicalization emerged, first because there was no consolidated university medical knowledge, this will emerge strongly in the 50s and 60s with the founding of the Faculty of Medicine and, later, in the 60s with the creation of the specialty of psychiatry; Second, there was no psychiatric clinic in the department, but there was evidence of concern and the need for its construction, contemplated in the political speeches of the time, as well as in the trend continuity in the budgets assigned for the alienated and he notes a growing interest in medical professionalization and in giving a more specialized treatment to the alienated in the region.*

Keywords: *history of Medicine; medicalization; social assistance; psychiatry; psychiatric department.*

Introducción

La psiquiatría moderna se delimita según tres paradigmas: el primero es el alienismo (1793-1854), desde cuando Pinel fue nombrado médico del Hospicio de Bicêtre hasta la publicación del artículo de ruptura de J-P Falret, *De la non existence de la monomanie*, en oposición a la unidad de la patología mental. Mientras que, según Lantéri-Laura, a finales del siglo XIX, en la terapéutica y en la clínica, el alienismo (modelo manicomial) y la teoría de la degeneración (causas predisponentes

y determinantes) habían perdido vigencia en Occidente [1], en Colombia cobraron fuerza durante la primera mitad del siglo XX.

El alienismo se entiende en dos sentidos: en la historia de la clínica, más allá de reducirlo como sinónimo de “alienación mental”, locura o demencia, es el inicio de la institucionalización y medicalización de los trastornos mentales mediante el “tratamiento moral” basado en el diálogo entre médico y enfermo, el encierro terapéutico, las actividades al aire libre y el trabajo como regenerador de capacidades

físicas, mentales y sociales. Una segunda perspectiva es la sociológica, que designa una política de salud mental específica, un modelo administrativo articulado con un código teórico, una tecnología de intervención, un dispositivo institucional, un cuerpo de profesionales y un rol del usuario [2].

La universal teoría de la degeneración, que influyó en el discurso psiquiátrico de este período inicial, establecía que “los seres degenerados forman grupos o familias que poseen elementos distintivos en la naturaleza de la causa que los ha hecho invariablemente lo que son en realidad: un desvío mórbido del tipo normal de la humanidad” [3]. Así, Morel definió su teoría según tres nociones: predisposición o herencia, causas predisponentes y causas determinantes, que podían ser tanto físicas como morales y sociales. Pretendía sustituir una clasificación sintomática por una etiológico-hereditaria común de las formas de alienación y del conjunto de las idiotías, puesto que al conocer dichas causas se podría elaborar un sistema clasificatorio de nosografías y, por tanto, la respectiva terapéutica [4].

El segundo paradigma es el de la psicopatología y se puede situar entre el surgimiento de las enfermedades mentales (1854-1926), hasta cuando estas fueron definidas en plural en el *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française* en Ginebra y Lausana, donde Bleuler presentó en francés su concepción sobre el grupo de las esquizofrenias, ampliamente acogida en Europa y de la cual se derivó luego el concepto de estructura psicopatológica [1].

El tercer paradigma es el de las grandes estructuras psicopatológicas (1926-1977). Este se mantuvo hasta cuando se introdujo en psiquiatría la noción de estructura en la fenomenología de Minkowski en su *Traitéé de psychopathologie* y la teoría organodinámica de Henri Ey en su obra *La conscience* [1].

En Colombia, durante la primera época de funcionamiento de los asilos 1870-1910, predominó la nosología de “locura maniacodepresiva” de Kraepelin. En efecto, debido a la tradición del manejo del grupo de las manías, los asilos psiquiátricos se llamaron manicomios. Al anterior le siguió la psicosis, que apareció por primera vez en la década 1910-1920; hasta la irrupción de la esquizofrenia en la década 1920-1930 (asociada a la demencia precoz de la que derivó la monomanía en Esquirol y posteriormente la esquizofrenia en Bleuler). El diagnóstico de esquizofrenia tuvo mayor desarrollo en las primeras décadas de funcionamiento de los modernos hospitales psiquiátricos en Cundinamarca (1938), Valle del Cauca (1955) y Antioquia (1958) [5].

/OBS. Bueno, cuando leí y escuché sobre estas cosas en los años 60 predominaba la clasificación de Kraepelin??/

¿Qué hacer con los locos? Fue una pregunta constante a principios del siglo XX y en el desarrollo de la primera mitad de este en el departamento de Caldas, Colombia. Las respuestas variaron, algunos apuntaron a la creación urgente de un manicomio local para albergar a estos individuos y otros no prestaron mucha atención a este asunto. Sin embargo, hubo interés en estos personajes y en este problema, ya sea por la asignación de partidas presupuestales, la incorporación de los procedimientos policiales para el manejo de los locos o en los largos procesos burocráticos para asignar gastos de sostenimiento y viaje, a fin de que los pacientes caldenses pudieran recibir tratamientos o confinarlos en Bogotá. Fue entonces un problema social, de orden público y médico atendido por las autoridades mediante medidas concretas que buscaron alguna solución.

Al abordar los archivos gubernamentales, burocráticos y políticos no queda clara la figuración del sujeto a intervenir; hay una mezcla entre el problema de la locura que se desea de algún modo solucionar mediante una cura vista

desde el encierro y, por otro lado, la manifestación factual del loco en su ubicación geográfica, cultural, moral y ética en todas sus dimensiones como sujeto. De ahí que aparezcan preguntas como, ¿por qué la locura fue un problema para la región?, ¿quién o quiénes subjetivaron al loco para enviarlo al manicomio?, ¿qué proceso vivió el sujeto-loco-problema a partir de su diagnóstico fuera del manicomio hasta su llegada al mismo?, ¿existió una locura uniforme y homogénea?, ¿fue la locura un problema del discurso o más bien un inconveniente relacionado con las prácticas indeseables para un corpus social que deseó aislarlos?

Todas estas preguntas configuran el marco genérico que configuraron la mayoría de los procesos medicalizantes. La medicalización se entiende como un proceso por medio del cual problemas no médicos (morales, políticos, identitarios, económico/sociales, etc.) se convierten y se definen directamente como problemas médicos, traducidos con el paso del tiempo en enfermedades, nosologías, trastornos y otros. Parece ser la medicalización el despliegue de los problemas sociales a los marcos médicos de entendimiento para tratamiento del problema en cuestión. Según Conrad, una práctica medicalizante se evidencia en tres niveles: conceptual, referido a la reflexión médica o sociológica de una enfermedad; institucional, referido al sustento de un saber universitario o académico; y, uno interaccional donde el paciente interactúa con el médico, funcionario o persona que le asigna el tratamiento a su padecer [6].

En este orden de ideas, la medicalización psiquiátrica en Caldas no se cumplió a cabalidad durante el período estudiado, porque no existía facultad de medicina y la interacción médico psiquiátrica en la región no fue tan cercana. Por esta razón, es preciso pensar el concepto de proto o premedicalización psiquiátrica, porque se trató de momento previo y parte de la formación de la moderna medicalización

psiquiátrica que llegaría con fuerza a mitad del siglo XX en la región y en Colombia.

La locura se constituyó como un problema moral o social que, poco a poco, se iría convirtiendo en problema médico con instrumentos, definiciones, tratamientos, directrices y demás indicaciones de aislamiento para tratarlo [7]. Las medidas políticas y presupuestales dirigidas a estas personas que sufrían algo “desconocido” para ellos mismos y para los otros, fueron procesos premedicalizantes. Si bien no fueron los médicos quienes propiamente “medicalizaron” mediante el aislamiento, los políticos disertaron sobre las condiciones de salud de esta población y con sus conocimientos administrativos volvieron tal problema social en un asunto que llegaría a manos de psiquiatras a mitad del siglo XX con la construcción de clínicas, suministro de fármacos, nuevos procedimientos y tratamientos diversos.

En este sentido, se presenta el relato de un proceso vivido por varios individuos señalados como locos en la primera mitad del siglo XX en la región caldense. Un asunto lleno de encadenamientos humanos, burocráticos, emotivos y económicos, construido a partir de cartas enviadas por alcaldes de la región a la Beneficencia de Cundinamarca, institución encargada de repartir las locas y los locos a los manicomios correspondientes, fuera el de San Juan de Dios o el de Sibaté para los hombres, o el Asilo de Locas para las mujeres, o el Manicomio Departamental de Antioquia. Estas comunicaciones revelan los modelos burocráticos de traslado y tratamiento, dinámicas y dramas familiares, como también la construcción de un modelo de administración del problema configurado desde el asilamiento manicomial a partir de 1911 hasta la fundación de la Clínica San Juan de Dios de Manizales en 1953, ya con estrategias de la nueva psiquiatría farmacológica. Esta muestra documental permitió trazar el esqueleto organizacional y el corpus burocrático-político-médico por el que pasó este problema-sujeto llamado locura.

Materiales y métodos

El enfoque histórico-hermenéutico permitió redescubrir el mundo de la locura en Caldas a través de una crítica indirecta de las ideologías, el lenguaje usado y la argumentación. De este modo, se incluyeron acciones concretas para entender las mentalidades hegemónicas del público analizado (médicos, políticos y otros actores), luego se procedió a comprender la relevancia de los documentos leídos y producidos para la época. Entre qué fechas se efectuó la investigación?

Las técnicas de captura fueron: análisis categorial, análisis de discurso, transcripción y tabulación de los datos cuantitativos y cualitativos de los documentos consultados en el Archivo Municipal de Manizales (acuerdos y contratos de la alcaldía), Archivo de la Gobernación de Caldas (gacetas departamentales, acuerdos, contratos y ordenanzas etc.). En suma, este corpus dio cuenta de las relaciones entre el Gobierno Departamental, el saber médico y las prácticas terapéuticas financiadas por el Departamento de Caldas.

Con los datos recolectados de tipo cualitativo se logró agrupar, cruzar y relacionar la información bajo los tres ejes conceptuales explicativos que atravesaron la investigación: saber médico proto psiquiátrico (modelo asistencial, desmanicomialización), discursos y saberes (objetivación de la locura, epistemología) y prácticas (asilamiento, financiaciones presupuestales, clínicas, terapéuticas). Del mismo modo, se usaron fichas de lectura, resúmenes analíticos y estadística descriptiva.

Resultados

Una definición discursivo-normativa tendencial para el sujeto disruptivo

Una ordenanza de policía de 1911 inauguró la respuesta al interrogante de ¿qué hacer con los locos en la ciudad? Dicha ordenanza respondería de la siguiente forma: si se llegaba

a encontrar a un loco furioso en la calle y se lo definía a partir de una neurosis genérica con un arrebató demente, o como alguien extraviado en su violencia y agitado fuertemente por sus impulsos llenos de furor. Si se le encontraba en algún lugar causando inconvenientes, podía ser llamada la policía para prevenir cualquier violencia sobre los habitantes o sus propiedades [8].

Si sus parientes se negaban a recibirlo en casa o no tenían cómo cuidarlo porque ya se salía de todo control posible, se les indicaba que debían internarlo en un manicomio, asilo o lugar de reposo donde fuera recibido para ser alojado y curado con el tiempo y los tratamientos del momento.

Siempre se recurrió a los parientes porque el Código Civil les imponía esa obligación por ley, si los familiares cercanos o lejanos a quienes recurría el enajenado se negaban a sostenerlo, la policía les podía imponer multas hasta de cinco pesos hasta que cumplieran con su deber. Si después de estas multas sin pagar y demás dificultades no lograban encargarse de él, la responsabilidad pasaba al Establecimiento de Beneficencia Departamental de Caldas [8]. A partir de ese momento, el loco, con sus gastos, era cubierto y cobijado económicamente por el Departamento, con la salvedad de que todos sus bienes y los de sus parientes pasarían a ser del Estado para pagar su deuda de cuidado.

Tener un familiar en condición de locura era una calamidad social pública, interna y generacional, y más si se estaba en condición de pobreza. Antes de llegar a medidas tan extremas, primero evaluaban si el paciente había tenido ataques seguidos de locura o no; de no ser así se le encerraba por unos días y los familiares asumían esos costos. Por otro lado, esta ordenanza contemplaba la existencia de locos no furiosos, descritos como individuos invadidos por un ensimismamiento extremo, repeticiones de gestos repentinos, demencias, problemas de cognición, o melancolías profundas con manías de algún modo controlables

según la tradición conceptual y patológica del momento [9].

La persona de quien dependiera debía por obligación buscarle cura y atención, y si se veía totalmente impedido podía acudir al jefe de policía para buscar ayuda y pasar el caso al Distrito, para que se hicieran cargo de él y de sus gastos. Una salvedad importante es que el gobierno departamental no podía obligar a la familia del paciente a tenerlo en el hogar, porque se consideraba más importante proteger a los sanos de alguna desgracia que pudiera ocurrir.

Si llegaban a existir dudas frente al estado verdadero de locura furiosa o locura normal se enviaban peritos médicos para que evaluaran el juicio racional, ya fuera para confirmar la locura y encerrarlo o para liberarlo. Para la familia seguía siendo una desventura el ser loco, así mismo para el afectado y en parte para el gobierno departamental que, en la mayoría de los casos, tuvo que encargarse de los gastos del paciente asistido por organizaciones de beneficencia o filantrópicas que se apiadaban de estos sujetos [8].

Una vez el paciente pasaba por la desventura de que su caso fuera diagnosticado dentro de los márgenes de la locura, o la familia lo hubiera llevado y no tuvieran cómo sostener su curación/encierro, se pasaba al siguiente momento: llevarlo al Establecimiento de Beneficencia Departamental, para los años 1911, o a la Administración de Higiene Pública, en los años 1930 en adelante, lugares en donde se le preguntaba por su vida, costumbres, familiares, la condición de su enfermedad, sus herencias, creencias, recursos económicos y llenar una serie de requisitos que lo volviesen apto para ser beneficiario del órgano gubernamental para su curación y para que el manicomio al que sería enviado tuvieran sus datos.

En el informe del gobernador de Caldas, Daniel Gutiérrez Arango a la Asamblea Departamental de 1928, anotaba que el número de enajenados caldenses asilados en Bogotá

y en Medellín iba en aumento [10]. De 1911 a 1928 se comenzó a usar la palabra “enajenado” a la par de la de “loco”. Esta forma no tejió diferencias patentes en las prácticas y en la subjetivación del individuo-problema a la hora de evaluarlo para remitirlo a Bogotá o Medellín. Sin embargo, de allí surgieron diferencias latentes que paulatinamente incluyeron en la categoría “loco” a otro tipo de sujetos.

A ellos se refirió el gobernador de Caldas en 1928 cuando, preocupado, informó a la Asamblea Departamental que estos sujetos ascendían a 87 porque, a pesar de que “varios vienen muriendo”, la cifra superaba en 33 pacientes al año anterior, o sea, un 37,93% de aumento en menos de un año del traslado de estos locos. De ahí que se pronunciara y propusiera la construcción de “un asilo local que atienda a esta tasa de locos que vienen superando la media de pacientes en el departamento” [10], llamado que continuaría durante los años 30.

Ante las autoridades se presentaba una declaración juramentada de la familia que otorgaba responsabilidad al Departamento de Caldas y, junto al certificado médico, se lo interrogaba a través de un cuestionario obligatorio que manejó preguntas relacionadas con datos personales de nacimiento, padres, procedencia, enfermedades, y/o otras cercanas a los familiares, costumbres y antecedentes hereditarios, consignados en un formato ordenado en la Circular No. 24 reglamentada por la Asamblea Departamental de Caldas por exigencia de la Beneficencia de Cundinamarca [11] para todas las gobernaciones con las que tuvo convenio en 1937. Según la respuesta, se ponderaba su evaluación y esperanzas de recuperación. Se continuaba con el interrogatorio y se le preguntaba de qué habían muerto los padres, también si tenía noticia de otro loco en la familia, si poseía hermanos y sus estados de salud.

Luego se continuaba con los antecedentes personales en un tono más cercano a las prácticas cotidianas de un ciudadano de 1930

enfermo de algo mental, causas asociadas al abuso del alcohol o bebidas fermentadas: ¿es alcohólico?, ¿en qué trabajaba?, ¿estaba completamente sano?, ¿había estado loco en otras ocasiones?, ¿sufría de ataques?, ¿tiene hijos o tuvo hijos?, ¿tiene otras enfermedades?, ¿desgracias? [11] Algo a destacar es el permanente acento de la locura como ataques o estados que de repente podrían tomar a la persona o una condición habitual de la cual no podía salir y que comprometían su situación civil y laboral.

La siguiente fase de preguntas contenían un ejercicio de autoidentificación para identificar las causas de su locura: ¿cómo le comenzó?, ¿cuándo le comenzó? y le pedían al policía escribano que relatara detalladamente las respuestas y conductas mientras respondía estas preguntas [11]. El enajenado debía ubicar las sensaciones al momento del ataque más grave que lo condujo a la policía para ser recluido; también debía recordar lo que pasó por su mente en esos momentos, qué lo había enojado, qué lo había desequilibrado, así como a develar en qué preciso momento le había comenzado su locura: cuando caminaba, cuando tomaba chicha en la esquina o en la plaza o simplemente como una condición permanente de la que no podía escapar. Por otro lado, las indicaciones al entrevistador frente a la correspondencia entre lo que hacía y decía el paciente pretendían develar la calidad de su razonamiento, o en palabras de Foucault, su “nivel de estatus de verdad” en el que se podría confiar o no bajo la categoría de la razón verdadera que detentaban las autoridades morales, policiales o médicas en el caso correspondiente [12].

En el último momento preguntaban [11] por su lugar de nacimiento, dónde fue criado, nombre y dirección de sus padres, sus hermanos y esposa o esposo dado el caso si tuviese alguno de estos vivos. Luego se enfocaba hacia sus medios de subsistencia, su oficio, cuánto recibía de pago, si le llegaba apoyo de sus parientes o de alguna persona interesada por su

bienestar, qué tipo de apoyo era y si alguien le financiaría el viaje al manicomio; si así fuera se le pedía dirección y nombre para contactarlo. Si su respuesta al financiamiento ajeno era negativa y propio del viaje, se asumía que el gobierno departamental debía adjudicarse estos gastos. Y por último se le preguntaba por la persona a quien se debía dar aviso de cualquier imprevisto durante el encierro en Bogotá o en Medellín. Luego el policía o los policías que lo conducirían al manicomio ponían sus nombres, la fecha, el alcalde autorizaba y el paciente era trasladado [11].

A manera de ejemplo, una paciente oriunda de Mariquita-Tolima en 1941 casada, 36 años de edad y su profesión unida a la mayoría de las pacientes de la época, dedicadas a oficios domésticos [5] manifiesta todo lo relacionado a su herencia, padres (muertos, ninguno alcohólico, sifilítico o loco, muertos de forma natural por la edad) un hermano que murió loco, y, sin más detalles continuó respondiendo que tenía más familiares, dos hermanas sanas en condición de pobreza. Añadió que tomaba con frecuencia, que no tenía ningún tipo de sífilis, completamente sana antes del episodio de locura y que sólo había sufrido un ataque al corazón y uno que otro golpe por cabalgaduras en caballo junto a episodios cortos de paludismo [13]. De estas respuestas llama la atención la ingesta frecuente de alcohol. En los casos anteriores, el alcohol aparecería como una de las mayores causas de locura o ataques de locura en los locos estacionales o permanentes; asimismo, las fiebres altas del paludismo producían delirios.

La parte más interesante del documento relatada cómo le había empezado la locura. Describió un aburrimiento y un despecho fruto del recuerdo de su hija al abandonar la casa cuando aún la quería mucho [13]. Tal aburrimiento en su origen es en su particularidad etimológica *ab-horrere* un miedo al vacío, o un miedo a la soledad; es también un separarse de lo que lo haría temblar o asustarse, es el

tedio en extremo y el despecho *despectus* sería el desprecio o el menosprecio sentido hacia sí misma, fruto del desafío de la hija al desampararla.

La paciente recordó la fecha de tal sentimiento y contó su episodio de locura. Sentada en la entrada de su casa, insultó el honor de los padres de los ciudadanos y tiró piedras a cualquier persona con desespero, llanto y tristeza. Esto hizo mientras decía con desesperación que "...había que perdonar, que de forma inevitable veía se iba a morir, que se iba a morir mientras lanzaba un rezo y repetía que iba a morir" [13]. Insultaba a su hija por rebelde, a su nieto, a su esposo y a ella misma. Algunas veces tuvo ataques de ira que, cuando el esposo se descuidaba, ella le arrancaba la cabeza a las aves de corral y vagaba por el monte por más de tres o cuatro días [13].

No era una locura furiosa en la que la violencia emergía sin razón; aquí se develan causas que harían de ella una paciente, como muchas otras, en las que la locura había alcanzado sus límites y las familias habían perdido la esperanza en ellas por estar fuera del régimen adecuado del manejo de las emociones del momento. En Caldas también fueron frecuentes las remisiones de locos al asilo, familias pedían el internamiento urgente de pacientes que se salían de sus manos, pacientes con ataques de furia, algunos encontrados en Bogotá fugados de Caldas, pacientes con reincidencias, incoherencias u otros pobres con locura mística.

Para ilustrar, el 20 de agosto de 1941 el alcalde de Santuario - Caldas remitió al director de Asilo de Locos a un paciente con "locura furiosa", "...se estableció que el enajenado es un peligro, tanto para su familia como para la ciudadanía en general por su estado de enajenación ya que tiene sus momentos de furiosidad" [14].

Algunos casos fueron comportamientos reiterativos que exigieron tomar medidas. El 6 de agosto de 1941, el alcalde de Anserma

(Caldas) remitió un paciente grave, reincidente y sin mejoría de nuevo al director del Asilo para Locos de Bogotá: "El estado mental de este señor es cosa alarmante pues con esta completa tres veces de reclusión en ese manicomio sin que dé la más leve muestra de mejoría" [15]. Poco se confiaba en la recuperación de tales pacientes, las mejorías eran escasas en general y ni la cárcel resultaba suficiente para este tipo de pacientes.

El 29 de octubre de 1941 la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca le informó a la Alcaldía de Manizales el mal estado de una de sus pacientes, hospitalizada por el Departamento de Caldas; se requirió un informe que decía lo siguiente: "La paciente se encuentra en mal estado de salud mental, hasta el punto de no haberle podido hacer interesar con la pregunta que sus familiares hacen. Habla casi sin cesar, pero con absoluta incoherencia" [16].

Por último, un caso de Belén de Umbría del 20 de octubre de 1941 remitido con urgencia por el alcalde de esta ciudad al director del Manicomio de Locas: "...para que sea dada de alta... al tratarse de una mujer que sufre locura furiosa... motivo por el cual ha habido necesidad de meterla en la cárcel y amarrarla por el peligro que entraña" [17].

Este caso llama la atención porque el estatuto de loco lograba ser superado por las barreras de la violencia extrema aplicada sin distinción a cualquier persona, -sin motivo aparente sugiere el informe-. Por esta razón, pacientes como ella siempre estaban a un paso del manicomio o la cárcel si pasaban los límites de agresividad sin motivo aparente. Es en estos momentos donde las fronteras de la medicina, la política y la policía estuvieron cercanos más por razones de orden, equilibrio y moral que por asuntos netamente relacionados con la ciencia de la salud.

Durante la primera mitad del siglo XX, una vez llegados los pacientes al manicomio pasaban varias cosas: o se salía por mejoría,

huida, o en el peor de los casos por muerte no especificada. En un primer momento es necesario abordar los casos de muerte, en su forma general llegaron por medio de informes que la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca le enviaba a la alcaldía correspondiente para que esta les informara a los familiares y, entre el gobierno departamental y la persona encargada del familiar muerto, buscaran la forma de traerlo a la ciudad de origen y darle una cristiana sepultura. “Por medio de la presente me permito comunicar a usted que el paciente de Manizales falleció en el Manicomio de Varones... Este enfermo fue enviado para su hospitalización... procedente de esa Alcaldía...” [18]. La mayoría de las veces estos informes no incluían parte médico de defunción, ni una causa clara de muerte. La otra forma de salida, la menos común fue la de mejoría,

...Tengo el gusto de referirme a... la mejoría de algunas enfermas caldenses recluidas en el Asilo de Locas de Cundinamarca y me informa que debo hacer las gestiones para regresarlas a sus respectivos hogares por cuenta del Departamento... El regreso de los mismos enfermos cuando salen por mejoría nunca ha sido de cargo del Tesoro Departamental y por tal motivo le ruego hacer las gestiones conducentes para que el reintegro al hogar de las enfermas que me anuncia se haga en la misma forma en que se ha verificado desde hace más de (12) años [18].

Es así como las pacientes debían esperar hasta que el Departamento de Caldas gestionara con los Ferrocarriles para obtener pases gratuitos que se daban a enfermos de diferente tipo en aquella época, enviándolas gratis de Bogotá a Ibagué y de Ibagué a los lugares de origen y el viaje debía ser costado en total por el Departamento de Caldas con el apoyo de los familiares [19].

Muchos de los discursos político-administrativos buscaron tejer otras alternativas como

construir manicomios en la región para no tener que seguir enviando a los pacientes a Bogotá y a Medellín, iniciativas no culminadas sino hasta 1953. Esta fue la situación de muchas regiones sin manicomios con el problema del sujeto-locura planteado.

Policía moral y preservación del orden de la ciudad

En 1911 la Asamblea Departamental de Caldas introdujo la Ordenanza No. 40 sobre el Código de Policía que incluía una serie de medidas y acciones para controlar las violaciones a la moral, las buenas maneras, el ornato y el bienestar de la ciudad. Trataba asuntos tales como la embriaguez, las faltas contra la moral y buenas costumbres, la protección a las personas en general, el resguardo moral a los menores de edad, mendigos, protección a la propiedad, inviolabilidad del domicilio y por último el acápite correspondiente a locos y dementes [8].

La figuración del loco/demente de esta ordenanza modeló formas de control policial de la locura dentro y fuera de la ciudad bajo regímenes morales, equilibrio e higiene mental. Tal ordenanza perduró como base de tratamiento interno y externo (envío a los manicomios de Bogotá y Medellín) a los mismos hasta 1953 cuando se modificaron los procesos burocráticos, fruto de la creación de un hospital psiquiátrico en la región llamado “Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios”.

En el artículo 210 de la ordenanza mencionada [8], se expone una situación hipotética en la que un loco furioso o agresivo está a punto de dañar habitantes o sus propiedades. Esto deja entrever el primer propósito de ejercer control para no afectar el régimen de propiedad y bienestar físico de la población, medida común desde los orígenes de la civilización Occidental para no afectar la armonía de la *Polis*. Además, para la administración política el lo es considerado como un sujeto de conductas desviadas que debía ante todo ser controlado más que

sanado, o algo similar, por razones políticas y morales, antes que médicas.

Del artículo 211 al 212 hay una vuelta a la tradición clásica en la que la familia debía encargarse de todas las conductas del loco que pudieran de afectar la vida en comunidad [20]. La ubicación del problema del desviado comportamental era, en primera instancia, una obligación de primer grado familiar, sea que viviera en sus casas o en manicomios donde quisieran remitirlos para financiar su curación o sostenimiento. Si la familia de un loco de tono furioso no pudiera encargarse de él, podían solicitar los familiares a los organismos oficiales o de beneficencia que se hicieran cargo de él a costa de las posesiones del loco o de la familia. En toda esta legislación hay de fondo un control del cuerpo no adecuado dejado a la familia como institución sagrada y, por último, al Estado que aun en estos momentos no lo asume como un problema totalmente público como para abordarlo en todos sus aspectos.

Del artículo 215, 218-219 hay una serie de contemplaciones dispuestas para que la familia pudiera intervenir ante el diagnóstico quizá equivocado del perito municipal, y en resolución pedir su libertad. No era que el médico, jefe de policía o juez tuvieran toda la razón o autoridad científico-médica sobre él; se podía disputar el régimen de verdad que no podría ponerse en duda del médico psiquiatra a mitad del siglo XX.

El artículo 213 habla del tipo de loco en el que los ataques de furia llegaban de forma azarosa, no tan fuerte; para él las medidas serían transitorias y de nuevo la familia debía encargarse de los gastos. El 214 se refiere a otro tipo de loco sin furia pero que la familia buscaba que fuera atendido y tratado en otros lugares, temerosos de los peligros que pudiera ocasionar para él mismo como para la familia; si la familia carecía de recursos suficientes se buscaba financiamiento privado y si no se consiguiera acudirían a los dineros del Departamento.

El fondo del discurso político de este capítulo de la ordenanza amparaba un estatus

intermedio de separación y exclusión según los vaivenes de su conducta. Es decir, en sí mismo el loco furioso con frecuentes ataques debía ser separado del resto de población sana, por lo tanto, la familia o la administración debía emplear dineros públicos porque representaba la imagen de la ciudad, el bienestar moral de las personas y sus propiedades. Estarían en estatus de separación intermedia porque si el caso no era grave podía el loco permanecer en su casa bajo los cuidados de sus familiares; además, si los familiares estaban en desacuerdo con el diagnóstico o calificación podían pedir otra calificación para quitar esa marca. Hay en el discurso una mediación de relaciones de poder entre las familias extensivas como vigilantes de sus individuos desviados y las administraciones municipales como garantes de la seguridad, el decoro y la moral pública.

Preocupaciones gubernamentales (1927-1930)

El capítulo correspondiente a locos y dementes de la Ordenanza No. 40 de 1911 continuó vigente durante el periodo 1927-1930. Los policías seguían capturando a los locos furiosos que encontraran en situaciones que pusieran en peligro a otros y a sus propiedades, como también con las remisiones y debidos procedimientos para traslados a otras ciudades y mejorar sus condiciones, ya fueran por petición de las familias o por orden directa de los peritos evaluadores de la condición del sujeto. En estos años, el gobernador Daniel Gutiérrez Arango preparó un informe sobre los resultados de su gestión de 1927 a 1930. En más de 100 páginas presentó un estado de las obras públicas, de las carreteras, de la crisis económica que tuvo que enfrentar por la caída en los precios del café, asuntos de educación pública y uno de los aspectos cortos y rápidos que abordó fue el de los locos y leprosos:

...es alarmante el número de locos que resultan en el departamento, pues a

pesar de las bajas verificadas, esa cifra supera en treinta y tres a los asilados en el año pasado (1927). Es tiempo de que la honorable asamblea piense en la fundación de un asilo de alienados en el departamento... El número de leprosos caldenses, actualmente en los leprocomios del país, asciende a 310 [21].

Si bien en 1911 el capítulo de la Ordenanza se llamó de "Locos y dementes", llama la atención mezclar locos y leprosos en un mismo apartado del informe. -como lo fueron en el renacimiento, porque los leprosos fueron los primeros en ser intervenidos por un régimen de exclusión que los alejó sistemáticamente de la vida en la ciudad considerados un peligro social [12].

El gasto económico se refería a los costos del traslado y el mantenimiento de cada paciente. Las mujeres tuvieron una pensión mensual puesta por la Beneficencia de Cundinamarca de \$12 y los hombres de \$15; en 1940 estandarizó a \$15 pesos para ambos sexos. Los gastos promedio de transporte fueron cubiertos por el convenio, según los reportes de las gacetas departamentales entre 1908 y 1921. Estos montos preocuparon al gobernador, al punto de situar un aumento del 30 % entre 1927 y 1928, por envío de más locos a las ciudades de Bogotá y Medellín.

En estos años se vio un crecimiento lento en los gastos para los pacientes, en 1926 con \$10.000, 1927 con \$12.000 y una subida de \$3.000 para el año 1928; en ese año se mantiene el monto de \$15.000 hasta 1933 cuando tuvo una subida del 100% para tener \$30.000, motivos suficientes para sugerir a la Asamblea la construcción de un manicomio para el departamento, sin los gastos de transporte y pensión que exigían las administraciones de estos asilos en otros departamentos.

El aislamiento social obligatorio de los 310 leprosos, ubicados de forma mayoritaria en Agua de Dios, en Contratación y Caño de Loro, evidenciaron una realidad en el discurso

político de finales del siglo XIX y principios del siglo XX hasta 1930, dado que el tratamiento del loco y al leproso por dificultades financieras, administrativas y trabas burocráticas-morales, se mantuvo de forma similar al modelo clásico del Renacimiento de los grandes encierros.

Propuestas de un manicomio para Caldas (1935-1939)

La sugerencia del gobernador en el periodo 1927-1930 hizo eco en los futuros políticos de la región y la Asamblea Departamental, en su Ordenanza No. 15 de 1935, estableció la construcción de un manicomio departamental para Caldas. A continuación, se analiza el contenido de cada uno de los artículos de la Ordenanza [22].

Por primera vez, en Caldas se decide construir un manicomio para albergar a los múltiples pacientes enviados a otras regiones fuera del alcance de sus familiares. Obras Públicas y la Administración Departamental de Higiene seleccionaron el terreno adecuado donde se construiría el edificio del manicomio; los pacientes clasificaron según su peligrosidad y conveniencia de reclusión y se comienza a medicalizar de la locura con la participación indirecta de médicos higienistas.

En el artículo segundo se ordenaron estudios, planos y dineros para la construcción. En el tercer artículo se afianzaron las relaciones científicas del Departamento de Caldas para con la comunidad médica en torno a los locos cuando "...por conducto de la Administración Departamental de Higiene, reglamentará su funcionamiento, señalará el personal científico y administrativo del establecimiento y fijará las asignaciones" [23]. Por primera vez, las familias, la policía, y los peritos no aparecen en el discurso de administración del cuerpo del loco. Un personal científico-médico empezó a configurar alianzas fuertes con esta iniciativa para encontrar un mejor destino del gasto público y para la independencia del departamento en asuntos de salud.

La participación de la Administración Departamental de Higiene en los asuntos de la vida pública de la ciudad en sus aspectos morales y salubres se manifestó en 1933 por medio de la Ordenanza No. 43 que creó este organismo, encargado de los asuntos correspondientes a los locos, la proyección de sistemas de lucha por la salud pública, con proyectos presentados al gobierno departamental; proponer cómo invertir mejor los fondos destinados a higiene y beneficencia en formas adecuadas; educación en buenos hábitos para evitar enfermedades graves de transmisión sexual; jornadas de vacunación, y otras instrucciones morales de las que se encargaron desde su fundación [23].

Hacia 1933, los problemas de salud, la locura y la lepra preocupaban cada vez más, de ahí el surgimiento de la iniciativa de implementar otros tratamientos de la salud más allá de las creencias religiosas y de la caridad cristiana que tuvo la antigua directriz de la Beneficencia Departamental.

Para 1937 se ordenó la implementación del formato universal de cuestionario para el procedimiento administrativo de ingreso de pacientes, la declaración juramentada de la familia, el certificado médico y un cuestionario que la Beneficencia de Cundinamarca. Este formato incluyó algunos aspectos científico-médicos para el diagnóstico de la locura, a partir de argumentos dados, aun desde el paradigma hereditario-determinista, así como preguntas sobre las enfermedades morales de los padres, alcoholismo, sífilis o locura; sobre los momentos de locura vividos antes de ser ingresado; relatos minuciosos del comienzo y manifestaciones de los ataques de locura y otras informaciones adicionales sobre familiares para la financiación e información del paciente luego de su salida, mejoría, fuga o muerte [11].

Si bien para 1936 ya debía colocarse la primera piedra del manicomio ordenado por la Asamblea Departamental, no se vio tal acontecimiento. En 1937, se expidió una serie de

ordenanzas de obras en la que correspondió el capítulo IX a “Enajenados - Manicomio Departamental” [24], en el que se contempló que “si el Departamento tuviere un lote adecuado en concepto de los empleados de que habla el artículo primero de este capítulo, se destinará para manicomio” [24], y la Secretaría de Higiene de nuevo se encargaría de la asignación del municipio.

La Ordenanza 43 de 1935 no contemplaba la posibilidad de adquirir créditos necesarios para cumplir con las disposiciones del capítulo correspondiente. En el artículo 8 se destaca que, una vez terminado el manicomio, se pediría el traslado de todos los enajenados que se encontraran fuera de la región para reasignar estos dineros de mejor manera. Este proyecto de construcción surgió en 1935 y no prosperó en 1936; de nuevo se intentó en 1937 y en 1938 no hubo adquisición del lote, pero sí inició la financiación. Entre las discusiones de la Asamblea Departamental en 1937, un diputado expuso la necesidad de la obra: “la triste condición en que se encuentran los enajenados del departamento y las dificultades en la conducción, nos ha movido a solicitaros en el proyecto en mención que estudien la manera de hacer efectivas las disposiciones legales que establecen un manicomio por cuenta de Caldas [25].

El anterior pronunciamiento fue la suma de reacciones, informaciones y problemas del sistema de exclusión externa desde 1911, en condiciones de abandono por parte de familiares pobres y de administraciones cortas de financiación, sumadas a las dificultades permanentes de conducción de pacientes agresivos o de enfermos a medio camino de los manicmios de Bogotá o Medellín. Contrario a lo que se podría pensar, las transiciones administrativas dentro de los cambios de gobierno, según Beatriz Castro, no influyeron o modificaron profundamente el funcionamiento y financiación de las beneficencias departamentales porque estas instituciones, al ser de origen mixto, sus

modelos trataron de estar más encaminados a pensar la demanda y como solventarla con dineros privados y en parte públicos [26]. En este las razones caritativas, éticas, morales y económicas se mezclaron para dar leves pincelazos de un proceso medicalizante que se desea construir para mejorar las condiciones de esta población que ya no se la desea apartar en tales distancias que han dificultado su recuperación y la de sus lazos familiares originales.

He aquí la transformación de un discurso que empezó a mirar distinto al loco; lo fue sacando de las determinaciones y lo incluyó en su núcleo familiar. Ya no era tanto un desviado sino un ciudadano enfermo que, si bien necesitaba de aislamiento para no afectar a otros, se facilitaba un contacto directo con sus seres queridos y que no estuviera tan expuesto a circunstancias cercanas a la muerte por descuido.

En este sentido, el último escrito a analizar es el informe de 1941 presentado a la Asamblea Departamental por el director del Departamento de Higiene el médico Félix Henao Toro, documento en el que entregó varios de los resultados que había logrado en materia de prevención de enfermedades endémicas, de tratamiento de enfermedades sexuales, organizaciones más especializadas de las oficinas de higiene en todo el departamento y los avances en materia de salud. En este informe incluyó un apartado muy corto sobre los orígenes que para él ocasionaban la locura, como también las dificultades de la administración para atender a los locos, su transporte, tratamiento y sostenimiento.

En un primer momento, expuso las causas de la locura en la región, "...debido a la sífilis, al alcoholismo y a la acción de algunas endemias tropicales sumadas a las taras ancestrales que pesan sobre la raza, es muy subido el porcentaje de locos que suministra Caldas" [27]. Los argumentos que sostuvo Félix Henao Toro con base en los datos recogidos y sistematizados en el informe podrían asociarse a varias de las razones que los psiquiatras de su época sos-

tenían, debido a malas costumbres higiénicas que florecerían en el pago de un pecado cuya consecuencia sería la locura por el abuso de la chicha las prácticas adúlteras con mujeres de la vida pública y la suma de virus que podrían sufrir en la región de Caldas [28]. Además de estos factores los cuestionarios asignados para enviar pacientes a la Beneficencia de Cundinamarca apoyaron sus afirmaciones así fuera de modo superficial.

Luego siguió con la argumentación del porqué no fue buena la idea de trasladar a los locos a otros departamentos; afirmó que, en primer lugar, ese dinero ha tendido a aumentar por orden de la Beneficencia de Cundinamarca para su momento; segundo, cada vez que se enviaba un paciente tan lejos, sus familiares no tenían la facilidad económica ni temporal para visitarlo, sumado a que esperaban a que la condición del loco se volviera crónica para remitirlo, situación que complicaba la recuperación, el sujeto se volvía peligroso y el tratamiento no servía de mucho y de nuevo el dinero se perdía. Tercero, la mortalidad desde 1911 venía en aumento [27].

Por último, vuelve al punto del gobernador de 1927-1930 cuando informó que el traslado de los locos era más dificultoso y caro,

Teniendo en cuenta estas y otras razones como la de que las familias tendrían mayor tranquilidad pudiendo visitar a sus parientes locos con frecuencia y sin tener que hacer un largo viaje con los gastos consiguientes, la Administración Departamental de Higiene se ha preocupado porque se construya un manicomio departamental y obtuvo de la Asamblea pasada que se autorizase al señor Gobernador para destinar un lote de propiedad del departamento a ese fin... [27]

En suma, reitera la necesidad de darle un trato humano a estos pacientes, que sus familias se pudieran involucrar en el proceso y no esperar a que se agravaran las condiciones para

enviarlos a tratamientos en el que podrían estar más cercanos a la muerte que a la recuperación. Destaca el recorrido de su administración y organismo en general para llevar a cabo la iniciativa de construcción del manicomio, pero no culminada porque el dinero era insuficiente. Por último, informa que el estado ayudaría con un 40 % del financiamiento si se incluía a pacientes penados dentro del establecimiento.

Discusión

Se evidencia que existió un proceso de proto-medicalización porque hay una continuidad tendencial en los presupuestos por periodos. De 1908 a 1914 se mantuvo entre \$300 - \$1.500, de 1915 a 1920 creció y se mantuvo entre \$3.000 - \$4.000, de 1921 a 1931 creció de \$8.000 a \$15.000 y de 1932 a 1943 pasó de \$29.320 a una subida significativa de \$58.500. Dinero asignado según la demanda para los enajenados. También se comienza a notar un creciente interés por la profesionalización médica y proporcionar un tratamiento más especializado a los pacientes de la región.

Estos adelantos posibilitaron que se dieran las fuerzas políticas, económicas, de voluntad caritativa y gubernamental para que el 12 de octubre de 1949 la orden de los Hermanos de San Juan de Dios adquirieran un terreno en la colina de San Cancio lejos del centro de Manizales para construir la Clínica psiquiátrica San Juan de Dios. Los planos fueron elaborados por la firma Cuéllar, Serrano Gómez, de Bogotá y la primera piedra fue colocada el 10 de noviembre de 1951. El año siguiente la Gobernación del Departamento donó \$200.000 para iniciar la obra, cuyos trabajos comenzaron el 14 de abril de 1952 y culminaron en el año 1953, en una alianza público/privada para prestar atención organizada a los pacientes psiquiátricos que, en décadas anteriores a 1950 eran atendidos en servicio particular cuando podían costearlos y otros eran menos atendidos en establecimientos de beneficencia de Bogotá o Medellín sin los suficientes recursos médicos,

físicos y demás para una adecuada asistencia y tratamiento.

En este momento de la historia se establecieron las primeras bases de una medicalización psiquiátrica en Caldas. Hasta 1953 se empezó a construir una alianza, primero con los Hermanos de San Juan de Dios para financiar parte de la construcción y empezarle a asignar montos especiales para que el funcionamiento eficaz de la clínica permitiera que los pacientes psiquiátricos no se siguieran enviando a los manicomios de Bogotá y Sibaté, sino que fueran atendidos en su mayoría en la clínica en mención. Esta proyección ocurrió entre 1949 y 1959, periodo en que la clínica pudo tener internados entre 150 y 250 pacientes y atender en no menos de siete años a 1.215 enfermos en hospitalizaciones generales y recluir 235 pacientes hasta 1959.

En 1960 el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Caldas inauguró un servicio de Psiquiatría, con carácter docente en el Hospital General Universitario de Manizales, bajo la dirección del profesor Tulio Estrada. Este servicio fue ampliado y desde 1964 la mayor parte de pacientes mentales del departamento de Caldas que atendía la Beneficencia de Cundinamarca fueron trasladados a Manizales. El departamento generó alianzas más fuertes entre la Universidad de Caldas, el Hospital Universitario y la Clínica San Juan de Dios mediante contratos de servicios y partidas de asignación para cada institución y para cada enfermo.

Conclusión

En este trabajo se propone la noción de proto-medicalización psiquiátrica por los siguientes motivos: primero, no hay un saber universitario médico consolidado para el periodo estudiado, este emergerá con fuerza en la década del 50 y 60 con la fundación de la Facultad de Medicina y luego en los años 60 con la especialidad de psiquiatría en la Universidad de Caldas; segundo, no hay en el momento una clínica

psiquiátrica moderna en el departamento, pero sí se tiene la preocupación y la necesidad de la construcción evidenciada en propuestas políticas.

Si bien se comprendió la relación de un gobierno departamental que del año 1908 a 1944 tejió alianzas con el saber médico y las prácticas caritativas para darle una solución terapéutica externa al problema de los locos, en un futuro trabajo es preciso indagar por las alianzas institucionales creadas paulatinamente entre el saber médico de la Universidad de

Caldas y el Departamento de Psiquiatría con el gobierno departamental, y las nuevas prácticas terapéuticas de la Clínica San Juan de Dios surgidas en la medicación directa (internos) e indirecta (hospitalizados) en torno a un problema específico: la asistencia al paciente mental en una época de modernización urbana, industrial, cultural y médica en la región y el país.

Conflictos de interés: los autores declaran que no existe ninguno por parte de terceros.

Fuentes de financiación: recursos propios de los autores.

Literatura citada

1. Lantéri-Larura G. **Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna**. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología, Editorial Triacastela; 2000. p. 66-67.
2. Renneville M. **Alienisme**. En: Lécourt D. *Dictionnaire de la pensée médicale*. Paris: PUF; 2004. p 26-29.
3. Morel B. **Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine...** Paris: J.B. Baillière, Académie Impériale de Médecine; 1857.
4. Pinell P. **Dégénérescence**. En: Lécourt D. *Dictionnaire de la pensée médicale*. Paris: PUF; 2004, p 310-314.
5. Gutiérrez-Avenida J. **Locura y sociedad: alienismo tardío, psicopatología e higiene mental en la modernidad colombiana 1870-1968**. Medellín: Institución Universitaria de Envigado; 2018.
6. Conrad P. **The Shifting Engines of Medicalization**. *Journal of Health and Social Behavior*. 2005; 46 (1):1-12.
<https://doi.org/10.1177%2F002214650504600102>
7. Conrad P. **Medicalization and Social Control**. *Annu Rev Sociol*. 1992; 18: 209-32.
<https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>
8. Concejo Departamental de Caldas. **Ordenanza No. 40**. Gaceta departamental, año VII, Manizales, junio, 23, 1911. Imprenta Nacional, 1911. Archivo de la Gobernación de Caldas.
9. Postel, J. **La demencia precoz y la psicosis maniacodepresiva**. En: Kraepelin J. *Nueva historia de la psiquiatría*, 217-26. México: Fondo de Cultura Económica; 2000.
10. Gobernador de Caldas. **Informe a la Asamblea Departamental de los años 1928-1930**. Manizales: Imprenta Departamental, 1928. Biblioteca Nacional.
11. Gaceta Departamental. **Administración Departamental de Higiene - Circular N° 24**. Manizales: Cuestionario que es necesario llevar para el traslado de enajenados para el manicomio de Bogotá. Imprenta Departamental, 1937, Archivo de la Gobernación de Caldas.
12. Foucault M. **Historia de la locura en la época clásica**, T1. Barcelona: Fondo de Cultura Económica; 2006.
13. Alcalde de Mariquita. **Datos biográficos y hereditarios de la alienada... del Alcalde de Mariquita a la Beneficencia de Cundinamarca**. Mariquita: alcalde de Mariquita; 1941.
14. Alcalde de Santuario. **Agosto 20 de 1941 del Alcalde de Santuario para el director del Asilo de Locos**. Santuario: Beneficencia de Cundinamarca; 1941.
15. Alcalde de Santuario. **Agosto 6 de 1941 del alcalde de Anserma para el director del Asilo de Locos**. Beneficencia de Cundinamarca, 1941.
16. Junta General de Beneficencia de Cundinamarca. **Octubre 28 de 1941 de la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca para el alcalde de Manizales**. Bogota: Beneficencia de Cundinamarca; 1941.
17. Alcalde de Belén de Umbría. **Octubre 20 de 1941 del alcalde de Belén de Umbría para el director del Asilo de Locos**. Umbría: alcalde de Belén de Umbría, Beneficencia de Cundinamarca, 1941.
18. Junta General de Beneficencia de Cundinamarca. **Agosto 8 de 1941 de la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca para el alcalde de Manizales**. Beneficencia de Cundinamarca, 1941.

19. Junta General de Beneficencia de Cundinamarca. **Agosto 6 de 1941 de la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca para el Administrador - Visitador de los establecimientos de Beneficencia.** Beneficencia de Cundinamarca, 1941.
20. Rosen G. **Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental.** Madrid: Alianza; 1974.
21. Informe de Gobernadores de Caldas. **Informe a la Asamblea departamental de los años 1927-1930.** Manizales: Gobernación de Caldas; 1930. p. 85
22. Asamblea Departamental de Caldas. **Ordenanza número 15 - Anales de la Asamblea - Manizales.** Asamblea Departamental de Caldas. Imprenta Departamental de Caldas, reimpresión de la Corporación Financiera de Caldas, 26 de junio de 1935.
23. Asamblea Departamental de Caldas. **Ordenanza número 43 - Se crea la Dirección Administración Departamental de Higiene, Enajenados.** Imprenta Departamental de Caldas, reimpresión de la Corporación Financiera de Caldas, 1939.
24. Asamblea Departamental de Caldas. **Capítulo IX - Enajenados - Manicomio Departamental.** Imprenta Departamental de Caldas, reimpresión de la Corporación Financiera de Caldas, 1937. Archivo de la Gobernación de Caldas.
25. Asamblea Departamental de Caldas. **Exposición de motivos.** Imprenta Departamental de Caldas, reimpresión de la Corporación Financiera de Caldas, 1937.
26. Castro B. **El tratamiento de la pobreza en Colombia 1870-1930.** Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2009.
27. Administración Departamental de Higiene. **Enajenados.** Imprenta Departamental de Caldas, reimpresión de la Corporación Financiera de Caldas, 1939. Archivo de la Gobernación de Caldas.
28. Robledo E. **Informe sobre Policía de las Costumbres.** Manizales: Imprenta de La idea; 1910.

