



**“Furiosos, agresivos y maníacos”. Prácticas psi frente
a la violencia en Colombia, 1937-1961**

Melannie Julieth Vega Sánchez

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Humanas

Departamento de Historia

Bogotá, Colombia

“Furiosos, agresivos y maníacos”. Prácticas psi frente a la violencia en Colombia, 1937-1961

Melannie Julieth Vega Sánchez

Tesis de investigación presentada como requisito parcial para optar al título de:

Magister en Historia

Director: Paolo Vignolo, Doctor en Historia

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Historia

Bogotá, Colombia, 2023

Para aquellos que han sentido el peso de la exclusión debido a que sus ideas y actitudes controvierten las rígidas normas sociales.

Para mi familia, porque sus historias de vida, su amor y sus esfuerzos me han traído hasta aquí.

Agradecimientos

Durante la elaboración de esta investigación compartí en varias ocasiones un meme que sentenciaba sobre la dedicatoria de la tesis “a mí, por tanta paciencia”. Y aunque es cierto que esta investigación exigió mucho de mi tiempo y energía, y que incluso algunas veces vi mi salud mental tambalear por lo retador que fue estudiar y trabajar al tiempo, sería injusto no reconocer que su culminación fue posible gracias a muchas personas.

En primer lugar, quiero agradecerles a los profesores que con sus clases me instaron a interesarme por la mente humana y sus intrincados procesos. Mis primeros acercamientos a dicho tema los hice desde las clases de psicoanálisis de Rosa López, Mario Figueroa y Gloria Gómez, que me atraparon por completo.

Luego ingresé al posgrado y varias personas de diferentes instituciones me ayudaron desinteresadamente a acceder a las fuentes históricas y a la información que requería: Adriana Botia, de la Beneficencia de Cundinamarca; Andrés Palacios, estudiante de la Universidad Autónoma; y Karen Buenaventura, una amable sibateña que en aquel entonces trabajaba en la alcaldía del municipio.

Otras personas leyeron y comentaron las diferentes versiones que tuvo este documento. A mi director de tesis, Paolo Vignolo, le agradezco por acogerme tan cálidamente en el tramo final de mi investigación, hacerme valiosísimos comentarios y recordarme constantemente que mi trabajo es interesante y bello. A Max Hering, que fue esencial para descubrir el potencial de las historias clínicas como fuentes históricas. A la Red Latinoamericana de Historia Crítica de la Locura, una iniciativa que surgió durante la pandemia y que estaba conformada por historiadores de diferentes países. Manuela, Berenice, Leonor, Diego y Nelson, hicieron posible no solo un grupo de discusión sobre la historia de la locura, sino también un espacio que, con sus reuniones periódicas y su tono informal, me permitió seguir conectada emocionalmente a mi investigación. A Natalia Cobo, Daniel Trujillo, Sebastián Torres, Sebastián huérfano y Sebastián Nieto, por leerme en el marco de un grupo de discusión de tesis que llamamos “la tertulia del garrote”. Recuerdo largas y juiciosas jornadas que nutrieron mi trabajo con nuevas perspectivas y posibles soluciones a los problemas argumentales que encontraba en el camino. A Andrés Ríos, pues gracias a las conversaciones

que sostuvimos en el coloquio “la salud mental desde los estudios socioculturales”, pude comprender mejor cómo funcionaba la atención psiquiátrica en Colombia a mediados del siglo XX. Finalmente, agradezco al grupo de tesis de Santiago Martínez Medina, pues en su seno descubrí algo distintísimo: que los encuentros académicos pueden ser frescos, creativos y emotivos.

Quiero agradecerle a mi familia por su amor. Por acompañar mis emociones desbordadas producto de la frustración que experimenté varias veces durante la elaboración de esta tesis. Por aconsejarme y animarme en las dificultades que tuve que enfrentar para culminar mi investigación. A mi mamá, porque hace un esfuerzo inconmensurable por su familia. Por creer siempre en mí y apoyarme incondicionalmente, aunque seamos tan diferentes. A mi hermana, porque desde que llegó a este mundo mi vida es mejor. Por eso, es mi persona favorita. A mi abuela Stella y a mi tío Víctor, por criarme y brindarme una infancia tan llena de afecto. A mi abuelo Víctor, pues fue el único que me apoyó cuando tomé la loca decisión de estudiar Historia. Tenía una fe ciega en mí y puedo imaginar su expresión de orgullo porque logré culminar mi pregrado y, ahora, mi maestría. Durante incontables vacaciones, fines de semana y festividades los espacios familiares estuvieron siempre acompañados de una tesis y su portátil. Gracias por comprenderlo.

También quiero agradecerles a mis amigos, porque su apoyo me motivó a continuar y su amistad me alegró la vida. A Keren Fierro, Daniela Caicedo y Tatiana Vega por escucharme y animarme cuando el miedo a no terminar esta investigación parecía más fuerte que mi perseverancia, por confiar en mí y hacerme la vida más amable con su amor. A julio Monterroza, por las largas conversaciones que recuerdo con mucho cariño. A Maribel Venegas, que al poco tiempo de conocerme no tuvo reparos en hablar conmigo por horas para recordarme que emprender una investigación de maestría en Historia es muy retador. A Alejandra Navarrete, Paloma Álvarez y Elizabeth Herrera por su compañía y amistad. A Tomás Vargas Cardozo, por ayudarme a recolectar fuentes, acompañarme a Sibaté y brindarme su compañía en el tramo inicial de esta investigación.

Si bien trabajar y estudiar simultáneamente fue un desafío, la comprensión y apoyo de mis jefes lo hizo más manejable. Agradezco especialmente a Adriana Madrid, mi jefe directa, por su flexibilidad en cuanto a los tiempos, pues gracias a ello pude cursar las asignaturas

pendientes. Además, agradezco su confianza en mí, su preocupación, y sus constantes palabras de aliento. Cuando enfrentábamos grandes cargas de trabajo, ella resaltaba que estaba haciéndole frente a mis responsabilidades laborales y académicas al mismo tiempo. Este reconocimiento de mi esfuerzo me motivaba y me ayudaba a mantenerme comprometida y con una actitud positiva. También quiero agradecer a José Tomás Henao, director editorial de Norma, por su interés genuino en mi investigación y por sus ánimos y consejos.

Hay una persona que logró demostrarme que la vida y los proyectos son más fáciles de emprender cuando hay amor. No sé cómo, pero logró multiplicarse y hacerse muchas versiones de sí mismo para apoyarme y sostenerme de múltiples maneras. En él encontré a un ávido lector de mi tesis, así como al mejor y más incondicional interlocutor. No contento con ello, me llenó de mimos cuando la ansiedad y el síndrome del impostor se apoderaron de mí. Cuando nos conocimos, me regaló un libro con una dedicatoria que versaba “Todas estas palabras son el inicio de las muchas palabras que confío compartiremos”, frase que como un presagio anunció que había llegado a mi vida, sin que yo pudiera sospecharlo, una persona que mediante largas conversaciones me invitaría a ver el amor de otra manera y que, en la conmoción de nuestro encuentro, me ayudaría a descubrir cosas de mí que ni yo conocía. Además, me demostró que la academia, que hasta entonces percibía como un mundo hostil, competitivo y dominado por las lógicas del capitalismo, también podía ser un espacio para pensar desde la sensibilidad, la empatía y el afecto. Gracias, Santi, por hacerme la vida más hermosa y llevadera.

Resumen

Esta tesis se interesa por la forma como las prácticas psi —psiquiatría, psicología y psicoanálisis— tramitaron la violencia política y no política que arreciaba al país a mediados del siglo XX. A partir de un acercamiento a la vida intramuros y extramuros del Manicomio de Varones de Sibaté, dicho estudio reveló que, fuera del manicomio, los psiquiatras hicieron de la violencia un síntoma de diferentes anomalías del cuerpo social e, iniciando la década de 1960, la inclusión de una perspectiva multidisciplinar les permitió considerar con mayor atención la incidencia de factores sociales como la pobreza, el racismo y la represión estatal. Por su parte, dentro del Manicomio la violencia podía o no ser considerada en la elaboración de diagnósticos individuales, pues para los psiquiatras era uno más en el conjunto de síntomas de los pacientes, sin importar la gravedad de los hechos violentos relacionados con el caso. Esto nos lleva a concluir que la experiencia colombiana difiere de las experiencias extranjeras, donde en periodos convulsos los manicomios fueron usados para patologizar, aislar y torturar a las disidencias políticas.

Palabras clave: practicas psi; anormalidad mental; violencia; higiene mental; Manicomio de Varones de Sibaté.

Abstract

"Furious, Aggressive, and Maniacal": Psychiatric Practices against violence in Colombia, 1937-1961

This thesis concerns how psi practices —psychiatry, psychology, and psychoanalysis— dealt with political and non-political violence that intensified in the country during the mid-20th century. By closely examining life inside and outside the Manicomio de Varones de Sibaté (one of the most important psychiatric institutions in the country), the study revealed that outside the asylum, psychiatrists viewed violence as a symptom of various social anomalies. Starting in the 1960s, including a multidisciplinary perspective allowed them to consider social factors such as poverty, racism, and state repression more attentively. On the other hand, within the asylum, violence could or could not be considered in individual diagnoses, as psychiatrists saw it as just one among many symptoms of the patients, regardless of the severity of the violent acts related to the case. This leads us to conclude that the Colombian experience differs from foreign experiences, where during turbulent periods, asylums were used to pathologize, isolate, and torture political opponents.

Keywords: psi practices; mental abnormality; violence; mental hygiene; Men's Asylum of Sibaté.

Contenido

Lista de figuras	12
Introducción	13
Espacio y tiempo	17
Violencias	20
Prácticas	23
Anormalidad mental	25
Metodología	29
Balance historiográfico	34
Colombia	38
Reflexiones y panorama investigativo	46
Capítulo 1. Extramuros.....	51
Antecedentes	53
Higiene mental y dirección espiritual de la sociedad moderna	55
Higiene mental, violencia y conflicto	63
Lectura multidisciplinar de la violencia.....	73
Radiografía del odio en Colombia	74
De la degeneración de la raza a la socialización de la violencia	79
Capítulo 2. Muros	83
La Beneficencia de Cundinamarca	84
Organigrama del Manicomio de Varones de Sibaté	88
Travesía hacia el Manicomio	90
Arquitectura y enfermedad mental	92
Espacios comunes	95
Prácticas terapéuticas	96
Las repercusiones de la desfinanciación y el desinterés estatal	111
Capítulo 3. Intramuros	115
Violentos, agresivos, peleadores y peligrosos	118
Angustiados, temerosos y traumatizados	135
La violencia, un síntoma ordinario	144

A modo de conclusiones	148
Bibliografía.....	155
Fuentes primarias.....	155
Archivos.....	155
Documentos impresos y manuscritos	155
Fuentes secundarias.....	163

Lista de figuras

- Figura 1.** Primera y segunda tópica de la psique humana según Freud.....59
- Figura 2.** Pabellón San Rafael, Manicomio de Varones de Sibaté.....87
- Figura 3.** Resultados del test de Szondi de Jaime Quintero. Homosexualismo o hermafroditismo (H+), sadismo (S+) y depresión o melancolía (D+)121

Introducción

El 9 de abril de 1948 Hemequen Cerezo se encontraba en una carretera de Ibagué cuando se aproximaron a él un grupo de hombres alzados en armas. Para Hemequen, guerrilleros. Probablemente, gaitanistas poseídos por la furia popular a causa del asesinato de su líder. La muerte de Gaitán suscitó una ola de desorden social, motines y sublevaciones de niveles descomunales que iniciaron en el centro de Bogotá y se diseminaron por varias regiones del país en forma de saqueos, asesinatos, distribución de armamento e incendios¹. Asimismo, motivó la circulación de mensajes subversivos en la Radio Nacional y en las radios locales, lo que precipitó la formación de juntas revolucionarias². Estas juntas también se conformaron en Ibagué y según los testimonios de su tiempo “sembraron el terror, el incendio, el saqueo y la muerte”³. El 9 de abril hubo quince muertos y decenas de heridos en esta ciudad.

No es de extrañar que el encuentro con estos hombres sublevados y desafiantes haya hecho que Hemequen se sintiera al filo de la muerte; de ahí que haya decidido colaborarles cuando le pidieron ayuda. O al menos eso sugirió en su entrevista con el doctor Otero, quien lo examinó a su llegada al Manicomio de Varones de Sibaté el 22 de agosto de 1956, más de ocho años después del terrible encuentro.

Según su esposa, desde aquel fatídico 9 de abril, cada vez que había luna llena a Hemequen le daba miedo, se engarruñaba, temblaba y se caía de lado sin sentido. Por su parte, el paciente manifestó que lo que más le preocupaba es que desde aquel aciago día sentía “un pesimismo y unas persecuciones”⁴, tanto así que creía que en la calle “las personas lo perseguían y lo insultaban continuamente, lo que lo forzaba a encerrarse”⁵. Para Otero, estos síntomas eran indicios de esquizofrenia paranoide o síndrome depresivo paranoide, tal como lo consignó como diagnóstico en la historia clínica. El desafortunado encuentro con los revolucionarios, el mismo que llenó de temor a Hemequen desde entonces, no mereció más comentarios por parte de los médicos. Más allá de si el ahora paciente se traumatizó por el contexto de

¹ Germán Guzmán Campos, Orlando Fals Borda y Eduardo Umaña Luna, *La violencia en Colombia* (Bogotá: Taurus, 2016).

² Guzmán, Fals Borda y Luna, *La violencia en Colombia*.

³ Guzmán, Fals Borda y Luna, *La violencia en Colombia*, 54.

⁴ “Historia 27093”, Sibaté, 1956, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja sin numerar, folios sueltos.

⁵ “Historia 27093”, folios sueltos.

violencia de aquel 9 de abril, en el Manicomio lo importante era su diagnóstico. Como veremos en esta tesis, historias de violencia que quedaron marcadas en los enfermos, fueron a lo sumo convertidas en diagnósticos para ser tratadas, cuando no simplemente ignoradas por los doctores en Sibaté.

Marco Castaño tenía 34 años cuando fue recluido en el Manicomio. Su infancia transcurrió en Bogotá, junto a sus padres y cuatro hermanos. Estudió hasta quinto de bachillerato y, según sus familiares, siempre fue orgulloso y difícil de contrariar. Prestó servicio militar durante siete meses en Ibagué, donde vivió un hecho que, según su hermano, lo marcó profundamente hasta llevarlo a la demencia: un grupo de defensores del gobierno armó una emboscada y atacó el cuartel en el que se encontraba. El ataque generó una contienda que dejó 12 muertos y 54 heridos, la mayoría civiles⁶. Según se lee en la historia, este enfrentamiento no fue la única causa de su reclusión. De acuerdo con su hermano, Marco “estaba enamorando a una criada de la vecindad y provocando escándalos”⁷. En palabras de Marco, su familia le pidió escoger entre la cárcel y el manicomio luego de que la criada de sus vecinos lo acusara de abusar sexualmente de ella.

Además del acto violento perpetrado por Marco destacaron otros síntomas. Al llegar, tenía una fuerte excitación motora que fue controlada por un hermano hospitalario con una inyección de largactil. Aunque el psiquiatra y el médico residente no observaron síntomas mentales durante días, el 11 de septiembre registraron en la historia clínica que posiblemente había un fondo psicótico en él, debido a lo cual le ordenaron insulino terapia. Luego de varios días de observación y, pese a las dudas sobre el caso, Marco fue diagnosticado con debilidad mental y sometido a tratamientos en Sibaté.

Diagnósticos, consultas, encierro. La historia de Hemequen Cerezo que versó sobre la violencia política que inició el 9 de abril de 1948 prosiguió en el manicomio, donde fue intervenida por la psiquiatría de la época. Para Marco Castaño la historia no fue muy distinta, a pesar de las diferencias entre sus relatos. En el caso de Hemequen Cerezo la psiquiatría

⁶ Como en la historia clínica no se especificó la fecha del combate no fue posible rastrear más información, lo cierto es que en ese momento en Ibagué el Ejército no estaba a favor del gobierno.

⁷ “Historia 27085”, Sibaté, 1956, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja sin numerar, folios sueltos.

tradujo la violencia como posible etiología de su anormalidad mental. Los sucesos del 9 de abril de 1948, la escalada de violencia política posterior y el clima de incertidumbre generalizada, parecen ser los detonantes de lo que luego los psiquiatras entendieron como esquizofrenia paranoide o síndrome depresivo paranoide. Las palabras de la esposa de Hemequen, sus propias maneras de conversar con el psiquiatra, su comportamiento dentro del manicomio, participaron también de la producción de su historia como un caso clínico. Allí también será incluida una pequeña parte de la historia del país, vuelta un detalle en el recuento de la enfermedad de un paciente. En cuanto a Marco Castaño, la violencia devino etiología y síntoma de su anormalidad mental. La impresión que le causó el ataque al cuartel y los cuerpos heridos y sin vida de los civiles que cayeron en el combate se convirtieron en parte de un caso clínico. El acoso y el abuso sexual, al pasar por estas prácticas médicas, devinieron síntoma. Todas estas señales, junto a las observaciones clínicas realizadas por los psiquiatras y los hermanos hospitalarios durante su reclusión, conformaron un repertorio de indicios que se tradujeron en un diagnóstico.

Este es precisamente el asunto que le interesa a esta tesis: la forma como las prácticas psi—psiquiatría, psicología y psicoanálisis, más adelante explicaré este concepto— tramitan la violencia en un periodo particular de la historia del país caracterizado precisamente por la escalada violenta. Para lograrlo, se abordan dos grandes conjuntos de prácticas psi que lidiaban con la violencia. Las prácticas discursivas de la higiene mental y las prácticas de normalización del Manicomio de Varones de Sibaté. Las primeras ofrecen un contexto académico y científico a las segundas, mientras que aquellas Manicomiales, permiten un contraste con respecto a los discursos científicos que circulaban en publicaciones académicas y de divulgación en el periodo de estudio. Así, esta tesis elabora un recorrido que va desde los extramuros de la institución manicomial, en donde veremos a psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas intentando dar respuesta al problema de la violencia política, hasta el intramuros del Manicomio de Varones de Sibaté, en su momento la institución de su tipo más importante del país, donde los relatos de violencia de los pacientes entran en relación con la práctica psiquiátrica, sus diagnósticos y tratamientos.

A partir de este recorrido me propongo demostrar que las prácticas psi interpretaron y trataron la violencia que arreciaba al país de diferente forma en los ámbitos extramuros e intramuros, es decir, fuera y dentro del Manicomio. En el ámbito extramuros hicieron de la violencia un síntoma de diferentes anomalías del cuerpo social e, iniciando la década de 1960, la inclusión de una perspectiva multidisciplinar en el debate les permitió considerar factores sociales como la pobreza y la represión estatal. Si bien muchas de estas causas psicopatológicas de la violencia también buscaban comprender a los cuerpos individuales, solo hasta la aparición de la higiene mental en Colombia tal perspectiva se tornó tangible, aunque su aplicación se vio limitada crónicamente por la falta de recursos. Por otra parte, dentro del Manicomio la violencia, política y no política, podía o no ser considerada en la elaboración de diagnósticos individuales, sufriendo en el proceso una traducción en el marco nosológico de la época. Por ello, allí se ponía en consideración como uno más en el conjunto de síntomas, sin que importara la gravedad de los hechos narrados en los casos en los que se había visto involucrado el paciente.

Describir esta relativa desconexión entre intra y extramuros es una de las conclusiones más importantes de este trabajo. Sus causas son variadas: la ausencia de psicoterapia en el Manicomio imposibilitaba a los profesionales una lectura del contexto social y político de las historias de los pacientes. La desfinanciación del Manicomio impidió la entrada de otros profesionales como sociólogos, aunque existieron en su momento propuestas para ello, y dificultó la aplicación de tratamientos individualizados necesarios como la psicoterapia, que hubiera sido útil para entender las historias de violencia y exclusión de los enfermos. A esto se suma el desinterés estatal por el Manicomio que lo vinculaba con la caridad a pesar de las reformas liberales que pretendían darle un carácter de asistencia social. Entre extra e intramuros la separación, los muros, son pues una institución compleja que en este periodo se encontraba entre la caridad y la ciencia, entre el biologicismo y la moral, y entre lo penal y lo hospitalario. A la postre, en ninguna de las historias clínicas consideradas puede encontrarse que el Manicomio haya sido usado para reprimir opositores políticos, como si sucedió en otros contextos de Latinoamérica. Siguiendo esta pista esta tesis enseña también sobre la Violencia: muchas violencias, incluyendo aquellas intramurales propias de los tratamientos, hacen muy diversa la mirada que sobre la violencia en este periodo permite el Manicomio.

Espacio y tiempo

A mediados del siglo XX había varios manicomios en el país, pero los cuatro más importantes estaban ubicados en Antioquia, Cali y Cundinamarca. Dichas instituciones eran muy importantes, pues en ellas recaía la atención de los locos y locas de todo el país que no podían acceder a instituciones privadas. A pesar de depender de la Beneficencia de Cundinamarca, en el Manicomio de Varones de Sibaté solían estar reclusos pacientes que provenían de todos los rincones de Colombia. Locos de Caldas, Córdoba, Chocó, Guajira, Magdalena, Meta, Quindío, Tolima, Caquetá, Atlántico, Bolívar, Boyacá y Risaralda llegaban a sus instalaciones buscando atención psiquiátrica⁸. Así mismo lo aseguraban las revistas locales:

La manera como ha crecido la Beneficencia de Cundinamarca ha hecho posible que alcance una órbita nacional. Al efecto, así como los billetes de su lotería van a todas las regiones de Colombia y, con frecuencia, los premios caen fuera de Cundinamarca, también en sus establecimientos de Caridad son recibidas personas de toda la República. De manera que, en realidad, la Beneficencia es un servicio de Cundinamarca para toda Colombia⁹.

De esta manera, aún sin tener oficialmente ese estatus, el Manicomio de Varones de Sibaté era una institución de importancia nacional. Durante la violencia partidista, a sus puertas llegaron personas de los departamentos donde esta fue más crítica¹⁰. Por ello, no es sorprendente que sus pacientes hayan vivido en carne propia todo tipo de violencias, muchas de las cuales aún pueden recabarse en sus relatos consignados en las historias clínicas.

Los psiquiatras encargados de la atención médica en Sibaté se formaban en aquel entonces en la Universidad Nacional de Colombia, pionera en la institucionalización de la formación psiquiátrica en el país. De esta manera, el estudio de las publicaciones científicas adscritas a esta universidad o de autoría de sus estudiantes, profesores y egresados, permite dar cuenta

⁸ “Beneficencia de Cundinamarca, *Informe que rinde la Junta general de Beneficencia de Cundinamarca a la Asamblea general en sus sesiones de 1941* (Bogotá: Imprenta de la luz, 1941) 54.

⁹ “La Beneficencia de Cundinamarca”, *Diana 7* (Cali), 1958, 32.

¹⁰ Tras el ascenso al poder de Laureano Gómez en 1950 incrementó la violencia en el país, aunque con variaciones geográficas: de Nariño, los Santanderes y Boyacá, los epicentros de la violencia pasaron a ser el piedemonte llanero, Casanare, Meta, Sumapaz, algunas regiones antioqueñas, el bajo Cauca, Magdalena Medio y, con mayor potencia, Tolima, Caldas y el norte del Valle. Frank Safford y Marco Palacios, *Historia de Colombia. País fragmentado, sociedad dividida* (Bogotá: Universidad de los Andes, 2012), 499.

del contexto científico y de las discusiones académicas con respecto a la enfermedad mental y a su relación con la violencia en el periodo de estudio. A su vez, tuve en cuenta publicaciones referenciadas en la época de autores colombianos que me permitieron comprender el entorno intelectual en el marco de las discusiones sobre la violencia desde las prácticas psi.

El marco temporal de esta tesis comprende entre 1937 y 1961. Esta temporalidad obedece a varios motivos, entre ellos, los hitos de la historia institucional del Manicomio: inaugurado en 1937, como un establecimiento a la vez médico, de caridad y religioso, mantuvo su estructura de funcionamiento hasta 1961, cuando el cuidado de los pacientes dejó de estar a cargo de los hermanos hospitalarios de la Orden San Juan de Dios, terminando así con su carácter religioso. El periodo que transcurrió entre ambas fechas es pues muy llamativo, ya que en el Manicomio coexistió una concepción decimonónica de la enfermedad mental, según la cual sus causas eran morales, junto a una comprensión biológica que explicaba la existencia de estas patologías a partir de causas fisiológicas y bioquímicas.

Hacia el final de la década de 1950, se produjo una ola modernizadora que gradualmente transformó la forma como se atendían las enfermedades mentales en el país. Como resultado, se fundaron el Hospital Psiquiátrico San Isidro (1958) y el Hospital Mental de Bello (1959), con el fin de ofrecerles mejores condiciones a los asilados de dichos lugares¹¹. Por su parte, el Manicomio de Varones de Sibaté cambió su nombre a Hospital Neuropsiquiátrico Julio Manrique en 1958. Sin embargo, el cambio que se produjo en el nombre del hospital fue simplemente nominal en un principio, ya que las transformaciones de mayor envergadura que realmente impactaron la institución no se dieron de forma inmediata. La primera de estas tuvo lugar en 1961, como ya se mencionó, con la salida de los hermanos hospitalarios, siendo reemplazados por enfermeros laicos. Posteriormente, entre 1965 y 1967, el hospital emprendió una serie de cambios significativos, incluyendo la contratación de psicólogos y trabajadores sociales, la inauguración de un servicio de bioestadística, y la construcción de

¹¹ Jairo Gutiérrez Avendaño, “Del régimen asistencialista a la psiquiatría dinámica en las primeras instituciones de salud mental en Cundinamarca, Antioquia y Valle del Cauca, 1900-1968”, en *Actualizando discursos. Trazos de historia de la psiquiatría y de la salud pública en el contexto iberoamericano*, editado por Álvaro Casas (Medellín: Universidad de Antioquia, 2015), 114.

pabellones adicionales para trasladar a las mujeres internas del asilo de Bogotá a las instalaciones del Hospital¹².

El Manicomio de Varones de Sibaté operó en buena parte de un periodo de la historia del país conocido como la Violencia. Durante su ocurrencia hubo un aumento exponencial de hechos violentos, especialmente en las zonas rurales, a causa de un conflicto interno que tuvo origen en la confrontación por el poder entre los liberales y los conservadores. Aunque su periodización es objeto de disputa entre los historiadores¹³, hay consenso sobre que los hechos devastadores que ocurrieron afectaron significativamente la calidad de vida de los colombianos desde finales de la década de 1940 hasta comienzos de la década de 1960. Sin embargo, el conflicto bipartidista no fue la única razón por la que hubo disturbios y enfrentamientos armados en este periodo, pues las condiciones precarias en las que vivía la población y la Guerra fría propiciaron la emergencia de guerrillas comunistas. Sumado a ello, el desgobierno en el que se encontraba el país facilitó que trances cotidianos que no podían solucionarse por vía legal, se tramitaran por medio de la violencia. Debido a ello, varios autores, entre ellos Marco Palacios, plantean que en este periodo hubo “violencias, en plural, siendo la violencia política una de tantas”¹⁴.

Los hechos violentos ocurridos en este periodo son cruciales para este trabajo, pues no solo motivaron el ingreso de varios pacientes del Manicomio, sino que fueron una de las principales preocupaciones de psiquiatras y psicólogos durante las décadas de 1940 y 1950. La violencia de mediados de siglo fue objeto de estudio de la higiene mental, una vertiente de la psiquiatría que se centraba en la prevención de las enfermedades mentales y, en general, de las anomalías de la conducta que pudieran atentar contra el orden social. Aunque la higiene mental no tuvo mucho impacto sobre las políticas públicas en el país y su institucionalización fue tardía en comparación con países como México, pues ocurrió solo a comienzos de la década de 1960, entre 1946 y 1961 se publicaron varios trabajos que evidencian que los

¹² “Boletín del cincuentenario del Hospital Neuropsiquiátrico Julio Manrique”, Bogotá, 1987, Archivo de la Beneficencia de Cundinamarca, Bogotá, folio 7.

¹³ Para algunos historiadores la Violencia comenzó con el triunfo electoral de Mariano Ospina Pérez en 1946, y para otros se desencadenó a raíz del Bogotazo. Sobre la fecha de cierre tampoco hay consenso, pues para algunos historiadores finalizó con la llegada al poder de Gustavo Rojas Pinilla (1953), para otros ocurrió gracias al pacto político entre partidos del Frente Nacional (1957) y para otros finalizó con la fundación de las FARC-EP (1964).

¹⁴ Safford y Palacios, *Historia de Colombia. País fragmentado*.

psiquiatras colombianos reflexionaron desde esta perspectiva sobre las posibles causas psicopatológicas de la violencia del país.

Violencias

Diversas corrientes de pensamiento han dedicado atención al estudio de la violencia. Entre ellas, destaca la de autores que, desde una perspectiva marxista, afirman que es un mecanismo para resolver conflictos o luchar contra las asimetrías sociales, como Georges Sorel¹⁵, Frantz Fanon¹⁶, Hannah Arendt¹⁷ y Michel Wieviorka¹⁸. Algunos de ellos usan el término “violencia” como sinónimo de conflicto, dominación, poder o autoridad.

También hay una vertiente culturalista que concibe la violencia como el resultado de la socialización y la inscripción a ciertas sujeciones culturales y relaciones de poder. Por ejemplo, Bordieu propuso el concepto de “violencia simbólica” para designar la internalización social de los esquemas de pensamiento y valoración de quien domina, haciendo invisible la relación de poder¹⁹, una definición que según Santiago Álvarez corresponde más a la dominación²⁰. Por su parte, Rita Segato usó el concepto de “violencia moral” para referirse a un mecanismo de control social que sustenta las desigualdades de género²¹.

Otros científicos sociales hicieron definiciones esencialistas, como Jordi Pianelli, para quien la violencia era “aquella situación o situaciones en que dos o más individuos se encuentran en una confrontación en la cual una o más de una de las personas afectadas sale perjudicada,

¹⁵ Michel Wieviorka, “La violencia: destrucción y constitución del sujeto”, *Espacio Abierto* 10, n.º 3 (2006): 244, <https://produccioncientificaluz.org/index.php/espacio/article/view/2149>.

¹⁶ Wieviorka, “La violencia: destrucción y constitución del sujeto”, 245.

¹⁷ Hannah Arendt, *Sobre la violencia* (Madrid: Alianza, 2005), 86.

¹⁸ Wieviorka, “La violencia: destrucción y constitución del sujeto”, 243.

¹⁹ Agustín Martínez, “La violencia. Conceptualización y elementos para su estudio”, *Política y cultura* n.º 46 (2016). <https://polcul.xoc.uam.mx/index.php/polcul/article/view/1300/1275>.

²⁰ Santiago Álvarez, “¿A qué llamamos violencia en las ciencias sociales?”, *Hallazgos* 10, n.º 20 (2013): 65, <https://doi.org/10.15332/s1794-3841.2013.0020.04>.

²¹ Rita Laura Segato, *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos* (Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes, 2003), 115.

siendo agredida física o psicológicamente”²². Entre estas definiciones también es común que se haga referencia a que el daño que se causa es deliberado²³.

Existe un debate adicional en relación con cómo se conceptualiza la violencia, y se refiere a la distinción entre este término y el de agresión. Hay quienes definieron la agresión como el mecanismo que sirve para “definir el territorio de cada uno y hacer valer su derecho, es decir, existe para la supervivencia de la especie” mientras que la violencia “rompe los límites del propio territorio y los del otro, invade la relación y los vuelve confusos. Es una fuerza destructora del sí mismo y del otro”²⁴. También hay quienes diferencian la agresión de la violencia porque la primera es considerada instintiva y, la segunda, un ejercicio de poder que se comete deliberadamente y que, por lo tanto, es producto de un ejercicio racional de quien la ejecuta²⁵.

Estas aproximaciones fueron muy sugerentes para esta tesis, pero al aplicarlas surgieron dificultades. Algunas de ellas explicaban cómo se usaba la violencia, pero no ofrecían una definición precisa. Otras se referían a fenómenos muy específicos, lo cual limitaba mi capacidad para capturar la diversidad de manifestaciones de la violencia que encontré en mis fuentes. Sin embargo, las definiciones abarcadoras o esencialistas también podían ser problemáticas, pues “lo que un concepto gana en alcance, lo pierde en poder explicativo”²⁶. Respecto a la diferencia entre agresión y violencia, la principal dificultad radicaba en que la distinción se basaba en la ejecución instintiva o racional, lo cual resultaba contradictorio y limitante para una investigación histórica sobre la relación entre la violencia y la anormalidad mental, además de dificultar la selección de casos. Sumado a ello, los límites entre lo que es

²² Jordi Planella. “Repensar la violencia: usos y abusos de la violencia como forma de comunicación en niños y adolescentes en situación de riesgo social”, *Intercambio* n.º 8 (1998): 92-107, <https://raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/144098>.

²³ Florentino Moreno, “Violencia colectiva, violencia política, violencia social. aproximaciones conceptuales” en *Violencia y Salud mental*, coordinado por Iñaki Márquez Alonso, Alberto Fernández Liria y Pau Pérez (Madrid: Asociación española de neuropsiquiatría, 2009), 20. Santiago Álvarez, “¿A qué llamamos violencia en las ciencias sociales?”, 68.

²⁴ Mireya Ospina y Kelly Clavijo, “Una mirada sistémica a la violencia de pareja: dinámica relacional, ¿configuradora del ciclo de violencia conyugal?”, *Textos y sentidos* n.º 14 (2019): 115, <https://revistas.ucp.edu.co/index.php/textosysentidos/article/view/219>.

²⁵ Laura Boggon, “Violencia, agresividad y agresión: una diferenciación necesaria” (ponencia, XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur, Universidad de Buenos Aires, 2006), 133-134.

²⁶ Santiago Álvarez, “¿A qué llamamos violencia en las ciencias sociales?”, 64.

violento y agresivo pueden llegar a ser muy frágiles y difíciles de definir. Estas dificultades no solo las he enfrentado yo, sino que también son compartidas por todos los científicos sociales que estudian este tema. Por eso, en *Aproximación teórica al concepto de violencia: avatares de una definición* la socióloga Elsa Blair Trujillo planteó que establecer una definición univoca de este concepto es un error, ya que es crucial destacar su carácter multidimensional y multicausal²⁷. En cambio, recomendó preguntarle qué entiende por violencia a quien habla de ella²⁸. Su propuesta es la siguiente:

Los conceptos los utilizamos queriendo “aprehender” con ellos la realidad social y poder entender y explicar los fenómenos que estudiamos. Pero, ¿y si los pudiéramos “aprehender” de otra manera?, ¿si pudiéramos llegar a entender la realidad y a explicarla por otro camino?, ¿y si de pronto, conceptualizándola, no sea la manera de llegar a ella?, ¿y si aquel argumento, que con tanta facilidad invocamos de las épocas históricas, determinara entre otras cosas el uso que se hace de los conceptos? Esto nos lleva a ubicar cualquier conceptualización en los tiempos y en los espacios; esto es, a dar cuenta con ellos de su temporalidad y su historicidad, que no es otra cosa que una manera de ordenar y a privilegiar, entonces, los usos que hacemos de ellos y sus transformaciones²⁹.

Siguiendo la propuesta de Blair Trujillo como inspiración, decidí no restringirme al uso de definiciones que me limitan y me obligan a dejar de lado fuentes fundamentales para comprender el problema que me interesa. Por ejemplo, algunos documentos científicos de la época utilizan el término "violencia" desde una perspectiva que no se ajustaba a ninguna de esas definiciones. También hallé historias de pacientes del Manicomio de Varones de Sibaté que no incurrieron en actos violentos u agresivos, pero que fueron tipificados como peligrosos por hechos como “levantarle la mano” a un ser querido. Excluir esta información me impediría realizar comparaciones necesarias que condujeron a hallazgos fundamentales en mi investigación.

²⁷ Elsa Blair Trujillo, “Aproximación teórica al concepto de violencia”, *Política y cultura*, n.º 32 (2009): 10. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26711870002>.

²⁸ Trujillo, “Aproximación teórica al concepto de violencia”, 10.

²⁹ Trujillo, “Aproximación teórica al concepto de violencia”, 17.

Prácticas

A través de prácticas diagnósticas y terapéuticas, los saberes expertos hacen juicios e intervenciones sobre los cuerpos de sus pacientes³⁰. Pero no todas las prácticas son iguales, pues no se fundamentan en los mismos saberes, ni hacen partícipes a las mismas materialidades, ni a los mismos objetos de estudio. La atención de esta tesis está puesta en las prácticas protagonizadas por los psiquiatras colombianos y sus pacientes. En adelante me referiré a ellas como “prácticas psi”. Este término suele emplearse para hacer referencia a los discursos, las materialidades, las acciones y los eventos relacionados con la puesta en práctica del psicoanálisis, la psiquiatría y la psicología en períodos históricos en los que los límites entre estas disciplinas eran difusos³¹. Esto aplica para el caso colombiano, pues entre 1937 y 1961 los psiquiatras indagaron sobre las causas psicopatológicas de la violencia mediante un entramado de teorías que entonces hacían parte del corpus de la psiquiatría y que incluían el darwinismo social, la biotipología, la teoría psicoanalítica y elementos de la psicología emergente. Por su parte, en el manicomio predominó una comprensión eminentemente biologicista de las enfermedades mentales y el papel que jugaba la violencia en la elaboración del diagnóstico.

Me interesé por este concepto inspirada en el libro *El cuerpo múltiple, ontología en la práctica médica*, de Annemarie Mol, que me invitó a pensar las enfermedades y los cuerpos como objetos manipulados en las prácticas. Prácticas en las que participan no solo los especialistas, sino también los pacientes y sus familiares. Prácticas que podemos identificar si le prestamos atención a los eventos, las acciones y las materialidades involucradas en los encuentros entre dichos actores³². Tomemos como ejemplo una revisión psiquiátrica en un manicomio de mediados del siglo XX. Al ingresar, al paciente se le sometía a un examen físico. Su disposición durante el transcurso de la revisión, su vestimenta, la higiene corporal,

³⁰ Jean McAvoy, “Psy disciplines”, *Encyclopedia of Critical Psychology* (2014). https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5583-7_611.

³¹ Ferrari, Polanco, Gallegos y Lopes, “De las ciencias del comportamiento a los saberes psi: ¿un cambio de concepción histórica?”, 1-2. Francisco Pizarro y Mariano Ruperthuz, “Presencia y función de los saberes psi en la “Edad de oro. De la literatura de Ciencia Ficción chilena (1959- 1973)” *Estudios filológicos*, n.º 65 (2020), <https://www.scielo.cl/pdf/efilolo/n65/0717-6171-efilolo-65-45.pdf>. Mariano Ruperthuz y Lévy Lazcano, “¿Qué les pasa a estos niños? Respuestas desde los saberes psi en Buenos Aires (1900-1940)” *Psicoperspectivas* 10, n.º 3 (2017). <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v10i3.615>.

³² Annemarie Mol, *El cuerpo múltiple. Ontología en la práctica médica* (Bogotá: Ediciones Uniandes, Editorial Universidad del Cauca, 2021), 8.

el equipo médico utilizado y la forma en que el psiquiatra se acercaba para examinarlo, conformaban dicho evento. Luego, se llevaba a cabo un examen psíquico en el que el psiquiatra formulaba varias preguntas, y el paciente relataba su historia y manifestaba sus preocupaciones. Mientras tanto, el médico registraba sus observaciones en la historia clínica. Cada etapa del proceso de elaboración del caso está plagada de eventos y materialidades. Eventos que no solo son protagonizados por el médico que realiza el diagnóstico, sino también por el paciente que expone sus quejas y síntomas en la consulta. Desde esta perspectiva, el médico no crea la enfermedad, ya que sin los pacientes no puede hacer diagnósticos. Al fijarnos en las prácticas, notamos que, en realidad, el médico y el paciente actúan juntos en la sala de consulta y dan forma conjuntamente a la realidad clínica³³.

Estas son ontologías situadas. Situadas en un espacio específico, en medio de unas relaciones particulares que involucran prácticas y materialidades concretas. Como a esta aproximación praxiográfica no le interesa rescatar verdades esencialistas sino entender cómo *llega a ser* una enfermedad en un lugar concreto,³⁴ al analizar la forma como las prácticas psi lidian con la violencia, tendré que enfatizar constantemente en las relaciones, las materialidades, los lugares y los eventos implicados.

Las historias clínicas son una de las materialidades que participan en la elaboración del caso. De acuerdo con Carlos Alberto Uribe y Santiago Martínez Medina, los médicos las usan como el vehículo mediante el cual organizan sus experiencias sensoriales en relación con el examen clínico y traducen el relato del paciente en síntomas de los cuales emana un diagnóstico³⁵. En otras palabras, “la enfermedad surge mediante la acción de hacer la historia clínica, que ocurre en el encuentro médico paciente”;³⁶ por eso, la producción de diagnósticos es intrínseca a ella.

El médico hace la historia clínica junto al paciente para elaborar el caso y volverlo susceptible de intervención, o sea, de tratamiento³⁷. Realiza preguntas, encauza las quejas de los

³³ Mol, *El cuerpo múltiple*, 30.

³⁴ Mol, *El cuerpo múltiple*, 58-71.

³⁵ Carlos Alberto Uribe y Santiago Martínez Medina, “Aprender a hacer historias clínicas, aprender a ser médico: el diagnóstico clínico como práctica, comunicación y relación”, en *Habilidades de comunicación en la formación médica contemporánea, una experiencia pedagógica*, editado por Elena Trujillo y Daniel Suárez (Bogotá: Ediciones Uniandes, 2019).

³⁶ Uribe y Martínez, “Aprender a hacer historias clínicas”, 136.

³⁷ Uribe y Martínez, “Aprender a hacer historias clínicas”, 149.

pacientes para convertirlas en síntomas, ordena exámenes, examina, lee, escribe y remite al paciente con otros profesionales para que, al final, todo confluya en un diagnóstico. De esta manera, la historia clínica es un conjunto de acciones, es decir, un proceso a partir del cual el diagnóstico es puesto en duda, por lo que está sujeto a cambios y reconsideraciones a la luz de un documento que funciona como una biografía sobre las enfermedades del paciente³⁸. Claramente hay una serie de limitaciones metodológicas para esta aproximación hacia las prácticas en la investigación histórica; sin embargo, y sin suponer en ningún momento que el documento *per se* me ofrece todas las respuestas de estos eventos clínicos, leo la historia no sólo como un documento de registro, sino también como los indicios de una práctica.

Anormalidad mental

Durante mucho tiempo, si algún colega me preguntaba sobre el objeto de mi investigación respondía “la locura” o “los locos”, arguyendo que así se les denominaba en la temporalidad que trabajo. Cuando la pregunta provenía de alguien ajeno mi oficio aseveraba que estudiaba “las enfermedades mentales”, pues sabía que probablemente esta persona no estaba al tanto de que, en nuestras investigaciones, los historiadores usamos algunos términos propios de la época en favor de la exactitud histórica. Así, lograba evitar conversaciones extensas sobre lo denigrantes y excluyentes que podían sonar estas denominaciones en la actualidad. Con el paso del tiempo, las historias clínicas que contenían diversas manifestaciones de lo que en la época se conocía como “locura” me condujeron a otras fuentes que no hablaban precisamente sobre ella, pero que expresaban muy bien la forma como, en el marco de sus saberes, las prácticas psi hacían del aumento de la violencia política un síntoma de degradación psicológica nacional. ¿Nacional? ¡Sí, nacional! ¿O sea que para los saberes expertos de la época todos los colombianos estaban “locos”? No, eso era no exacto. Por eso, en este punto quien preguntó cuál era el objeto de estudio de la investigación fui yo. ¿Acaso era la locura? No, no podía ser la locura únicamente, porque, aunque incluía casos de pacientes del Manicomio de Varones de Sibaté, otras fuentes explicaban que los psiquiatras de la época consideraban que la mayoría de los colombianos incurrieran en conductas desviadas y transgresoras no por una patología, sino por una falla en su constitución psíquica o una

³⁸ Uribe y Martínez, “Aprender a hacer historias clínicas”, 149.

anomalía en su conducta. Estas reflexiones me llevaron al concepto de “anormalidad”, que, en la búsqueda de mayor exactitud se convirtió en “anormalidad mental”.

Un referente clásico en la discusión sobre la anormalidad es George Canguilhem. En su texto *Lo normal y lo patológico* planteó superar la noción cuantitativa que se refiere a lo normal como un promedio estadístico, para enfocarse en la normatividad biológica, que se refiere a la capacidad de los individuos para crear normas en relación con las condiciones del ambiente que habitan³⁹. En consecuencia, ser normal no solo es estar sano, sino ser normativo; es decir, establecer normas nuevas para situaciones nuevas. De esta manera, durante el estado patológico o anormal el individuo pierde su potencia normativa, debido a lo cual es incapaz de crear normas nuevas en función de los cambios del ambiente.

Veinte años después, Canguilhem se interesó por la normatividad social y la forma como afecta al individuo, lo que les otorgó una perspectiva política a sus estudios sobre la anormalidad. De ahí que en *Las nuevas reflexiones sobre lo normal y lo patológico* explicara que las normas sociales son reglas que sirven para normalizar la existencia según la preferencia de un orden posible en contraposición a otro que no es deseable y que entraña lo anormal⁴⁰. Así, las normas no solo son principios de inteligibilidad; también son medios para la coerción y el ejercicio del poder⁴¹.

Foucault se inspiró en este sentido político de la anormalidad para analizar la emergencia de un proyecto normativo que se ejecutó desde el siglo XVIII por medio de instituciones como las escuelas, las fábricas y los hospitales. El eje de su propuesta, el poder. Un poder positivo que a través de un proyecto normativo y de saberes repara, readapta, reinserta y corrige en favor de la producción de sujetos normales, y que se contrapone a las técnicas negativas de represión y exclusión usadas por el poder soberano, previo a la época clásica⁴².

En ese proyecto normativo la pericia psiquiátrica develó los rasgos del individuo subyacentes al crimen y los convirtió en su causa, demostrando que el sujeto se parecía al crimen antes

³⁹ Georges Canguilhem, *Lo normal y lo patológico* (Buenos aires: Siglo XXI editores, 1971).

⁴⁰ Andrea Torrano, “Canguilhem y Foucault de la norma biológica a la norma política”, *Estudios de epistemología* 10, n.º 6 (2013): 130, <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/864>.

⁴¹ Michael Foucault, *Los anormales* (Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2000), 57. Max Hering Torres, *Cuerpos anómalos* (Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2013), 17.

⁴² Foucault, *Los anormales*, 135.

de cometerlo, pues era un anormal. En adelante, la atención de los saberes expertos se trasladó a las conductas irregulares subyacentes a los crímenes y a los sujetos anormales, es decir, a quienes poseían los rasgos y las pequeñas anomalías en la conducta que indicaban peligrosidad y perversidad, sin que necesariamente hubieran cometido una infracción que justificara la intervención sobre sus cuerpos. Según Foucault, este poder normalizador operó a través del juego de una red de instituciones y saberes que no tenían como prioridad la curación de una enfermedad o el otorgamiento de un castigo, sino la corrección de los anormales. Su jurisdicción llegó a ser extraasilaria cuando los expertos sostuvieron que cualquiera que se entregara a la potencia de sus instintos podía incurrir en comportamientos desviados y, eventualmente, en crímenes⁴³.

Poder normalizador, sujetos anormales, saberes expertos. Esta triada será clave para comprender por qué la violencia fue objeto de las prácticas psi y el sentido normalizador que había detrás de sus prácticas discursivas y terapéuticas, que se ejecutaron a través de la higiene mental e instituciones como el Manicomio. Sé que al dialogar con Foucault habrá algunos disensos, pues la experiencia colombiana tiene sus propios rasgos y mecanismos de funcionamiento. Este no es un problema, pues en mi tesis no busco comprobar la veracidad de la teoría foucaultiana; simplemente me interesa esbozar algunos elementos teóricos que me ayuden a pensar la relación entre la violencia, la anormalidad mental, la normalización y las prácticas psi. Sin embargo, esto me llevó a explorar otros abordajes teóricos: el cuerpo, los cuerpos anómalos y el cuerpo social.

El cuerpo es un concepto central en esta investigación porque a mediados del siglo XX en Colombia el poder normalizador de la psiquiatría pretendía practicarse sobre los cuerpos individuales a través de las prácticas manicomiales, y sobre el cuerpo social mediante la higiene mental. El cuerpo es un objeto de la investigación histórica debido a que “es producto de la sociedad y la cultura; está formado, constituido y permeado por sus normas”⁴⁴. Las significaciones y codificaciones que lo definen dependen de las particularidades del entorno en el que se desenvuelve. En *Historia del cuerpo revisada*, Roy Porter insistió en la importancia de obtener datos empíricos suficientes para comprender el sentido de la

⁴³ Foucault, *Los anormales*.

⁴⁴ Hering, *Cuerpos anómalos*, 15.

interrelación del cuerpo con su contexto histórico, social y cultural⁴⁵, pues el cuerpo no solo es una realidad biológica, sino también es “una experiencia cultural construida por diferentes tipos de discursos y prácticas”⁴⁶ que varían de acuerdo con el tiempo y el espacio.

Inspirado en Canguilhem y Foucault, en *Cuerpos anómalos* Max Hering planteó que una de las codificaciones que se ha impuesto a los cuerpos es la antinomia normal-anómalo, usada para establecer una diferenciación a partir de normas estéticas, jurídicas, médicas, etc., en función de un orden político y social deseado⁴⁷. Por consiguiente, para comprender mejor cuáles son los cuerpos anormales y sus características, es importante conocer los ideales corporales del contexto estudiado y el papel que juega su existencia en la corrección de los anormales.

En el ámbito de interés de este trabajo no había una definición unívoca de ese ideal para las prácticas psi. Esto se debe a que la violencia no significaba lo mismo en los órdenes intramuros y extramuros, y a que aquel ideal variaba no solo con el tiempo, sino según el sistema de creencias y las tendencias políticas de cada autor interesado en las causas psicopatológicas de la violencia. Sin embargo, hay algunas tendencias. En el primer capítulo, dedicado al orden extramuros, observamos que durante las primeras décadas del siglo XX este ideal se concebía desde una perspectiva eugenésica, influida por teorías como la degeneración de la raza y la biotipología, que buscaban evitar la reproducción de ciertos rasgos en la población. Si bien dichas teorías incidieron en la psiquiatría hasta mediados de siglo, en las décadas de 1940 y 1950 las interpretaciones de la realidad del país también estuvieron influenciadas por el psicoanálisis y las disciplinas sociales. Por ello, aunque los psiquiatras siempre enfatizaron en que la moral, la educación y el trabajo eran fundamentales para la formación de ciudadanos útiles y para la reducción de los brotes de violencia en el país, a mediados de siglo se consideraron también factores sociales. Dentro del manicomio tampoco había una forma única de concebir la normalidad, especialmente en relación con los pacientes que habían incurrido en actos violentos.

⁴⁵ Roy Porter, “Historia del cuerpo revisada”, en *Formas de hacer historia* (Madrid: Alianza editorial, 2009): 275-277.

⁴⁶ Hering, *Cuerpos anómalos*, 15.

⁴⁷ Hering, *Cuerpos anómalos*, 17.

Metodología

Mi viaje hacia el pasado comenzó en sitios donde se encuentran resguardadas las fuentes históricas. Allí, lleve a cabo la búsqueda documental en tres etapas. En primer lugar, acudí a los diferentes bibliotecas y archivos de la ciudad donde podría encontrar libros, manuales, revistas o artículos científicos de la época, bajo criterios de búsqueda como loco, locura, psiquiatría, neuropsiquiatría, higiene mental, manicomio, manicomio de Sibaté, violencia y hermanos hospitalarios San Juan de Dios. Esta búsqueda me permitió ubicar artículos útiles en la revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, la revista de psicología de la Universidad Nacional, la revista Anales Neuropsiquiátricos, el manual de psiquiatría titulado *Tratado de clínica de las enfermedades mentales*, la revista Instantáneas Médicas y la revista de la Orden Hospitalaria de los Hermanos San Juan de Dios.

La segunda etapa transcurrió en el Archivo de la Beneficencia de Cundinamarca. En 2019 aún no había un catálogo de la documentación, o al menos claridad sobre la ubicación de cierto tipo de documentos. Solo cientos de estantes y cajas en los que hay que explorar para descubrir cuáles son las fuentes existentes. Por medio de este trabajo rastree diferentes documentos institucionales del manicomio: resoluciones, órdenes de pago, pagos de nómina, ordenanzas e informes elaborados por la Junta General de la Beneficencia para la Asamblea de Cundinamarca en 1939, 1941, 1942 y 1945, que me ayudaron a comprender la estructura institucional del Manicomio.

La tercera etapa la llevé a cabo en el Archivo General de la Nación, donde actualmente reposan las historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté. Como dichos documentos estuvieron abandonados por un largo periodo de tiempo, el Archivo restringió su acceso mientras iniciaba su proceso de restauración. Actualmente, en los sótanos de esta institución hay cientos de cajas que, a su vez, contienen cientos de historias clínicas de los pacientes que tuvo el manicomio desde su inauguración hasta su cierre. Los pocos investigadores que hemos tenido el privilegio de acceder a ellas lo hicimos bajo varias restricciones y limitaciones, como cortos horarios para revisarlas, la prohibición de tomarles fotografías y la inexistencia de un catálogo de los documentos. Luego llegó la pandemia. Para ese entonces ya había examinado 150 historias clínicas. Aunque estos documentos son suficientes en términos de cantidad y calidad para una investigación de maestría, me hubiera gustado hallar

más historias clínicas que tuvieran como eje central la violencia política o que abarcaran sistemáticamente toda la periodización que escogí. Sin embargo, los investigadores nos vemos abocados a trabajar en el marco de las limitaciones que se nos presentan, razón por la cual la mayoría de las historias clínicas que incluyo corresponden a la década de 1950, especialmente a su segunda mitad.

Los límites que debía ponerle a esta labor heurística ajustándome a las proporciones que debe tener una investigación de maestría, me impulsaron a continuar con el siguiente paso: leer y catalogar la información según ciertas categorías, para develar posibles interrelaciones. Otro mundo de posibilidades se abrió ante mis ojos: mediados por la pluma de los saberes expertos, los pacientes y sus familiares narraron los hechos que habían desencadenado los síntomas mentales y los motivos de la reclusión. Emergieron entonces escenas de peleas callejeras, asesinatos celotípicos, abusos sexuales, traumas de guerra, golpizas y persecuciones motivadas por diferencias políticas en el marco del conflicto bipartidista, maltrato intrafamiliar, violencia psiquiátrica, entre otros. Aunque al principio no fue fácil definir la conexión que había entre estos fenómenos aparentemente dispares, eventualmente comprendí que lo que subyacía a todas estas historias era la violencia en sus múltiples manifestaciones. La violencia y sus efectos hechos síntomas mentales justificaba la reclusión de estos pacientes, su tratamiento y su manicomialización.

Entre estas 150 historias clínicas, en 48 los motivos de ingreso se relacionan con hechos violentos u agresiones. Inicialmente, el criterio para seleccionarlas fue encontrar en ellas alguna acción que pueda considerarse como un exceso de fuerza que haya causado daño. Sin embargo, esta perspectiva me obligaba a ignorar historias de pacientes que, aunque no habían agredido ni violentado a nadie pues no “llegaron a hechos”, fueron reclusos porque según las autoridades podían llegar a hacerlo en el futuro, pues eran potencialmente peligrosos.

Al abordar estas historias clínicas me vi obligada a preguntarme si era posible escuchar la voz de los locos consignada en ellas, pues estaba mediada por los saberes expertos. Otros científicos sociales han planteado la misma pregunta, pero centrándose en los subalternos, es decir, en aquellos sujetos históricos oprimidos y sin voz. En este sentido, Gayatri Spivak argumentó que el trabajo intelectual refuerza la dominación sobre los subalternos al hablar

en su nombre⁴⁸. Del mismo modo, Silvia Rivera sostuvo que los estudios subalternos terminan utilizando a los sujetos para producir un conocimiento ajeno a ellos, reproduciendo así la asimetría entre el sujeto y el objeto⁴⁹.

Una discusión similar tuvo lugar entre Foucault y Derrida. Para Foucault, existía una clara oposición entre la razón y la irracionalidad, así como entre la psiquiatría y la locura. Por ello, afirmaba que no le interesaba hacer historia de la psiquiatría, sino más bien, prefería hacer historia “de a lo que la propia razón niega toda historia”⁵⁰, es decir, de la sinrazón. Derrida cuestionó a Foucault al preguntarse si la historia no es un enfoque racional para acercarse a la locura, invitándolo así a cuestionar las bases epistemológicas sobre las cuales construye su trabajo, ya que, si la locura está más allá de la razón, “ni él puede hablar en nombre de la locura ni la locura puede ser un lugar discursivo”. A propósito, Roy Porter planteó que como se requiere del médico y el paciente para que se produzca el encuentro médico, es incorrecto afirmar que no puede escucharse la voz de los pacientes mediante la historia clínica. De ahí que haya decidido narrar sus testimonios insistiendo en que no son solo “síntomas de síndromes, sino comunicaciones coherentes por derecho propio”⁵¹, pues puede entenderseles como “fruto de su situación y de su tiempo”⁵².

Inspirada en estas fructíferas discusiones y perspectivas, decidí incluir diez estudios de caso en el capítulo final con el fin de comprender dinámicas de un escenario particular (el manicomio) a través de las relaciones complejas que se tejen en la elaboración de un caso clínico. Por ello, no se pretende describir las historias de estos pacientes de forma aislada, pues el objetivo es aprender sobre algo más que está afuera del caso: la forma como las prácticas psi tramitaban la violencia. Cada uno de estos casos contiene un interés especial en sí mismo, que se potencia al triangularlos con otras fuentes e investigaciones. Siguiendo las recomendaciones de Pablo Forni en *Los estudios de caso: Orígenes, cuestiones de diseño*

⁴⁸ Santiago Giraldo, “¿Puede hablar el subalterno?”, *Revista colombiana de antropología* 39, (2003), 298, <https://www.redalyc.org/pdf/1050/105018181010.pdf>.

⁴⁹ Mauricio Archila, “Voces subalternas e historia oral”, *Anuario colombiano de historia social y de la cultura* n.º 32 (2005): 303, <https://revistas.unal.edu.co/index.php/achsc/article/view/8196>.

⁵⁰ Mauricio Amar, “Cogito y locura. en torno al debate Foucault-Derrida” *Fragments de filosofía*, n.º 10 (2012): 36, https://institucional.us.es/revistas/fragmentos/10/art_2.pdf.

⁵¹ Roy Porter, *A Social History of madness. Stories of the insane* (Londres: Weidenfeld and Nicolson. 1987), 12.

⁵² Roy Porter, *A Social History of madness. Stories of the insane* (Londres: Weidenfeld and Nicolson. 1987), 12.

y sus aportes a la teoría social, seleccioné casos que el autor llama “centrales”, pues son representativos del fenómeno estudiado, y casos extremos, que “distan de ser promedio” y por ello son reveladores⁵³.

Ciencia, prácticas, sociedad, violencia, historias de vida, multidisciplinariedad. Todos ellos, indicios de que mi investigación se inscribe en la historia social y cultural de la psiquiatría. Como afirma Cristina Sacristán, para estas vertientes entender la locura como un problema de orden biológico es insuficiente, pues lo que se clasifica bajo ella expresa los valores de la sociedad en cuestión. Por eso, la locura “no puede ser comprendida fuera del orden social y cultural que la nombra”⁵⁴. Lo mismo sucede con la psiquiatría, que no solo se rige por los principios científicos de cada época sino por sus determinantes sociales, políticos y culturales⁵⁵. Ergo, esta tesis no solo se preocupa por analizar las transformaciones de los discursos y las prácticas psi, sino por su relación con el contexto político y social convulso que aquejaba a los colombianos a mediados del siglo XX.

También es característico de la historia cultural verse obligado a ir más allá de los límites de la historia. Separar la metodología y la teoría es artificioso, razón por la que debo enfatizar en que los conceptos y modos de análisis que mencioné en el apartado teórico hacen parte de otras disciplinas, como la antropología y la sociología.

Además, la historia cultural de la psiquiatría pone especial atención a los pacientes y sus familias, así como a los múltiples actores que participaron en la identificación, captura, diagnóstico y tratamiento de los locos, por lo que suele incluir una amplia variedad de fuentes que van desde lo institucional y científico, hasta la literatura y la historia oral⁵⁶. En este caso, las fuentes alternativas fueron las historias clínicas, que develaron una estrecha conexión entre el proceso de manicomialización y la violencia, la pobreza y la desigualdad.

⁵³ Pablo Forni, “Los estudios de caso: Orígenes, cuestiones de diseño y sus aportes a la teoría social” *MIRÍADA* 3, n.º 5 (2010), <https://p3.usal.edu.ar/index.php/miriada/article/view/5/168>

⁵⁴ Cristina Sacristán, “Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna” *Frenia* 5, n.º 1 (2005): 24, <https://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16413/16259>.

⁵⁵ Sacristán, “Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México”, 24.

⁵⁶ Sacristán, “Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México”.

La división capitular se inspiró en el juego de escalas propuesto por Arthur Kleinman. Según este autor, la realidad social determina la forma como se atienden las enfermedades y las acciones que toman los pacientes cuando enferman⁵⁷. A la forma como el contexto social determina las normas sobre enfermedades, las relaciones clínicas y las actividades curativas la llama realidad clínica. Para conocer cómo opera la realidad clínica, Kleinman propone hacer un juego de escalas en las investigaciones. La escala macroscópica incluye la comprensión del contexto cultural en estudio y las instituciones que prestan el servicio de salud. Por otra parte, la mirada microscópica se interesa por las experiencias de los individuos sobre las enfermedades, la intervención del grupo familiar en el caso, las transacciones médico-paciente y el proceso de curación. Tomando en cuenta estas ideas, he optado por estructurar mi investigación de la siguiente manera: el primer capítulo incluye una mirada más panorámica del tema que me interesa, y en los dos capítulos restantes hago de forma progresiva un acercamiento que pretende ser más microscópico.

⁵⁷ Arthur Kleinman. *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry* (California: University of California Press, 1981).

Balance historiográfico

Los casos en los que la psiquiatría y los manicomios fueron usados con fines políticos en contextos convulsos o de autoritarismo político son usuales. Un ejemplo célebre es el programa de eutanasia nazi o “T – 4”, en el que, siguiendo órdenes de Adolf Hitler, los médicos elegían a los pacientes con enfermedades mentales que debían morir, ya que representaban un peso económico para la sociedad y no encajaban en los parámetros raciales de superioridad alemana⁵⁸. Por otra parte, en la Unión Soviética los opositores políticos eran catalogados como enfermos mentales y, como resultado, eran confinados en hospitales psiquiátricos. De igual forma sucedió en España durante el franquismo, pues en las décadas de 1930 y 1940 los psiquiatras leales al gobierno plantearon que el comunismo era una enfermedad social conocida como “la barbarie roja”; por tanto, la revolución solo podía ser obra de locos y degenerados, que según sus opositores tendían a tener personalidades esquizoides, cicloides y paranoides⁵⁹. No obstante, hacer un balance historiográfico que incluya todas estas experiencias, marcos geográficos y temporalidades sería inacabable. Debido a ello, al hacer el balance de los trabajos extranjeros sobre el tema, me enfocaré en dos experiencias latinoamericanas: la dictadura argentina del Proceso y la Revolución mexicana.

La dictadura militar que gobernó Argentina entre 1976 y 1983 es conocida por considerársele como la más sangrienta de la historia del país. Se caracterizó por la violación de los derechos humanos en la forma de tortura, desaparición y terrorismo de Estado contra traidores del régimen y todo aquel que fuera de izquierda. Los historiadores y científicos sociales que se han interesado por estudiar el desarrollo de las prácticas y saberes psi en este periodo convulso lo han hecho, principalmente, en tres ejes temáticos: la psiquiatrización de los opositores políticos del régimen, la persecución de los profesionales e instituciones psi y los mecanismos de resistencia que dichos actores desarrollaron contra la represión del Estado.

⁵⁸ “El asesinato de los discapacitados”, Enciclopedia del holocausto, 16 de julio de 2023, <https://encyclopedia.ushmm.org/content/es/article/the-murder-of-people-with-disabilities>.

⁵⁹ Enrique González, “Guerra civil: una psiquiatría para la represión” en *Violencia y Salud mental*, coordinado por Iñaki Márquez Alonso, Alberto Fernández Liria y Pau Pérez (Madrid: Asociación española de neuropsiquiatría, 2009).

Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70, de Enrique Carpintero y Alejandro Vainer, es uno de los primeros trabajos que se realizaron sobre el tema. Dicho libro rescata las memorias del campo de la salud mental desde sus inicios hasta la dictadura, fundamentado en las vivencias de los autores, entrevistas a los protagonistas de esta historia y documentación de la época. Su trabajo es una apuesta política que indaga en el pasado, especialmente en los años trágicos de represión estatal, para poder avistar más claramente el futuro⁶⁰. Esta propuesta tan comprometida con el presente y que los historiadores podríamos llegar a juzgar como anacrónica, es producto la formación de los autores: Enrique Carpintero es abogado, defensor de derechos humanos y periodista, y Alejandro Vainer es psicólogo y psicoanalista. Su aporte no solo reside en sus descubrimientos, sino en la heterogeneidad de sus fuentes, el compromiso político que asumieron y en su enfoque metodológico: la memoria histórica.

Entre sus descubrimientos destaca que en el contexto de la dictadura no solo desaparecieron personas, sino experiencias disciplinares que la desafiaban⁶¹. Desde las décadas de 1950 y 1960, los saberes psi se habían radicalizado y politizado, lo que explica que sus profesionales y organizaciones se hayan constituido como objetivo militar del régimen. En efecto, los psiquiatras fueron perseguidos, desaparecidos y asesinados; las comunidades terapéuticas fueron desarticuladas; las sociedades gremiales disueltas y las directivas de algunas instituciones de salud mental fueron reemplazadas por militares.

Otro texto clave sobre el tema es *Ana alumbrada: militancia, amor y locura en los 60*, en el que, a partir de la experiencia de su madre, Alejandra Slutzky cuenta que en los hospitales psiquiátricos Borda y Moyano, dirigidos por oficiales del Ejército, patologizaban a los disidentes políticos y soldados insubordinados para poder recluirlos y torturarlos. Este hallazgo fue posible dado que Slutzky accedió a fuentes inéditas, como historias clínicas, y testimonios que recogió mediante entrevistas a sobrevivientes de la detención y a sus familiares.⁶² Sin duda, este trabajo nos demuestra que la historia oral y las historias clínicas

⁶⁰ Enrique Carpintero y Alejandro Vainer, *Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70* (Buenos Aires: Editorial Topia, 2004).

⁶¹ Carpintero y Vainer, *Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y Salud Mental*.

⁶² Jonathan Ablard, “Una reevaluación de los archivos, los derechos humanos y la psiquiatría en la Argentina del Proceso (1976-1983)”, en *Locura en el archivo. Fuentes y metodologías para el estudio de las disciplinas psi*, coordinado por Aída Golman (México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2022).

son un recurso clave para poder recopilar información novedosa sobre el tema e incluir las perspectivas de los pacientes y sus familiares, que no suelen encontrarse en otros documentos.

Aunque en este panorama los psiquiatras que simpatizaban con el régimen quedaron a cargo de las instituciones psiquiátricas y la formación médica⁶³, algunas investigaciones muestran que quienes fueron perseguidos inventaron mecanismos de resistencia ante la represión. Verbigracia, se crearon organizaciones de psicólogos como la organización de las Jornadas Platenses de Psicología, con el fin de seguir en contacto, hacer activismo y visibilizar la función social de su disciplina⁶⁴. Por otra parte, el cambio de residencia de algunos profesionales, que fue analizada por Vissani, Scherman y Fantini mediante la noción de exilio interno, sirvió para “eludir la violencia ejercida por el poder y continuar desarrollando un modo de hacer con otros”⁶⁵.

También se ha investigado sobre la patologización psiquiátrica de ciertas ideologías políticas fuera del contexto de la dictadura. Por ejemplo, el historiador Hugo Vezzetti escribió sobre la patologización del anarquismo en Argentina. A comienzos del siglo XX, a esta ideología política se le caracterizaba como un atavismo signo de degeneración o la manifestación de un pensamiento delirante⁶⁶. Sin embargo, no hay evidencia de que hayan hecho diagnósticos o tratamientos con base en estas ideas.

En cuanto al caso mexicano, uno de los trabajos más destacados es el de Cristina Rivera Garza, quien de su tesis doctoral en historia hizo varias publicaciones. Una de ellas es *Nadie me verá llorar*, de 2003. Esta es una novela del género de la literatura histórica en el que la autora planteó que, durante la Revolución mexicana, ocurrieron otras revoluciones que fueron silenciadas. Con ello hace referencia a la historia de Matilda, una mujer cuya

⁶³ Valeria Kierbel, Emilia Freston y Sofía Degaudencio, “La Asociación de Psicólogos de la Plata (aplp) durante la última dictadura cívicomilitar: las jornadas platenses de psicología (1976 – 1980)” (ponencia, Congreso V Internacional de Investigación, 11 al 13 de noviembre de 2015), 1000.

⁶⁴ Kierbel, Freston y Degaudencio, “La Asociación de Psicólogos de la Plata”, 1001.

⁶⁵ Laura Vissani, Elena Scherman, Patricia Fantini y Nilda Delfina, “Exilio interno y campo psi en Córdoba durante la última dictadura militar. Del poder y las experiencias de resistencia” (ponencia, Congreso XI Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, 2019).

⁶⁶ Ablard, “Una reevaluación de los archivos”, 85.

condición como prostituta y loca hacen de ella un contra-modelo del buen ciudadano, no solo del Porfiriato, sino de la revolución misma.

Por otra parte, en *La Castañeda: Narrativas dolientes desde el Manicomio General de México 1910-1930*, esta misma autora se inspiró en Arthur Kleinman para proponer como ejes transversales las narrativas de la enfermedad, según los psiquiatras; y del padecimiento, según los pacientes. Aunque su tema central no es la compleja relación que pudo tejerse entre el manicomio, la psiquiatría y la Revolución mexicana, la autora lo aborda debido a la temporalidad de su investigación. En términos generales, Garza explica que, durante la Revolución, los esfuerzos por entender las enfermedades de la mente fueron pospuestos. Así mismo, la falta de financiación, el deterioro del manicomio y su ocupación por parte de los zapatistas en 1915, impidieron que esta institución siguiera cumpliendo sus funciones a cabalidad. Respecto a los pacientes, su gran aporte es que planteó que las historias de locura que encontró en los archivos mostraban que el progreso que trajo consigo la revolución tuvo un alto costo humano. De manera que las mujeres psiquiatrizadas no solo le sirvieron como testimonios de los efectos nefastos que dejó la guerra, sino “presentaron el rostro inverso de la revolución”⁶⁷.

La novedad en las reflexiones de Garza en ambas obras residió, por un lado, en la variedad de las fuentes que usó y, por otro, en su interés por los sujetos psiquiatrizados. Sus historias de vida le permitieron controvertir la historia tradicional de la Revolución, a la que subyacían mexicanos que llevaban décadas siendo marginados sociales, y que continuaron siéndolo a pesar de los cambios que trajo consigo el proceso insurgente.

Otra obra clave sobre este tema es *La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910–1920*, de Andrés Ríos⁶⁸. Allí dedicó unos capítulos a explicar qué sucedió y a quiénes recluyeron en el Manicomio General de la Castañeda en el contexto de la Revolución mexicana. Como las historias clínicas no contenían la información suficiente para responder a estas preguntas, el autor las trianguló

⁶⁷ Cristina Rivera, *La Castañeda*, (México: Debolsillo, 2022), 163.

⁶⁸ Andrés Ríos, “La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910–1920”, (tesis de doctorado, El Colegio de México, 2007).

con libros de registro de las entradas y las salidas de los pacientes para vislumbrar las respuestas a partir de un estudio cuantitativo cuyos resultados analizó en el marco de una profusa investigación sobre la realidad política, social y científica de la época. En ello reside una de sus principales contribuciones, pues esa estrategia le permitió hacer varios descubrimientos. Uno de ellos es que la población manicomial disminuyó debido a la guerra, pues en este tipo de contextos de agitación y desorden social se produce una adaptación psicológica de quienes sufren y los daños mentales causados por el conflicto se revelan tiempo después. Otro es que, en esos años, los diagnósticos más recurrentes fueron el alcoholismo y la Parálisis General Progresiva, pues el consumo de alcohol aumentó, al igual que la clientela del negocio de la prostitución.

Colombia

La obra que inauguró los estudios sobre este campo en nuestro país es *Historia de la psiquiatría en Colombia*, del psiquiatra Humberto Roselli, que se publicó en 1969 y se dividió en dos tomos⁶⁹. Allí el autor historió los principales hitos de la psiquiatría colombiana desde el periodo colonial hasta la fecha de publicación del libro, destacando sus avances, instituciones más representativas y médicos más ilustres. También incluyó una sección sobre la relación entre violencia y psiquiatría, en la cual hizo una lista organizada cronológicamente sobre algunos de los artículos científicos y periodísticos que los psiquiatras colombianos habían escrito sobre el tema hasta entonces. Dicha descripción no gira en torno a una idea central, pues su texto es expositivo, no argumentativo. Es claro que esta obra pertenece a la tradición de médicos escritores que, sin ninguna formación en historia, recopilaban los mayores avances de su ciencia desde una perspectiva esencialmente apologética. Sin embargo, *Historia de la psiquiatría en Colombia* es un trabajo fundamental para cualquiera que desee iniciarse en los estudios históricos de la psiquiatría en Colombia, sin importar la arista que le interese.

En 1986, Roselli realizó una publicación que es exclusivamente sobre este tema, titulada *Psiquiatría de la violencia en Colombia*.⁷⁰ En este trabajo hizo una recopilación de las teorías

⁶⁹ Humberto Roselli. *Historia de la psiquiatría en Colombia*, Tomo I (Bogotá: Editorial horizontes, 1968), 286-290.

⁷⁰ Humberto Roselli, "La psiquiatría de la violencia en Colombia" (ponencia, Reunión Anual de la ASHP, 1986).

de autores colombianos que, desde el psicoanálisis, la psicología y la psiquiatría habían explicado las causas psicopatológicas de las diferentes olas de violencia que se habían presentado en Colombia desde 1946 hasta la década de 1980. La finalidad era usar este balance para proponer una serie de medidas encaminadas a reducir los niveles de violencia de su contexto inmediato. Entre estas estrategias incluyó el fomento de investigaciones multidisciplinarias sobre el tema, la prevención y atención a grupos de riesgo, la detección de enfermos mentales susceptibles a incurrir en actos violentos y la formación del personal médico y paramédico en conductas violentas. En definitiva, quien desee incursionar en la historia de los discursos psi sobre la psicopatología de la violencia en Colombia, encontrará muy útiles las referencias usadas por el autor, así como sus propias reflexiones sobre el tema, pues toda esta información puede utilizarse como un fecundo material de análisis en una investigación histórica.

A finales del siglo XX comenzaron a elaborarse trabajos más interpretativos y argumentativos sobre la relación entre la violencia y la anormalidad mental. Por ejemplo, en 1997, Carlos Alberto Uribe publicó *Magia y locura: la violencia simbólica y la enfermedad mental*⁷¹. En dicho artículo plasmó el análisis antropológico que hizo de las historias clínicas y los testimonios de quince personas diagnosticadas con enfermedades mentales. Esto le permitió descubrir que, para varios pacientes, su enfermedad era producto de actos de brujería, maleficios, malas energías y maldiciones que fueron proferidos contra ellos para causarles daño. Asimismo, planteó que había una estrecha relación entre la violencia familiar, el conflicto armado y la eclosión de enfermedades mentales entre la población. En este texto, Uribe no explicó qué entendía por violencia o violencia simbólica, lo que para mí es una invitación a pensar que quien se proponga investigar sobre la violencia debe dar este debate.

Ya entrado el siglo XXI se realizó una investigación interesada por el impacto de la guerra en la semiología psiquiátrica. Me refiero a una tesis de pregrado que se escribió en 2016 y se titula *El trastorno de estrés postraumático en la Segunda Guerra Mundial: Fundamentos conceptuales y prácticas psicosociales. Aspectos psicológicos de la guerra*, de Cindy

⁷¹ Carlos Uribe, “Magia y locura: la violencia simbólica y la enfermedad mental” *Revista de la Facultad de Medicina* 45, n.º 4 (1997).

Álzate⁷². Esta estudia la transformación histórica de la etiqueta diagnóstica “Trastorno de Estrés Postraumático”, de la mano de conflictos de gran escala, como la Segunda Guerra Mundial. A partir de tres fuentes primarias y una amplia cantidad de bibliografía, la autora afirmó que esta etiqueta diagnóstica solo cambió nominalmente, pues su etiopatogenia se mantuvo casi invariable en el tiempo. Sin embargo, simultáneamente demostró que luego de la Segunda Guerra Mundial se hizo evidente que, independientemente de su procedencia, formación o experiencia militar, cualquier soldado podía experimentar un trauma psicológico tras una prolongada exposición a la guerra. Esto controvirtió al aparato militar, que se resistía a admitir las lesiones psicológicas que la violencia podía provocar.

Debido a las conclusiones a las que llegó, se destaca su habilidad para estudiar el discurso científico de la psiquiatría sin desvincularlo del contexto histórico en el que se produjo. Sin embargo, debió profundizar en las tendencias teóricas que sustentaban los diferentes diagnósticos que hoy podrían considerarse TEP, pues es improbable que la etiopatogenia de este conjunto de síntomas se haya mantenido invariable en el tiempo ante las extensas discusiones que hay sobre los factores desencadenantes de la histeria, la neurosis de guerra, la psiconeurosis y el Trastorno de Estrés Postraumático.

En 2019 salió a la luz *Cuando la locura moraba en Ninguna parte: El Asilo de locas de Bogotá y sus voces, 1930-1950*, la tesis doctoral de Luz Alexandra Garzón. Aunque el tema central del texto no se relaciona directamente con mi área de interés, la autora destacó de manera perspicaz que, durante la década de 1950, una gran cantidad de pacientes provenían de zonas altamente afectadas por la violencia política. Por esta razón, sugirió a sus lectores que podría haber un área de investigación prometedora al analizar:

(...) el contexto político y social del país en la primera mitad del siglo XX, sus relaciones con los discursos higienistas, degeneracionistas y biologicistas, y el impacto de la violencia en instituciones dedicadas a la atención de orates. De igual manera, sería clave profundizar los vínculos de la violencia vivida en diferentes

⁷² Cindy Alzate, “El trastorno de estrés postraumático en la Segunda Guerra Mundial: Fundamentos conceptuales y prácticas psicosociales. Aspectos psicológicos de la guerra” (tesis de pregrado en Historia, Universidad de Antioquia, 2016).

regiones del país entre 1930 y 1950 con la génesis de las afectaciones mentales tanto en hombres como en mujeres⁷³.

Como vimos anteriormente, en el siglo XXI se han realizado escasas investigaciones sobre el vínculo entre la violencia, la psiquiatría y la locura. No obstante, dado que mi trabajo se interesa tangencialmente por la peligrosidad y la criminalización de la locura, revisé estudios históricos colombianos que abordan estos temas. Quien quiera indagar sobre trabajos de la historiografía colombiana con otros enfoques puede remitirse a *Historiografía de la locura y de la psiquiatría en Colombia. De los médicos escritores a la perspectiva crítica, 1968-2018*, un estado del arte elaborado por Jairo Gutiérrez⁷⁴.

Uno de los trabajos que habla de la peligrosidad como causa de la reclusión de los locos es *Expresiones de la locura en el Virreinato de la Nueva Granada durante el siglo XVIII*, de Olga Cruz Montalvo. Este artículo publicado en 2011 usa documentos judiciales para estudiar las prácticas coloniales frente a la locura. El análisis de este material le permitió concluir que la locura era vista en tanto las conductas de quienes la sufrían atentaban contra el orden social por su peligrosidad, o contra el orden familiar porque su enfermedad se volvía inmanejable. Como las Reales Ordenanzas no estipulaban qué debía hacerse con los enfermos ni existían instituciones para su reclusión y tratamiento, las decisiones que se tomaban sobre su destino dependían de las particularidades del caso y las autoridades que estaban a su cargo, que podían ser médicos, funcionarios, familiares o vecinos⁷⁵.

Los mecanismos para el control de la peligrosidad e indomabilidad de los locos se transformaron con la inauguración de los primeros manicomios en el país. Debido a ello, las investigaciones sobre el siglo XX analizaron la función de profilaxis social de dichas instituciones, algunas de ellas desde una clara perspectiva foucaultiana. Por ejemplo, en *Poder psiquiátrico, formas clínicas y clasificación de la locura como enfermedad social, en el caso del Manicomio Departamental de Antioquia 1920-1959*, publicada en 2012, Jairo

⁷³ Alexandra Garzón, “Cuando la locura moraba en Ningunaparte. El Asilo de Locas de Bogotá y sus voces 1930-1950” (tesis de doctorado en Ciencias humanas y Sociales, Universidad Nacional de Colombia, 2019), 252.

⁷⁴ Jairo Gutierrez, “Historiografía de la locura y de la psiquiatría en Colombia. De los médicos escritores a la perspectiva crítica, 1968-2018”, *HiSTOReLo* 11, n.º 21 (2019).

⁷⁵ Olga Cruz, “Expresiones de la locura en el Virreinato de la Nueva Granada durante el siglo XVIII”, *Frenia* 11, n.º 47-66 (2011): 52, <http://www.revistaen.es/index.php/frenia/article/view/16520/16360>.

Gutiérrez y Yamid Marín sostuvieron que entre 77 historias clínicas que analizaron, en el 49% se caracterizaba a los pacientes con los estigmas clásicos impugnados a la población asilar: peligrosos, criminales, furiosos, sádicos y con inclinaciones a la destrucción. Debido a ello se priorizaron métodos de tratamiento y contención en favor de la seguridad social y la normalización, pues según los autores el loco no era un sujeto con el que se establecía una relación terapéutica, sino de control⁷⁶.

En *Alcoholismo y degeneración en el manicomio departamental de Antioquia, Colombia, 1920-1930*, Alejandro Salazar afirmó algo similar⁷⁷. Tras analizar 159 historias clínicas y los discursos médicos de la campaña anti-alcohol, concluyó que gran parte de los pacientes que fueron recluidos por alcoholismo ingresaron por cuestiones policiales, lo que motivó a los psiquiatras a buscar argumentos psiquiátricos para justificar su reclusión.

Por otro lado, hay investigaciones que, debido a las fuentes que usan, muestran que los locos también podían ser acogidos por sus comunidades, debido a que la población lograba superar el estigma de peligrosidad que suele posarse sobre dichos enfermos. Este es el caso de la tesis de pregrado *Los locos de Bogotá: del tratamiento y las representaciones de la locura en Bogotá, 1850-1930* de Diana Rodríguez⁷⁸. A partir de obras literarias, esta autora logró demostrar que, en su periodo de estudio, el estigma de peligrosidad de la locura se fue desdibujando, a la par que los locos se convertían en personajes icónicos ampliamente queridos y aceptados por la población, pues en sus extravagancias veían reflejados sus deseos más profundos.

Otra tendencia investigativa versa sobre la incidencia de los saberes psi en la prevención de la criminalidad y la violencia, mediante la higiene mental. Al respecto, en 2016 Jairo Gutiérrez escribió *Ortopedia del alma. Degeneracionismo e higiene mental en la Casa de Corrección de Menores y Escuela de Trabajo San José, Colombia 1914-1947*. Según su relato, dicha institución se creó para combatir la criminalidad y la anormalidad infantil y, así,

⁷⁶ Jairo Gutierrez y Yamid Marín, “Poder psiquiátrico, formas clínicas y clasificación de la locura como enfermedad social, en el caso del Manicomio Departamental de Antioquia 1920-1959” *Katharsis*, n.º 14 (2012), <https://doi.org/10.25057/25005731.457>.

⁷⁷ Alejandro Salazar, “Alcoholismo y Degeneración en el Manicomio Departamental de Antioquia, Colombia, 1920-1930”, *Asclepio* 69, no. 2 (2017): 191, <https://doi.org/10.3989/asclepio.2017.14>.

⁷⁸ Diana Rodríguez, “Los locos de Bogotá: del tratamiento y las representaciones de la locura en Bogotá, 1850-1930” (tesis de pregrado en Historia, Pontificia Universidad Javeriana, 2015).

modelar a los infantes como futuros ciudadanos acordes a la moral católica. Allí se reformó el modelo de atención del castigo a la intervención médica, psicológica y pedagógica, con base en la eugenesia y la teoría de la degeneración de la raza.

En esta misma línea, en 2018 Jairo Gutiérrez publicó *Locura y sociedad. Alienismo tardío, psicopatología e higiene mental en la modernidad colombiana, 1870-1968*, que está organizado en dos apartados: extramuros e intramuros. La sección que nos interesa es extramuros, pues allí expone las estrategias que la psiquiatría colombiana usó para ampliar su radio de acción hacia la sociedad utilizando la higiene mental. Desde una perspectiva preventiva, la higiene mental se configuró como “la nueva tecnología del cuidado de sí para el gobierno de las pasiones, el control emocional y la salud psíquica”⁷⁹ y se materializó en medidas eugenésicas para los infantes, instituciones de corrección de menores díscolos y criminales, y censura del cine y la literatura. En la actualidad, este es el trabajo más completo que existe sobre la higiene mental en Colombia. Por ello, esta obra será fundamental para la comprensión de los discursos psiquiátricos contra la proliferación de la violencia en Colombia.

Aunque el dolor experimentado por los pacientes debido a la reclusión y los procedimientos terapéuticos no es el tema central de mi tesis, hizo presencia en las fuentes y en mis cuestionamientos sobre lo que significa la violencia. Por ello, decidí incluir en este balance una monografía del 2019 titulada *La voz del paciente en cartas del Manicomio Departamental de Antioquia, 1930-1958*, de Eliana Jiménez. Este trabajo trata sobre las percepciones y emociones que tuvieron los pacientes del manicomio durante su reclusión y que quedaron consignadas en treinta cartas que no fueron enviadas a sus destinatarios⁸⁰. A partir de ello planteó que predominaron los alegatos sobre sensaciones de extrañamiento, aislamiento, pérdida del antiguo yo, malestar físico y mental, denuncias sobre abusos psiquiátricos y peticiones respecto a sus pertenencias y su patrimonio.

⁷⁹ Jairo Gutiérrez, *Locura y sociedad. Alienismo tardío, psicopatología e higiene mental en la modernidad colombiana, 1870-1968* (Medellín: Institución Universitaria de Envigado, 2019), 221.

⁸⁰ Eliana Jiménez, “La voz del paciente en cartas del Manicomio Departamental de Antioquia, 1930-1958” (tesis de especialización en psicopatología y estructuras clínicas, Universidad de Antioquia, 2019).

Maria Angélica Ospina también habló sobre el sufrimiento de los pacientes a causa de la forma como operan los diagnósticos y los tratamientos. En *Entre el amor y el fármaco. Los pacientes afectivos frente a la psiquiatría institucional en Bogotá, Colombia*⁸¹, la autora se propuso comprender la lógica de los aparatos psiquiátricos bogotanos a partir de la experiencia de cuatro pacientes de la Clínica de Nuestra Señora de la Paz. Ospina recogió los elementos afectivos que constituían la enfermedad según los pacientes: la muerte, la masculinidad, el poder y el amor⁸², concluyendo que la palabra del paciente no era valorada, debido a lo cual “quien sufre no tiene otra opción que seguir llevando su procesión por dentro”⁸³.

Debido a que parte de mi investigación se desenvuelve en el Manicomio de Varones de Sibaté, es crucial que esté al tanto de las investigaciones realizadas en el país sobre esta institución. A diferencia del Manicomio departamental de Antioquia, el asilo de locas de Bogotá y el Manicomio del Valle del Cauca, se ha prestado escasa atención al estudio de la historia del Manicomio de Varones de Sibaté, probablemente porque durante mucho tiempo no era posible acceder con facilidad a las fuentes que dan cuenta de su historia.

El primer autor que se interesó en este tema fue Humberto Roselli, quien en *Historia de la psiquiatría en Colombia* le dedicó un apartado. Allí ofrece poca información sobre la institución, ya que se enfoca en reseñar los trabajos de los psiquiatras que dirigieron el manicomio. Sin embargo, este trabajo referencia fuentes muy útiles para quien se interese en la historia de esta institución.

En 1989, Carlos Ernesto Pinzón y Rosa Suárez escribieron *Etnocidio y locura*⁸⁴. un estudio etnográfico que llevó a cabo en la institución en cuestión y mediante el cual se propuso conocer las concepciones populares de la locura de los internos, planteando tres tipos de cuerpos: occidentalizados, que comprenden su enfermedad a partir de la psiquiatría; mestizos, que se han aculturado en la interacción con la medicina pero que conservan concepciones locales del cuerpo; y obreros y campesinos, que entienden su enfermedad desde

⁸¹ María Angélica Ospina, *Entre el amor y el fármaco. Los pacientes afectivos frente a la psiquiatría institucional en Bogotá, Colombia* (Bogotá: Ediciones Uniandes, 2010).

⁸² Ospina, *Entre el amor y el fármaco*.

⁸³ Ospina, *Entre el amor y el fármaco*, 132.

⁸⁴ Carlos Pinzón, “Etnocidio y locura” *Revista Colombia de Antropología* 27 (1989).

visiones étnicas, como la mitología indígena y la brujería. Su tesis es que la psiquiatría comete un etnocidio con los sujetos que tienen perspectivas sobre la enfermedad que divergen de la biomedicina, pues no tiene en cuenta las explicaciones de los pacientes sobre su enfermedad. De este modo, los acultura y los despoja de sus visiones étnicas del padecimiento. Aunque es un texto muy interesante que nos ofrece una perspectiva novedosa sobre el Manicomio gracias a su perspectiva antropológica y las fuentes orales que usa, incluye poca información sobre la trayectoria histórica de dicha institución o la forma como operaban las prácticas terapéuticas.

El primer trabajo que se ocupó de la historia institucional del manicomio fue *Psiquiatría, moralidad y locura: la construcción del hospital psiquiátrico de Sibaté y discurso psiquiátrico de 1916 a 1966*, una tesis de pregrado de 2015. Su idea central es que entre 1916 y 1937 la modernización de la psiquiatría colombiana se consolidó en una institución que tenía la pretensión de ser un manicomio moderno: el Manicomio de Varones de Sibaté⁸⁵. Para respaldar su hipótesis describió los desarrollos psiquiátricos de 1916 a 1937, el proceso de construcción del manicomio y explicó la forma como la modernización urbana y psiquiátrica influyó en la construcción de dicha institución. No obstante, tampoco nos brindó información sobre las prácticas manicomiales que se allí se llevaron a cabo. Esto se debe a que entre sus fuentes únicamente incluyó documentos sobre la construcción del manicomio, dejando de lado los informes anuales de la Junta de la Beneficencia y las historias clínicas de los pacientes.

Por su parte, Jairo Gutiérrez hizo un estudio cuantitativo usando las estadísticas de ingresos y salidas entre 1900 y 1968 de los manicomios de Sibaté, Antioquia y Valle del Cauca para concluir que la modernización de la psiquiatría impulsó la transformación de los principales manicomios del país a hospitales neuropsiquiátricos. Por ello, con el tiempo disminuyó el tiempo de permanencia de los pacientes en dichas instituciones, “aunque por la cantidad de reingresos es probable que fueran estabilizados y entregados al cuidado de sus familias para reducir el hacinamiento y optimizar los precarios recursos”⁸⁶. De igual modo, propuso que la

⁸⁵ Simpson, “Psiquiatría, moralidad y locura: la construcción del Hospital Psiquiátrico de Sibaté y discurso psiquiátrico de 1916 a 1966” (tesis de pregrado en historia, Universidad Nacional de Colombia, 2015).

⁸⁶ Jairo Gutiérrez, “Del régimen asistencialista a la psiquiatría dinámica en las primeras instituciones de salud mental en Cundinamarca, Antioquia y Valle Del Cauca, 1900-1968,” en *Actualizando discursos: trazos de la*

locura pasó de ser un problema de orden público a uno de orden privado, ya que paulatinamente hubo mayor cantidad de pacientes trasladados a los manicomios por sus familiares y no por la Policía.

Reflexiones y panorama investigativo

Las experiencias extranjeras resultaron inspiradoras para este trabajo. Aunque en el caso argentino hay varias tendencias, la que resultó más llamativa según mis intereses investigativos es aquella que se pregunta sobre el uso político de la psiquiatría por parte del Estado, pues me invita a cuestionarme sobre la naturaleza del proceso colombiano. Vimos que, durante la dictadura, el gobierno autoritario aprovechó tanto la infraestructura de los hospitales psiquiátricos, como los discursos y prácticas diagnósticas y terapéuticas, para perseguir y reprimir a sus opositores políticos, incluso mediante su patologización. En un contexto tal es inevitable que emerjan investigaciones en primera persona, con un fuerte compromiso político y fundamentadas en las experiencias de los sobrevivientes de la dictadura. Mi investigación retomará esta preocupación por el uso político de los *saberes psi*, pero en el caso colombiano.

Por otro lado, gracias a los enfoques que Cristina Rivera utilizó en *Nadie me verá llorar* (microhistoria) y en *La Castañeda: Narrativas dolientes desde el Manicomio General de México 1910-1930* (enfermedad y padecimiento en la teoría de Arthur Kleinman) pudo rebatir la historia apologética sobre la Revolución mexicana y mostrar el costo en la salud mental que trajo consigo. A la par, Andrés Ríos logró, con avidez, usar series cuantitativas junto a estudios de caso, para hablar de las desastrosas consecuencias de la guerra. Influenciada por estos estudios, espero conseguir una visión más panorámica al recurrir no solo a fuentes institucionales y discursivas, sino también a las historias clínicas y, con ello, a las experiencias de los pacientes y a sus voces mediadas por los saberes expertos.

Tras la búsqueda y revisión de las obras colombianas es notoria la ausencia de investigaciones sobre este tema. Sin embargo, pueden establecerse algunas tendencias. La primera corresponde a la tradición de médicos escritores, reflejada en los trabajos de Roselli. Aunque dichas obras contienen abundante información, carecen de argumentación,

historia de la psiquiatría y de la salud pública en el contexto iberoamericano (Medellín: Universidad de Antioquia, 2015), 29.

metodología o el uso de un marco teórico, pues sus textos no son metódicas investigaciones históricas, aunque el esfuerzo heurístico sea notable. Mi investigación, junto con las venideras, deberán intentar cubrir este vacío historiográfico, aprovechando el rico material que Roselli dejó a nuestra disposición.

Por su parte, la investigación de Carlos Alberto Uribe correspondería a la corriente de la antropología médica que, influenciada por autores como Arthur Kleinman, se proponen indagar por el modelo explicativo de los pacientes sobre la enfermedad. En este caso, las causas atribuidas por los pacientes a los síntomas de enfermedad mental de la que sufren son catalogados bajo la categoría violencia simbólica. La violencia no es el marco histórico en el que aparecen los síntomas, sino la etiología popular de la locura. Al igual que Carlos Ernesto Pinzón en *Etnocidio y locura*, Uribe, en términos de Kleinman, indagó por el “padecimiento” y no por la “enfermedad”. Aunque mi investigación se enfoca en el modelo explicativo de la psiquiatría, tangencialmente abre lugar a las explicaciones sobre las causas de la patología del grupo familiar y del paciente mismo. Y como no hacerlo, si a partir de dichos relatos y experiencias los psiquiatras hacían diagnósticos y pronósticos para sus enfermos.

Una tercera tendencia es la transformación de la semiología psiquiátrica a causa de la guerra, reflejada en un único trabajo sobre el Trastorno de Estrés Postraumático. A contrapelo, mi investigación pretende comprender lo que pasa con diferentes manifestaciones de la violencia cuando pasa por la psiquiatría: se convierte en síntoma, nosología, etiología o pasa inadvertida. No obstante, ambas perspectivas dejan ver, en medio del discurso científico, el sufrimiento psíquico de quienes se vieron involucrados en el conflicto y las acciones del Estado al respecto.

Las contadas investigaciones colombianas que hacen referencia a la violencia en el marco de los estudios sobre la locura no elaboraron una discusión acerca de lo que podría llegar a entenderse por “violencia”. Este es un reto conceptual que tuve que afrontar en mi investigación, para así poder delimitar claramente mi objeto de estudio y complejizar mis ideas.

Por su parte, los trabajos sobre peligrosidad, criminalidad y locura se organizan en cuatro tendencias. La primera se refiere al estudio del control de los locos antes de la existencia de instituciones exclusivas para su reclusión y tratamiento. A esta línea pertenece el artículo de

Olga Cruz Montalvo. Como el periodo que aborda es muy diferente al mío, los métodos de contención de la locura también lo fueron. No obstante, su atención al papel de la familia, la Policía y las instituciones judiciales en el control de la enfermedad fungen como presagio de los que los historiadores encontramos al estudiar el siglo XX: que estos actores son cruciales en la identificación y reclusión de los locos.

Una segunda línea sobre la peligrosidad versa sobre los manicomios como instituciones de control social. Influenciadas por la perspectiva foucaultiana, llegaron a la conclusión de que los manicomios más que una vocación terapéutica, tenían una misión de defensa social. Según Jairo Gutiérrez y Yamid Marín, en el Manicomio Departamental de Antioquia se usaba un lenguaje clínico estigmatizante para priorizar los métodos de contención de la conducta de los pacientes. Alejandro Salazar concordó con ellos, pues de acuerdo con sus hallazgos la mayoría de los alcohólicos ingresaba por motivos policiales, ante lo cual los psiquiatras usaban sus saberes para justificar su reclusión. Mi investigación también indaga sobre este supuesto, aunque abierta a que las fuentes me lleven por un camino que lo contradiga.

Sobre el Manicomio de Varones hay mucho por decir, pues apenas se ha indagado sobre la accidentada historia de su construcción, y se conoce poco sobre su funcionamiento y la forma como operó con sus pacientes. Las historias clínicas que revisé y a las cuales tuve el privilegio de acceder, me permitirán indagar en esas prácticas y recuperar un poco de la cotidianidad. Cabe señalar que este es uno de los aportes más novedosos de mi trabajo, pues hasta ahora pocos investigadores han podido acceder a las historias clínicas de esta institución y, por lo tanto, narrar su historia desde una arista más humana y enfocada en las prácticas.

El estado del arte sobre la relación entre violencia, psiquiatría y locura en Colombia muestra un vacío historiográfico que este trabajo pretende suplir: la ausencia de investigaciones sobre este tema durante unas de las décadas más convulsas de la historia colombiana que abarcan desde la confrontación bipartidista, la emergencia de las guerrillas y el anticomunismo latente. Para llevar a cabo este trabajo organicé la división capitular de mi tesis inspirada en el libro *Locura y sociedad. Alienismo tardío, psicopatología e higiene mental en la modernidad colombiana, 1870-1968*, que Jairo Gutiérrez dividió en dos secciones: extramuros e intramuros. En mi caso, mi investigación tendrá tres apartados, titulados *Extramuros, Muros, e Intramuros*.

En el primer capítulo, que se titula *Extramuros*, me propongo comprender las prácticas discursivas psi sobre las causas psicopatológicas de la violencia en la temporalidad en estudio. Por eso, abordaré los discursos preventivos de la higiene mental que buscaban comprender las razones psíquicas y constitucionales subyacentes al caos nacional, a partir de marcos explicativos como la degeneración de la raza y el psicoanálisis. A finales de la década de 1950 los psiquiatras se aliaron con sociólogos, antropólogos y otros profesionales para explicar las causas de la violencia, lo que abrió la puerta a una mirada multidisciplinar sobre este fenómeno.

En el segundo capítulo, que se titula *Muros*, tengo la intención de reconstruir la historia institucional, organizativa y terapéutica del Manicomio de Varones de Sibaté, con el fin de comprender el rol que esta institución cumplía en el contexto histórico convulso en el que funcionó y la forma como lo desempeñó. Reflexionar sobre dicho tema implicó describir el organigrama de la Beneficencia de Cundinamarca y del Manicomio mismo, así como describir su estructura física y las prácticas terapéuticas que usaba para tratar a sus pacientes. Veremos que la desfinanciación de dicha institución y el abandono estatal del que sufrió influyó en la forma como operaba.

En el tercer capítulo, que se titula *Intramuros*, me adentré al manicomio en funcionamiento para analizar lo que las prácticas manicomiales hacían con la violencia al pasarla por sus filtros. El eje del relato son las historias de los pacientes y el itinerario clínico del que fueron parte al ingresar al manicomio y que se encuentra consignado en las historias clínicas. A partir de dicha información se pudo concluir que el acto de violencia en el que el paciente se había visto involucrado era un síntoma más dentro de un amplio repertorio, por lo que incluso podía llegar a ser indiferente para la elaboración del diagnóstico. Por ello, el papel del Manicomio como institución de defensa social no debe asimilarse como de represión o de coacción política en el marco de la confrontación bipartidista.

*¿Qué aceptación infantil
no todos somos locos
todos callados por dentro
el mito de Clitemnestra
y el destino de Edipo,
no somos todos freudianos?*

*Diario de una diversa
Alda Merini*

Capítulo 1. Extramuros

A mediados del siglo XX Colombia fue escenario de un alarmante conflicto interno. En las ciudades y, con más resonancia en el campo, se manifestó bajo la forma de asesinatos masivos, incendios, desencuentros callejeros y amenazas de muerte protagonizados por las guerrillas liberales emergentes, los bandoleros, los Pájaros, los Chulavitas y, en general, por aquellos dominados por la furia y las rivalidades bipartidistas⁸⁷. A la par, los políticos y los sacerdotes que preciaban de abogar por controlar el caos reinante orquestaban estas confrontaciones con discursos incendiarios y el patrocinio de la violencia.

El panorama internacional tampoco era muy alentador. Aunque la Segunda Guerra Mundial había finalizado, el clima belicoso no se apaciguaba. Las dos potencias mundiales —Estados Unidos y la Unión Soviética—, enarbolaban las banderas de dos bloques económicos opuestos —el capitalismo y el comunismo—, lo que las llevó a embarcarse en una lucha por aumentar su poder geopolítico a través de la expansión de su modelo económico y político. Como resultado, en diferentes partes del mundo, incluido Colombia, sucedieron conflictos que normalmente tuvieron la forma de confrontaciones entre guerrillas comunistas y cuerpos militares que representaban a los gobiernos de turno⁸⁸.

Este panorama despertó la inquietud de saberes expertos como la psicología emergente y la psiquiatría, que se interesaron por conocer las causas y las consecuencias psicopatológicas de la violencia en Colombia. Así pues, este capítulo se pregunta por la manera como las prácticas psi entendían la relación entre la violencia y la anormalidad mental. Indaga en las concepciones de diversa índole que varios psiquiatras, médicos y psicólogos propusieron sobre este problema nacional y la forma como la violencia se constituyó como un tema de interés para las prácticas psi. Con base en ello intentaré demostrar que, impulsadas por la preocupación por la situación del país, las prácticas psi hicieron de la violencia generalizada un síntoma de diversas anormalidades psíquicas del cuerpo social y propusieron diversos tratamientos que podían incluir terapéuticas sobre los cuerpos individuales.

⁸⁷ Safford y Palacios, *Historia de Colombia. País fragmentado*.

⁸⁸ Safford y Palacios, *Historia de Colombia. País fragmentado*.

Las nociones psi sobre la relación entre la anormalidad mental y la violencia pueden entenderse como discursos. Los discursos no son los enunciados que soportan la comunicación, sino los sistemas de creencias y representaciones que regulan lo que puede decirse o no en una formación discursiva; por tanto, determinan la producción de conocimiento en un contexto concreto. Según Foucault, una formación discursiva es “el conjunto de reglas que en un determinado momento histórico regula y determina las modalidades enunciativas, la formación de los conceptos, las estrategias posibles, y la formación de los objetos”⁸⁹. Aunque al otorgarle una dimensión histórica al discurso Foucault relativiza la verdad, esto no quiere decir que la realidad no exista fuera del discurso, sino que es inteligible a partir de él⁹⁰.

Para Foucault, los discursos inciden en las prácticas sociales, “ya que es a través del conocimiento –siempre discursivo– como se establecen las pautas de conducta válidas en momentos y contextos específicos”⁹¹. Es por eso por lo que aquí se entienden las nociones *psi* sobre la violencia como prácticas discursivas, concepto que alude a la forma como los discursos toman cuerpo en las técnicas, las instituciones, los esquemas de comportamiento y las formas pedagógicas implementadas⁹². En suma, toda práctica tiene una dimensión discursiva y todo discurso se filtra en las prácticas; e incluso, la producción discursiva es una práctica, como en este caso, que los saberes psi elaboraron un conocimiento particular en el debate público de un contexto convulso que representaba una preocupación nacional.

El recorrido que se propone en *Extramuros* se desarrolla en tres apartados. En *Antecedentes*, se hará un breve esbozo del origen y del desarrollo de la teoría de la degeneración de la raza en Colombia. En *La higiene mental y la dirección de la sociedad moderna*, se profundizará en el papel que tuvo la higiene mental en la prevención y disminución del crimen entre 1937 y 1946, y de la violencia política entre 1946 y 1961. Y para finalizar, en *Lectura multidisciplinar de la violencia*, se abordará la articulación entre los conocimientos psi, el

⁸⁹ Mónica Szurmuk y Robert Mckee, *Diccionario de estudios culturales latinoamericanos* (México: Siglo XXI Editores, 2009) 89.

⁹⁰ Michael Foucault, *La arqueología del saber* (México: Siglo XXI Editores, 1970).

⁹¹ Szurmuk y Mckee, *Diccionario* 90.

⁹² Sebastián Botticelli, “Prácticas discursivas. El abordaje del discurso en el pensamiento de Michel Foucault”, *Instantes y Azares. Escrituras nietzscheanas* 9 (2011) 121.

catolicismo, la sociología y otras ciencias sociales emergentes para explicar las causas de la violencia nacional.

Antecedentes

A comienzos del siglo XX diferentes áreas del saber reflexionaron sobre los elementos necesarios para la construcción de una nación desarrollada, científica e industrializada, en la que la población trabajadora impulsara la modernización y el crecimiento económico y social⁹³. En medio de esta labor, los intelectuales se propusieron identificar los móviles subyacentes a los delitos, las patologías mentales, las sucesivas guerras de la historia nacional y la improductividad laboral de los colombianos⁹⁴. Para ello usaron las teorías raciales, geográficas y degenerativas de LeBon, Gobineau, Spencer, Lombroso y Morel, mediante las cuales concluyeron que estas deficiencias eran producto de taras hereditarias que devenían en la degeneración física, intelectual y moral de la raza colombiana⁹⁵.

La teoría de la degeneración de Agustín Morel fue la que caló con más vehemencia en la psiquiatría colombiana emergente. Dicho autor construyó una nosología psiquiátrica a partir de las etiologías y no de los síntomas, pues para él, al estar “determinadas las causas se podría crear una red clasificatoria de nosologías y una terapéutica o profiláctica apropiada para cada patología”⁹⁶. Bajo esta premisa, argumentó que, si se hubiera detectado a tiempo la degeneración física o moral de una familia, podría haberse intervenido para prevenir que esa estirpe se deteriorara aún más con el tiempo, llegando a su estado más avanzado e incurable: la enfermedad mental⁹⁷.

Para Morel, la degeneración era producto de causas generales y específicas. La causa general era la herencia, que subyacía a todos los tipos de degeneración, ya como elemento predisponente o como el resultado del contacto del sujeto con factores externos que causarían en él un daño nervioso, es decir, una marca en el encéfalo. Por otro lado, señaló como causas

⁹³ Sandra Castañeda, “Una genealogía del racismo en Colombia: continuidades y discontinuidades del siglo XIX al siglo XX”, en *Pensar el siglo XIX. Cultura, biopolítica y modernidad en Colombia*, ed. Santiago Castro Gómez (Pittsburgh: Biblioteca de América, 2004) 324.

⁹⁴ Catalina Muñoz Rojas, *Los problemas de la raza en Colombia. Más allá del problema racial: el determinismo geográfico y las “dolencias sociales”* (Bogotá: Universidad del Rosario, 2011) 16.

⁹⁵ Sandra Caponi, “Para una genealogía de la anormalidad: la teoría de la degeneración de Morel”, *Scientle Studia* 7, n.º 3 (2009): 429.

⁹⁶ Caponi, “Genealogía de la anormalidad”, 429.

⁹⁷ Caponi, “Genealogía de la anormalidad”, 437.

específicas a los agentes intoxicantes, como el alcohol, el opio y el clima cálido del trópico, al que estaban vinculados el aire mefítico, los miasmas palúdicos y la fatiga crónica; al medio social, más concretamente a la actividad industrial, la miseria y las profesiones insalubres; a las afecciones sufridas a lo largo de la vida y a la inmoralidad⁹⁸.

La teoría de la degeneración abrió paso a una psiquiatría ampliada que debía higienizar el tejido social⁹⁹. Propuso identificar y tratar los comportamientos sociales desviados que, aunque no eran considerados enfermedades, anunciaban una locura por venir, como “las manías de persecución, pasando por los exhibicionismos y el alcoholismo, hasta la ninfomanía o la cleptomanía, entre muchos otros trastornos”¹⁰⁰. Además, promovió la reducción de la exposición a los factores predisponentes.

Basándose en la teoría de Morel, el psiquiatra colombiano Miguel Jiménez López planteó que la degeneración progresiva de la raza colombiana se manifestaba de diferentes formas, entre las cuales destaca la dimensión psíquica. Ejemplo de ello eran el aumento de la neurastenia, los suicidios, la criminalidad, la emotividad, la sugestibilidad de las masas y la impulsividad implícita en “la tendencia de la mayor parte de las agrupaciones a buscar sin reflexión la solución extrema y violenta de toda clase de situaciones”¹⁰¹. Para Jiménez López, la misma historia colombiana hacía merecedores de seguimiento psiquiátrico a sus habitantes: “sesenta y cuatro guerras internas en un siglo, sediciones, golpes de cuartel, motines militares y once constituciones distintas” lo demostraban¹⁰².

En las primeras décadas del siglo XX, la violencia no solamente devino síntoma, también figuró como parte de la etiología de la demencia. Al respecto, en la *Locura moral* de 1904, Pedro Anzola aseveró que la civilización, las guerras y las revoluciones eran algunos de los factores que desencadenaban la locura en los colombianos¹⁰³. En esta misma vía, Miguel Jiménez López afirmó que algunos predisponentes para degeneración de la raza colombiana

⁹⁸ Caponi, “Genealogía de la anormalidad”, 432-433.

⁹⁹ Caponi, “Genealogía de la anormalidad”, 444.

¹⁰⁰ Caponi, “Genealogía de la anormalidad”, 427.

¹⁰¹ Muñoz Rojas, *Problemas de la raza*, 89-118.

¹⁰² Muñoz Rojas, *Problemas de la raza*, 89.

¹⁰³ Pedro Pablo Anzola, “De la locura moral” (tesis para el doctorado en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional de Colombia, 1904).

eran la sífilis, el alcoholismo, la miseria, los acontecimientos políticos mundiales y la agitación política interna¹⁰⁴.

La teoría de la degeneración de la raza de Miguel Jiménez López impulsó a expertos de diferentes disciplinas a debatir sobre la relación entre estas ideas y el progreso. Por ejemplo, en 1918, un grupo de estudiantes de Bogotá organizaron nueve conferencias en un ciclo titulado *Los problemas de la raza en Colombia*, donde se discutió sobre la degeneración de la raza colombiana. Las charlas fueron dictadas por diferentes expertos en el Teatro Municipal, incluyendo científicos, abogados, instructores, sociólogos, psiquiatras, médicos higienistas y sacerdotes de la época¹⁰⁵. Debido a la diversidad de disciplinas que participaron en las conferencias se ofrecieron múltiples soluciones que apuntaban a variados ámbitos: educación, higiene, migración estratégica, instrucción moral y religiosa, mejoramiento de las condiciones económicas de la población, inversión social y nutrición adecuada. A la postre, la teoría de la degeneración trascendió a las conferencias para convertirse en uno de los principales marcos explicativos de las enfermedades mentales en Colombia hasta mediados del siglo XX¹⁰⁶. De ahí que haya influido en la manera como las nacientes prácticas psi explicaron el trasfondo psicopatológico del caos desatado a causa de las confrontaciones bipartidistas del periodo de la Violencia.

Higiene mental y dirección espiritual de la sociedad moderna

Entre 1937 y 1946, los psiquiatras y los médicos legistas se enfocaron en entender las causas psicopatológicas de la criminalidad a través de la teoría de la degeneración de la raza y la biotipología. Los crímenes y delitos violentos —tipificados en el código penal de 1936—, a los que se enfrentaron, incluían el atentar contra la vida, el secuestro, la corrupción de menores y la violencia carnal¹⁰⁷. Como solución propusieron en su mayoría el trabajo preventivo desde la higiene mental, rama de la medicina que posicionaba a los psiquiatras

¹⁰⁴ Muñoz Rojas, *Problemas de la raza*, 95.

¹⁰⁵ Roselli. *Historia de la psiquiatría en Colombia*, 286-290.

¹⁰⁶ Jairo Gutiérrez, *Locura y sociedad. Alienismo tardío, psicopatología e higiene mental en la modernidad colombiana, 1870-1968* (Medellín: Institución Universitaria de Envigado, 2019).

¹⁰⁷ Alexander Hurtado Albarracín, “Construcción del Código Penal colombiano de 1936” (tesis de maestría en Historia, Universidad Nacional de Colombia, 2019), 135.

como los directores espirituales de la sociedad moderna¹⁰⁸. De esta manera, la higiene mental se convirtió en el centro de la propuesta de las nacientes prácticas psi de cara a la violencia.

La higiene mental era heredera de la medicina social. La medicina social propuso una visión holística de la enfermedad según la cual las patologías no solo tenían como etiología fallas orgánicas, sino también factores sociales y culturales como la pobreza, la falta de educación, la insalubridad, el alcoholismo, entre otros¹⁰⁹. De su seno nació la higiene, que intervino de manera preventiva las esferas pública y privada para disminuir el número de patologías desarrolladas por infecciones, consumo de sustancias tóxicas, promiscuidad y el miasma del ambiente del trópico. Esto se tradujo en la sanitización de las ciudades, la intervención de la arquitectura de hospitales y asilos, y la vigilancia de la salubridad de viviendas y de las prácticas alimentarias de la población¹¹⁰.

Inspirados en esta perspectiva, reconocidos higienistas y psiquiatras plantearon que era necesario atacar los factores nocivos que aceleraban la aparición de las enfermedades mentales y las conductas desviadas. ¿Sus armas? La higiene, la educación, la orientación profesional a través de la psicotecnia, la instrucción religiosa y la vigilancia e intervención de la conducta infantil¹¹¹. En palabras del reconocido psiquiatra colombiano payanés Gerardo Paz Otero, la misión de la higiene mental era “estudiar los factores sociales que influyen en la modelación de la personalidad, fomentando los que obran en su provecho, y eliminando o tratando de disminuir o corregir, en lo posible, los que psicológicamente pueden perturbar su salud mental”¹¹².

Clifford Beers, un paciente psiquiátrico, fue el primero en hablar de la importancia de la prevención de las enfermedades mentales y la promoción de la higiene mental a nivel

¹⁰⁸ Francisco Gómez Pinzón, “Higiene mental”, *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia* 9, n.º 2 (1940) 96.

¹⁰⁹ Marcos Cueto, Theodore Brown y Elizabeth Fee, “El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría”, *Apuntes* 38, n.º 69 (2011) 133.

¹¹⁰ Christopher Abel, *Ensayos de historia de la salud en Colombia, 1920-1990* (Bogotá: Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales, 1996).

¹¹¹ Jairo Gutiérrez, *Locura y sociedad. Alienismo tardío, psicopatología e higiene mental en la modernidad colombiana, 1870-1968* (Medellín: Institución Universitaria de Envigado, 2019), 93.

¹¹² Gerardo Paz Otero, “Higiene mental” (tesis para grado en Medicina, Universidad del Cauca, 1958), 46.

comunitario¹¹³. Sus ideas devinieron en la fundación del *Mental Higiene Movement* en 1908, movimiento que sentó las bases del primer Congreso mundial de Higiene Mental realizado en Washington en 1930. A este acudieron delegados de diferentes países, quienes coincidieron en la importancia de promover la inclusión de la higiene mental en los planes de estudio de la carrera de medicina, y establecieron los principios de los primeros programas de psicología¹¹⁴. A este congreso no asistió ningún delegado colombiano.

En las postrimerías de la Segunda Guerra Mundial, los vencedores de la contienda impulsaron la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para atender las necesidades sanitarias que había dejado el conflicto, en el marco de un proyecto más grande que estaba enfocado en la prevención de futuras guerras. En el acta de su fundación se declaró que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹¹⁵. La alusión a la dimensión mental se sustentó en la creencia de que para preservar la paz era necesario controlar los instintos destructivos de los seres humanos¹¹⁶. Para asegurar las relaciones pacíficas en el periodo de la posguerra la higiene mental debía enseñar a la población a poner en práctica la consigna de “practicar la higiene es saber vivir”¹¹⁷, esto es, vivir pacíficamente. En este contexto, la OMS fundó el primer comité en expertos en higiene mental en 1949¹¹⁸ y la psicología se consolidó como una profesión al servicio del bienestar humano¹¹⁹.

En Colombia la institucionalización de la higiene mental ocurrió tardíamente en comparación con otros países latinoamericanos. En las primeras décadas del siglo XX se elaboraron los primeros artículos sobre el tema, aumentando su producción en 1940 y 1950¹²⁰. Sin embargo, este interés en el campo no se materializó en la fundación de ligas de higiene mental o

¹¹³ Gerardo Paz Otero también habla del surgimiento de la higiene mental con Clifford Beers en Paz Otero, “Higiene mental”, 46.

¹¹⁴ Gutiérrez, *Locura y sociedad* 224.

¹¹⁵ Organización Mundial de la Salud, “Constitución”, 21 de julio de 2023, https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

¹¹⁶ Cueto, Brown y Fee, “OMS y Guerra Fría”, 147.

¹¹⁷ Cueto, Brown y Fee, “OMS y Guerra Fría”, 227.

¹¹⁸ Cueto, Brown y Fee, “OMS y Guerra Fría”, 222 a 224.

¹¹⁹ Andrea Ferrero, “El surgimiento de la deontología profesional en el campo de la psicología”, *Fundamentos en Humanidades* 6, n.º 11 (2005), 185.

¹²⁰ Gutiérrez, *Locura y sociedad*, 239-240. Véase también Juan Tovar, “Eugenesia en Colombia: un problema de justicia social”, *Revista Colombiana de Bioética* 11, n.º 1 (2016) 36.

instituciones que promovieran sus principios sino hasta la década de 1960, con la creación de la Liga Colombiana de Higiene Mental de la mano del Centro Piloto Higiene Mental, anexo a la Secretaría de Educación de Bogotá¹²¹.

La Liga Colombiana de Higiene Mental se enfocaba en la población infantil, cuyas características lo hacían el grupo etario más modelable. La idea era intervenir en la infancia de los criminales para encauzar correctamente sus desviaciones constitucionales y así prevenir tempranamente que en el futuro se vieran involucrados en acciones delictivas. De ahí que haya impulsado la puericultura, “un conjunto de preceptos que indican el cuidado correcto de los niños para que lleguen a ser individuos viables y normales”¹²²; la paidopsiquiatría, que consiste en la asistencia psiquiátrica especializada de la infancia anormal¹²³; la ortopsiquiatría, antecesora de la paidopsiquiatría; la psicotecnia, que usaba test para establecer la vocación profesional, las habilidades y los rasgos de la personalidad, y la educación y la pedagogía, que contribuirían en el proyecto de convertir a los infantes en ciudadanos útiles para la economía y la industria colombiana emergente¹²⁴. No obstante, las acciones de la Liga de Higiene mental fueron limitadas y no tuvieron mucho impacto en la población¹²⁵.

Para que los profesionales a cargo pudieran llevar a cabo acciones correctivas, la población debía aprender a identificar a los infantes con atributos físicos y comportamentales propios de los sujetos degenerados. El psiquiatra Francisco Gómez Pinzón realizó campañas educativas sobre higiene mental que se transmitían por todo el país a través de la Radiodifusora Nacional¹²⁶. Los mensajes centrales de su discurso eran que la locura no se manifestaba necesariamente como la versión estereotipada predominante; que no era

¹²¹ Gutiérrez, *Locura y sociedad*.

¹²² Jorge Márquez et al., “Eufemismos para el hambre: saber médico, mortalidad infantil y desnutrición en Colombia, 1888-1940”, *Historia y Sociedad* n.º 32 (2017) 29.

¹²³ Mercedes del Cura y Rafael Huertas, “Higiene mental y educación terapéutica: la pedagogía ortofrénica en la España del primer tercio del siglo XX”, *Historia de la Educación* n.º 28 (2009): 107.

¹²⁴ Gutiérrez, *Locura y sociedad*, 342-344. Véase también “¿Conoces el origen de la psicopedagogía?”, Centro Universitario Internacional de Barcelona, 22 de julio de 2023, <https://www.unibarcelona.com/int/actualidad/noticias/conoces-los-origenes-de-la-psicopedagogia>.

¹²⁵ Jairo Gutiérrez, “*Mens sana in corpore sano*: incorporación de la higiene mental en la salud pública en la primera mitad del siglo XX en Colombia”, *Historia Caribe* 34 (2019) 114.

¹²⁶ Francisco Gómez Pinzón, “Higiene mental: conferencia dictada por la Radiodifusora Nacional”. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia* 9, n.º 7 (1941): 526-531.

incurable, pues se habían inventado modernos tratamientos para mitigar sus síntomas; y que no era inevitable, pues un diagnóstico temprano basado en la identificación de sutiles rasgos desviados permitiría frenar el avance de la enfermedad, o encauzar, en el caso de la infancia, la personalidad hacia la productividad¹²⁷. Los medios para lograrlo eran la educación, el ejemplo, la orientación profesional y “los demás elementos que intervienen en la formación de la personalidad adquirida”¹²⁸.

En esta misma línea, en 1938 el médico higienista Jorge Bejarano planteó que para impedir que “en el futuro los niños terminaran en un calabozo”, había que convertirlos en sujetos productivos invirtiendo recursos en educarlos y estimular sus impulsos creadores¹²⁹. Mientras, Ricardo Rodríguez Aranza, psiquiatra formado como cirujano en París y especializado en la URSS en reflexología, explicó que para orientar al continente hacia el progreso material y científico había que luchar contra la degeneración racial, la infracción y el delito a través de los centros de orientación profesional y los diagnósticos vocacionales propios de la psicotecnia¹³⁰.

La psicotecnia evaluaba las habilidades, la vocación y las capacidades cognitivas a través de exámenes de orientación vocacional y pruebas proyectivas¹³¹. Su enseñanza en Colombia se consolidó con la creación del Instituto de Psicología Aplicada en 1947, en la Universidad Nacional. Su directora fue la psicóloga española Mercedes Rodrigo, quien inauguró una época en la historia de la psicología colombiana que Rubén Ardila denominó etapa psicométrica¹³². Esta entidad, que fue precursora de la primera carrera de psicología en el país, tenía una sección para el tratamiento de la infancia y la adolescencia¹³³ y otra sobre enseñanza, cuyo objetivo era realizar eventos de difusión para quienes estaban en el primer

¹²⁷ Francisco Gómez Pinzón, “Higiene mental”, *Revista de la facultad de medicina* 9-2 (1940): 94.

¹²⁸ Gómez Pinzón, “Higiene mental”, 94.

¹²⁹ Jorge Bejarano, “Por una política de educación y de higiene”, *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia* 6, n.º 9 (1938) 500-503.

¹³⁰ Ricardo Rodríguez Aranza, “Realidad del movimiento científico de Escuela Biológica en la América Latina” *Revista de la Facultad de Medicina* 6, n.º 12 (1938) 619.

¹³¹ Ricardo Rodríguez Aranza, “Realidad del movimiento científico de Escuela Biológica en la América Latina” *Revista de la Facultad de Medicina* 6, n.º 12 (1938) 619.

¹³² Rubén Ardila, “Orígenes de la psicología profesional en Colombia: la significación histórica del 20 de noviembre de 1947”, *Revista Colombiana de Psicología* n.º 7 (1998) 227.

¹³³ Marta Silva Pertuz, “La enseñanza de la psicología en Colombia. El legado rodriguista. Cambios y perspectivas”, *Psicogente* 10 n.º 17 (ene.-jun., 2007): 61.

frente de la crianza de la infancia colombiana: los padres y los maestros. A la postre el Instituto de Psicología Aplicada fue el único de su tipo en desarrollar la labor preventiva propuesta por la higiene mental a través de su enfoque psicométrico en Bogotá. La *Unitarian Medical Mission* reconoció ya en 1948 este rol diferente en el marco de las instituciones de salud mental en el país. En sus palabras:

El paso más esperanzador hacia la higiene mental y la psiquiatría preventiva en Colombia se encuentra en el Instituto de Psicología Aplicada de Bogotá. Los esfuerzos y logros de la señora Rodrigo y su personal son pasos prácticos de inmenso valor. Este Instituto está originando una higiene mental en Colombia¹³⁴.

Según el informe de esta misma misión, el plan de organización del Instituto de Psicología Aplicada lo hacía comparable con cualquiera de sus similares en las “más progresistas universidades americanas”: el Instituto contaba con cuatro secciones. La primera, la sección universitaria se llevaban a cabo todas las pruebas de ingreso para todas las “divisiones de la universidad”. En la sección de infancia y adolescencia, se llevaban a cabo los exámenes mentales para niños, los test psicológicos y las pruebas de defectos de personalidad y psicológicos. La sección de psiquiatría médica era “esencialmente una clínica psiquiátrica ambulatoria”, y finalmente, la sección industrial conducía “investigaciones para industrias locales para la selección y pon de personal”¹³⁵. Desafortunadamente el Instituto no contaba con recursos y personal suficiente, por lo que el mismo informe recomienda aumentar el apoyo institucional a esta iniciativa. “Los esfuerzos de la señora Rodrigo para establecer clínicas de higiene mental y procedimientos guía para la infancia en los grados básicos escolares públicos merece atención cuidadosa y apoyo”¹³⁶, puntualiza.

En este contexto de higienización, la Beneficencia de Cundinamarca se dedicaba al cuidado de niños huérfanos y desfavorecidos, ya que sus funcionarios consideraban que dejarlos a su suerte no solo sería perjudicial para ellos, sino una futura “desventura para la patria”. Su

¹³⁴ La traducción de las citas textuales del informe de la Unitarian Medical Mission son de mi autoría. George Humphreys II, *Unitarian Medical Mission to Colombia. October 15- November 10, 1948*, (Boston: Medical Projects, 1948), 35. Quiero expresar mi agradecimiento a Andrés Ríos por haberme informado acerca de este documento y por proporcionármelo, ya que resultó esencial para llevar a cabo este trabajo.

¹³⁵ George Humphreys II, *Unitarian Medical Mission to Colombia*, 32.

¹³⁶ George Humphreys II, *Unitarian Medical Mission to Colombia*, 32.

objetivo era prevenir que estos infantes, en el futuro, tuvieran que recurrir a otras instituciones de la Beneficencia al convertirse en delincuentes, indigentes o enfermos mentales. Para lograrlo, esta entidad les prestaba sus servicios a través del Asilo de San José, donde los niños recibían instrucción en oficios técnicos; la Escuela de Artes y Oficios Domésticos, que estaba destinada a las niñas y las formaba en labores del cuidado y del hogar; y las casas hogar, donde recibían acompañamiento moral. De esta manera, la Beneficencia buscaba formar buenos ciudadanos, capaces de contribuir a la sociedad, inculcándoles a los infantes “un sentido de vida centrado en el trabajo y en la conformación de una futura familia”¹³⁷.

El problema de la criminalidad también le interesó a la biotipología, una rama de la medicina que en la primera mitad del siglo XX fue muy popular en América y Europa. Su teoría indagaba sobre la estructura de la personalidad, al establecer una relación determinante entre los factores hereditarios que se reflejan en el fenotipo y la fisiología, y los rasgos del carácter y del temperamento¹³⁸. Aunque la biotipología se sustentaba en la herencia, evitaba el uso del determinismo biológico de la raza propio de la teoría de la degeneración¹³⁹ al tener en cuenta aspectos como la constitución física, la personalidad y la fisiología para establecer diferentes tipos de personalidades. Esta visión holística sobre el individuo requería del uso de la antropología, la psicología, la fisiología y la estadística; también, de la realización de test de personalidad, muestras de sangre, pruebas en la función endocrina, evaluaciones en la presión sanguínea, entre otras¹⁴⁰.

En Colombia había interés por identificar el biotipo del país¹⁴¹. Al respecto, el médico legista Uribe Cualla planteó que había constituciones psíquicas patológicas como resultado de ciertos rasgos del carácter atrofiados por exceso o disminución de sus funciones: la avidez, la bondad, la actividad y la emotividad. Las constituciones de la personalidad más llamativas eran la paranoide, propia de desadaptados sociales con avidez excesiva; la criminaloide o

¹³⁷

¹³⁸ Colegio Médico de Honduras, “La biotipología y sus aplicaciones”, *Revista médica hondureña* n.º 6 (1943): 297.

¹³⁹ Alexandra Stem, “Mestizofilia, biotipología y eugenesia en el México posrevolucionario: hacia una historia de la ciencia y el Estado, 1920-1960”, *Relaciones. Estudios de historia y sociedad* 21 n.º 81 (2000) 79.

¹⁴⁰ Alexandra Stem, “Mestizofilia, biotipología y eugenesia”, 79.

¹⁴¹ Gutiérrez Avendaño, *Locura y sociedad*, 271.

perversa, correspondiente a quienes incurrían en delitos por ausencia de bondad; y las constituciones hiperemotivas e hipoemotivas, que presentaban exceso o ausencia de emotividad y que podían incurrir en suicidio, pasiones violentas frecuentemente relacionadas con crímenes pasionales, anomalías sexuales y actos delictivos¹⁴².

A cada una de estas constituciones de la personalidad correspondían unos rasgos físicos concretos. Por ejemplo, Uribe Cualla caracterizaba la constitución criminaloide así:

En los delincuentes es común el hipertiroidismo y el hiperpituitarismo, con signos evidentes de alteraciones de la secreción interna genital. El desarrollo exagerado del esqueleto, especialmente de los maxilares y del zigoma, que les da a veces un aspecto patibulario o facineroso, y el tamaño de las manos y de los pies, son manifestaciones somáticas del individuo con hiperfuncionamiento congénito o adquirido de la hipófisis, de importante relación con las funciones psíquicas¹⁴³.

Al igual que Gómez Pinzón, Bejarano y Aranza, Uribe Cualla consideraba que debía procurarse la identificación de las constituciones con rasgos físicos y conductuales desviados desde la niñez. Proponía en esos casos el tratamiento con la psicopedagogía, la educación, la cultura, la “generosidad” y la “gratitud”, con el fin de generar “un ambiente propicio a la moralidad y los buenos instintos”, además de “un tratamiento médico en los casos de perturbaciones endocrinas”¹⁴⁴.

Entre 1937 y 1946, al pasar por las prácticas psi, la criminalidad transmutó en síntomas de desviación constitucional y degeneración racial. La misión de la higiene mental era evitar la persistencia futura de la criminalidad patologizada haciendo de la infancia colombiana objeto de la psicotecnia, la psicopedagogía, la educación y la cultura. Como su labor sobre el cuerpo social era preventiva, no ofrecía soluciones para los que ya eran criminales. Debido a su enfoque, la higiene mental no podía hacer nada por ellos, así que su destino era un calabozo o el manicomio, sobre el cual me referiré más adelante.

¹⁴² Guillermo Uribe Cualla, “La personalidad psíquica”, *Revista de la Facultad de Medicina* 9, n.º 6 (1940): 380-395.

¹⁴³ Uribe Cualla, “La personalidad psíquica”, 384.

¹⁴⁴ Uribe Cualla, “La personalidad psíquica”, 384.

Higiene mental, violencia y conflicto

Hasta 1946, la higiene mental colombiana se había concentrado en la prevención de la criminalidad. Eventualmente su foco de interés se trasladó hacia la psicopatología de la violencia, debido a los aciagos hechos nacionales ocurridos a mediados del siglo, y el turbulento escenario internacional de los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial y al inicio de la Guerra Fría.

Las atrocidades cometidas en el desarrollo de la Segunda Guerra Mundial incitaron a la psiquiatría y a la psicología emergente a reflexionar sobre el lugar de la violencia en la naturaleza humana. En esta línea, en 1946 Mercedes Rodrigo escribió un artículo para la *Revista de la Facultad de medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, en el cual se refirió a la función social de la psicología. Para la autora, esta disciplina consistía en el estudio de la conducta del individuo resultante del ajuste a su medio; en este caso, un medio turbulento “en el que el poder dañino del hombre contra el hombre aumenta todos los días [...] con la bomba atómica, la hidrobomba y la bomba de gases”¹⁴⁵. La psicología debía orientar a la conducta humana hacia el bien usando el conductismo, la psicología gestalt y el psicoanálisis¹⁴⁶.

En la segunda mitad del siglo XX, el psicoanálisis fue usado profusamente en las interpretaciones sobre la conducta humana en Colombia. Según Luis Jaime Sánchez, uno de los psiquiatras del país más renombrados de su época, el interés por esta vertiente residía en que antes de su aparición “la psicología había visto limitadas sus funciones a los campos psicotécnicos, psicopedagógicos y experimentales”, mientras que con su uso era posible entrar “de lleno al centro del alma del hombre, o por lo menos, a su intimidad”¹⁴⁷. Precisamente porque el psicoanálisis les permitía a los expertos zambullirse en la subjetividad de los individuos, fue usado para explicar las conductas de la población durante el periodo de la Violencia y reflexionar sobre los efectos que la guerra podría tener sobre la

¹⁴⁵ Mercedes Rodrigo, “Introducción al estudio de la psicología en Colombia”, *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia* 14, n.º 10 (1946), 708.

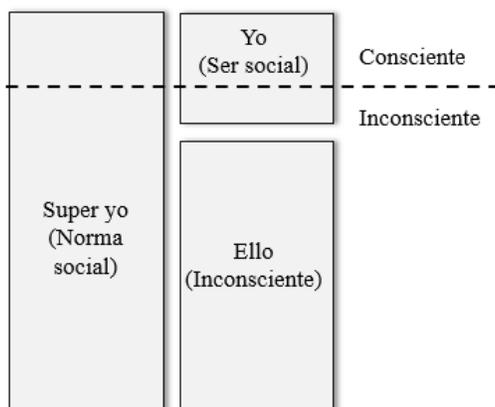
¹⁴⁶ Rodrigo, “Introducción”, 708.

¹⁴⁷ Luis Jaime Sánchez, “La psicología en el mundo moderno”, *Revista Colombiana de Psicología* 1, n.º 1 (1956) 13.

psique. Para comprender estas teorías es preciso explicar en qué consisten la represión y las pulsiones.

La represión es uno de los mecanismos de defensa del aparato psíquico promulgados por Freud. Esta se activa frente a eventos traumáticos que están vinculados a afectos, por lo que son enviados al inconsciente debido a que el sujeto los rechaza¹⁴⁸. Además de ser un mecanismo de defensa, la represión también es el medio a través del cual el aparato psíquico se estructura y se organiza en tres partes: el yo, el ello y el super yo¹⁴⁹. El yo es la sección del aparato psíquico que tiene mayor contacto con el exterior y que contiene a la consciencia; el ello incluye al material inconsciente que se produce por el mecanismo de la represión, y dentro de él operan las pulsiones; y el super yo representa la norma social, que el sujeto instituye cuando los padres imponen la prohibición del incesto¹⁵⁰.

Figura 1. Primera y segunda tópica de la psique humana según Freud.



Fuente. Adaptada por la autora de material audiovisual¹⁵¹.

¹⁴⁸ Marco Alexis Salcedo Serna, "El aparato psíquico freudiano: ¿una máquina mental?", *Revista de Psicología GEPU* 1, n.º 2 (2010): 89-127.

¹⁴⁹ Sol Aparicio, "Psicosis: de la Verdrängung a la forclusión", *Revista Escansión* n.º 1 (1984): 95-117.

¹⁵⁰ Sigmund Freud, "El yo y el ello", *Los textos fundamentales del psicoanálisis*, ed. Anna Freud (Barcelona: Ediciones atalaya, 1993) 560.

¹⁵¹ Resúmenes Entelekia, "Freud, *Más allá del principio del placer*". YouTube. 10 de junio de 2019. |<https://www.youtube.com/watch?v=pISfQdbdooM>

En la teoría freudiana, los eventos reprimidos no desaparecen, sino que se convierten en material inconsciente que reaparece en el yo tomando la forma de somatizaciones, actos repetitivos, comportamientos transgresores, actos fallidos, lapsus del lenguaje, síntomas neuróticos, angustia, ansiedad y elementos oníricos. El material inconsciente retorna porque está anclado a las pulsiones. Las pulsiones son estímulos que impactan el aparato psíquico y que provienen del interior del organismo. Como su fuerza es constante, la única manera de suprimirlas es satisfaciéndolas a través de sensaciones placenteras, por medio de las cuales disminuye la tensión en el aparato psíquico hasta alcanzar un nivel de excitación mínima. O al menos eso pensaba Freud en 1915, cuando publicó *Las pulsiones y sus destinos*¹⁵². No obstante, años después descubrió que algunas pulsiones se satisfacen a través de sensaciones displacenteras. Evidencia de ello es la compulsión de repetición, o sea la iteración de sensaciones y eventos displacenteros, como los sueños repetitivos sobre eventos traumáticos. Esta parte de su teoría fue abierta con la publicación en 1920 de *Más allá del principio del placer*¹⁵³.

Algunas de las pulsiones que se satisfacen a través del displacer son las pulsiones de muerte. Esto sucede porque, aunque el yo las experimenta como displacenteras, para el inconsciente son placenteras. Su objetivo es retornar al individuo al estado de menor excitación, es decir, la muerte. Es por eso por lo que las pulsiones de muerte se exteriorizan a través de atentados contra la vida o el bienestar propio y la agresividad contra otros¹⁵⁴. Freud describió las pulsiones de muerte valiéndose de casos de neurosis de guerra.

Domingo Huertas hizo parte del del Batallón Colombia, un grupo del Ejército nacional que participó en la Guerra de Corea. En diciembre de 1951, en medio del campo de batalla, cayó herido por la deflagración de una granada que explotó muy cerca de él. Luego del incidente, Domingo experimentaba angustia y miedo de morir, además de adormecimiento en las extremidades y pesadillas sobre la guerra durante las noches¹⁵⁵.

¹⁵² Sigmund Freud, “Las pulsiones y sus destinos”, *Los textos fundamentales del psicoanálisis*, ed. Anna Freud (Barcelona: Ediciones atalaya, 1993).

¹⁵³ Sigmund Freud, *Más allá del principio del placer* (Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2012).

¹⁵⁴ Freud, *Más allá del principio del placer*.

¹⁵⁵ “Historia 26271”, Sibaté, 1954, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 2, folios sueltos.

En Colombia se escribieron algunos artículos sobre el impacto psíquico de un evento traumático como el que vivió Domingo. En *Desarrollo y clasificación psicodinámica de los instintos*, Robert Wallis planteó que las pulsiones insatisfechas ancladas a eventos traumáticos adoptan formas somáticas, es decir, “enfermedades funcionales”¹⁵⁶. Por otra parte, Tefik Meluk Aluma, fundador de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis, planteó que un evento traumático (el estallido de la granada) se ancla a una pulsión (la pulsión de muerte), de tal forma que se repite incesantemente (sueños sobre la guerra) causando sensaciones displacenteras y manifestaciones físicas de la represión del trauma (dolor precordial y sensación de adormecimiento)¹⁵⁷.

Eventualmente, el foco se trasladó de las patologías mentales individuales derivadas de la guerra a las dolencias del cuerpo social. Cuando el conflicto bipartidista se agudizó y se convirtió en el problema político y social más apremiante del país, las prácticas discursivas psi reinterpretaron y adaptaron algunos conceptos del psicoanálisis conforme a las características sociales y culturales del contexto colombiano para identificar las causas psicopatológicas de la violencia.

Por ejemplo, el doctor Hernán Vergara, director del Instituto de Psicología Aplicada de la Universidad Nacional, adaptó la teoría freudiana sobre las pulsiones de muerte para reflexionar sobre la agresividad de la cultura occidental en un artículo que publicó en 1956¹⁵⁸. Vergara se interesó en este tema porque consideraba que la agresividad era una característica esencial de sus contemporáneos¹⁵⁹. En la década de 1950 el mundo no solo se recuperaba de la Segunda Guerra Mundial, pues una nueva conflagración se fraguaba subrepticamente: la Guerra fría. En Colombia la violencia entre liberales y conservadores se había exacerbado a causa del fraude en las elecciones legislativas de 1946, el asesinato del líder popular Jorge Eliecer Gaitán, la emergencia de grupos de autodefensa campesina y la postura beligerante de algunos políticos, como Laureano Gómez.

¹⁵⁶ Robert Wallis, “Desarrollo y clasificación psicodinámica de los instintos”, *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia* 18, n.º 6 (1949): 440.

¹⁵⁷ Tufik Meluk Aluma, “Neurosis de angustia (aspecto teórico)”, *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia* 25, n.º 5-8 (1957) 226-236.

¹⁵⁸ Hernán Vergara, “Combatividad contra agresividad en la higiene mental: la cultura occidental debe revisar su estatuto de valores”, *Revista Colombiana de Psicología* 1, n.º 2 (1956): 130.

¹⁵⁹ Vergara, “Combatividad contra agresividad” 132.

El contexto nacional e internacional motivó a Vergara a preguntarse si la teoría freudiana sobre las pulsiones de muerte era correcta, concluyendo que:

La explicación de la agresividad como expresión de un instinto de muerte es, a mi parecer, un error tan grave de la especulación psicológica de Freud como es de exacto y de valioso su descubrimiento de la agresividad como un hecho clínico¹⁶⁰.

Según Vergara, Freud planteaba que la agresividad era un instinto intrínseco al ser humano. Por el contrario, él creía que era el resultado de la transformación de una tendencia primaria reprimida llamada “combatividad”, que no estaba al servicio de la muerte, sino que constituía “la reacción más enérgica que opone la vida a los procesos desintegrativos inherentes a todo organismo material”¹⁶¹, es decir, la lucha contra la muerte. En suma, la combatividad “advierte a la conciencia en situaciones decisivas para la existencia del sujeto”¹⁶².

Para explicar la forma como la supresión de la combatividad alienta la agresión occidental, Vergara se remitió a la historia *La zorra y las uvas*, escrita por Esopo. Esta fábula narra la historia de una zorra hambrienta que, al no lograr alcanzar un racimo de uvas colgado de un árbol, se dijo a sí misma a modo de consuelo: “no importa, las uvas están verdes”¹⁶³. Pero ¿por qué no las alcanzó? Según Vergara, porque reprimió su combatividad, lo que significa que no usó todas sus fuerzas de lucha para conseguir lo que deseaba. Esa falta de ímpetu desató la culpa, una sensación displacentera en el yo que emerge porque el individuo está decepcionado de sí mismo, debido a las altas expectativas que se impone a través de la norma social, es decir, del super yo. El dolor moral producido por la culpa, “alcanza tal intensidad que compromete gravemente el equilibrio psíquico [...] y reclama entonces la muerte del culpable”¹⁶⁴. Para Vergara, la apología que se hacía al pacifismo al declararlo el valor supremo de la personalidad culta y civilizada en occidente era consecuencia de la represión de la combatividad. Ante esto, la higiene mental y la religión católica debían enseñarle los seres humanos a manejar su combatividad¹⁶⁵. Los psiquiatras debían conducirlos a través de

¹⁶⁰ Vergara, "Combatividad contra agresividad" 132.

¹⁶¹ Vergara, "Combatividad contra agresividad" 133-134.

¹⁶² Vergara, "Combatividad contra agresividad" 134.

¹⁶³ Vergara, "Combatividad contra agresividad", 133.

¹⁶⁴ Vergara, "Combatividad contra agresividad", 135-136.

¹⁶⁵ Vergara, "Combatividad contra agresividad", 139-141.

sus saberes científicos y la política debía financiar la higiene mental para evitar los desastres de la supresión de la combatividad.

La teoría de Vergara tenía pues una aplicación política. Su propia vida lo atestigua: psiquiatra y ferviente católico, editaba la revista *Testimonio* y la usaba como plataforma para proponer al cristianismo como alternativa al comunismo, argumentando que la Iglesia conocía de cerca la cuestión social y luchaba por la libertad de los seres humanos¹⁶⁶. Del seno de esta revista surgió el Movimiento Testimonio, que realizó seminarios de capacitación “en asuntos sociales y económicos para obreros”¹⁶⁷. Vergara también participó en el partido de la Alianza Nacional Popular (ANAPO) y en el escenario público en la defensa de candidaturas presidenciales y políticas que se acogían a sus ideales. Así ejerció su “combatividad”, guiado por los preceptos cristianos, bajo la creencia de que un político “materialista” usaba la acción violenta para restaurar la justicia, mientras que uno cristiano lo hacía por medio de la Iglesia¹⁶⁸.

En ese sentido, si la combatividad era una propiedad humana usada en procura de la supervivencia y de la consecución de los objetos de deseo, luchar contra el comunismo a través del activismo religioso y político, era sinónimo de combatir la muerte misma. De manera que su texto no es solo un análisis psicoanalítico de la violencia occidental; también es un fanzine anticomunista mediante el cual patologizó las ideologías de sus opositores políticos.

Por su parte, Gerardo Paz Otero, médico forense y psiquiatra¹⁶⁹, planteó que el conflicto bipartidista y el atraso civilizatorio del país era consecuencia de la “personalidad recóndita” de los colombianos, que se manifestaba cuando decían: “lo hago porque me da la gana” o “no lo hago porque no me da la gana”. En otras palabras, esta era la patología de la “gana y la desgana”¹⁷⁰. Según Otero, la gana y la desgana desequilibraban el sistema psíquico del colombiano, puesto que el super yo, que es el encargado de imponer las normas sociales y

¹⁶⁶ César Augusto Ayala Diago, "Entre la religión y la política: Hernán Vergara Delgado, in memoriam", *Historia Crítica* n.º 19 (2000) 51.

¹⁶⁷ Ayala Diago, "In memoriam", 53.

¹⁶⁸ Ayala Diago, "In memoriam", 62.

¹⁶⁹ Organización Panamericana de la Salud, *Directorio de psiquiatras de América Latina* (Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1968), 419.

¹⁷⁰ Otero, "Higiene mental", 55.

la moral, quedaba a merced de la tensión entre estas fuerzas, lo que le impedía ejercer su labor moralizadora. Sin el super yo al mando, los instintos se desataban e imprimían tintes de agresividad en la conducta que subyugaban a los individuos. Para el autor, prueba de ello eran la violencia política, los crímenes sexuales cometidos en el decurso de lucha bipartidista, los ataques contra la propiedad, y la confusión ideológica manifestada en la afiliación al comunismo¹⁷¹.

Otero también sugirió que hechos como los ocurridos el 9 de abril de 1948 eran consecuencia del “contagio psíquico” que se propagaba a través de la “sugestibilidad de la población”, es decir, del “instinto de imitación propio de los seres humanos”¹⁷². Dicho de otra forma, el alma de un colectivo pertenece a quien logra explotarla e inducirla hacia emociones y actos que, incluso, van en contra de las convicciones personales de sus miembros. Por eso para el autor “el hombre organizado en masa forma una de las más peligrosas manifestaciones psicológicas de los tiempos modernos”¹⁷³.

Para hacerle frente a la gana, la desgana y el contagio psíquico, Otero propuso cultivar en la infancia la prevalencia del super yo a través de la pedagogía, la alfabetización, la moral y las buenas costumbres. De esta forma, las futuras generaciones pondrían en práctica “la máxima de pon límite preciso a tus deseos”¹⁷⁴. Este reto de la higiene mental debía ser asumido por la Iglesia católica¹⁷⁵.

Según Otero y Vergara la instrucción religiosa era imprescindible para darle fin a la Violencia, pero ¿qué pensaban al respecto los líderes de la Iglesia católica? Pues bien, la postura de sus miembros dependía de su afiliación política. Históricamente el conservadurismo promovió la relación entre la Iglesia y Estado, y la administración eclesiástica de la educación y la caridad. Como resultado, durante el conflicto bipartidista algunos sacerdotes usaron el pulpito para hacer propaganda política en contra de los liberales

¹⁷¹ Otero, "Higiene mental", 14-15, 80-90.

¹⁷² Otero, "Higiene mental", 107.

¹⁷³ Otero, "Higiene mental", 105-106. Conceptos similares sobre la psicología de las masas pueden encontrarse en Gustave Le Bon, Sigmund Freud y Carl Jung. Gustave Le Bon, *La psicología de las masas* (Madrid: Editorial Verbum, 2018), 4. Silvana Elizabeth Barrera Ortiz, "Carl Gustav Jung: biografía y desarrollo de la psicología analítica"(tesis de maestría en Docencia Universitaria con Especialidad en Evaluación, Universidad de San Carlos de Guatemala, 2008): 35.

¹⁷⁴ Otero, "Higiene mental", 97.

¹⁷⁵ Otero, "Higiene mental", 85-90.

y fomentar la violencia¹⁷⁶. Por otra parte, los sacerdotes con posiciones menos radicales sugirieron que la violencia en la que se vieron involucrados ambos bandos era “consecuencia del desorden espiritual que viene invadiendo al mundo hace años”¹⁷⁷, la falta de moral y el desenfreno de las pasiones humanas¹⁷⁸.

Respecto al impacto de la violencia en la psique, Otero creía que la preservación de la salud mental iba de la mano de la defensa de los derechos humanos en contextos de guerra, debido a que pueden generarse “estados neuróticos, individuales y colectivos, y de constelaciones angustiosas de temor o miedo”¹⁷⁹. A propósito, se refirió a que el 50% de los jóvenes que prestaban servicio militar eran menores de 18 años, edad en la que el ser humano aún tiene “mecanismos psicosomáticos inmaduros” incapaces de salir ilesos de contextos violentos. Como incluso los mayores de edad también eran vulnerables a salir perjudicados, propuso seleccionar a los reclutados a través de pruebas psicotécnicas y someter a los elegidos a un régimen de educación psicológica que les impidiera regresar a su hogar como desadaptados sociales¹⁸⁰. Los efectos dañinos del servicio militar en los jóvenes ya habían causado inquietud en el pasado entre los médicos legistas y los psiquiatras; por ejemplo, en el Tercer Congreso Latinoamericano de Salud Mental, reunido en Lima del 27 de octubre de 1958, Guillermo Uribe Cualla que fue en representación del país, anunció este fenómeno como un problema¹⁸¹.

En efecto, tras ser reclutados y permanecer allí durante un periodo prolongado, algunos jóvenes desarrollaban trastornos de la personalidad y la conducta. Ejemplo de ello es Misael Bustamente, un joven que constituía una grave amenaza social según los médicos del manicomio de Varones de Sibaté. A través de cartas sus familiares relataron que desde que

¹⁷⁶ Cesar Augusto Ayala, “Entre la religión y la política: Hernán Vergara Delgado”, *Historia crítica* n.º 19 (2000): 326. La relación entre religión y violencia no es simple. Según María del Rosario Vázquez “ni era necesaria la militancia conservadora desde el púlpito para que se asesinaran liberales ni era suficiente la predicación de los párrocos pacifistas para evitarlo”. María del Rosario Vázquez, “La Iglesia y la violencia bipartidista en Colombia (1946-1953): análisis historiográfico”, *Anuario de Historia de la Iglesia* 16 (2007), 325.

¹⁷⁷ José Vicente Castro Silva, “Panorama”, *Hospitalarios* 3, n.º 2 (1955) 71.

¹⁷⁸ Anónimo, “Ecos”, *Hospitalarios* 2 (1956) 3-5.

¹⁷⁹ Otero, “Higiene mental”, 100.

¹⁸⁰ Otero, “Higiene mental”, 51-52.

¹⁸¹ Guillermo Uribe Cualla, “Tercer Congreso latinoamericano de salud mental en Lima del 27 de octubre al 1 de noviembre de 1958”, *Revista de Medicina Legal de Colombia*, n.º 83-84 (1959).

Misael prestó el servicio militar, iba y venía entre la tristeza y comportamientos extravagantes y exaltados¹⁸². De igual manera, la familia de Marco Castaño señaló que su comportamiento cambió después de un ataque que sufrió el cuartel en el que se encontraba mientras prestaba su servicio en el Ejército¹⁸³. Al subrayar la forma como instituciones como el Ejército participaron en la consolidación de los traumas psíquicos que devienen en una personalidad violenta, el Estado ya no solo tendría la responsabilidad de incidir sobre las creencias, costumbres y modos de socialización de la población, sino que, además, debería vigilar el funcionamiento de sus fuerzas armadas.

En consonancia con Otero, Luis López de Mesa creía que la educación “en todos sus grados y en todos sus órdenes”¹⁸⁴ traería de vuelta la paz al país. Para el psiquiatra, la proliferación de la violencia era consecuencia del desorden moral de la población colombiana, y la falta de civilización propia de un pueblo analfabeta. Por consiguiente, la educación permitiría restaurar la vocación de ser útil y el robustecimiento del espíritu¹⁸⁵, necesarios para evitar la violencia.

Para López de Mesa los responsables de la decadencia moral no eran las personas comunes, sino quienes no previeron el colapso de las buenas costumbres. Asimismo, la responsabilidad de poner freno a las confrontaciones recaía en las instituciones del Estado y en las élites que las dirigían, fueran estas el gobierno de Rojas Pinilla, el directorio conservador o el Partido Liberal. No obstante, sus acciones no debían concentrarse más en reformar la constitución o dictar decretos legislativos, sino en consolidar la moral de los colombianos. Hacer leyes sin fortalecer la moral, equivalía para López de Mesa a “pretender edificar una catedral sobre un corcho”¹⁸⁶.

Aunque Luis López de Mesa era un liberal que le apostaba a laicización de la educación, consideraba que la Iglesia era fundamental para fortalecer la moral de los colombianos. Por

¹⁸² “Historia 15585”, Sibaté, 1946, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 2, folios sueltos.

¹⁸³ “Historia 27099”, Sibaté, 1955, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja sin numerar, folios sueltos.

¹⁸⁴ Luis Eduardo López de Mesa, "Elogio de la bondad", *Textos e imágenes rescatadas de Luis López de Mesa*, eds. Jaime Eduardo Molina y Darío Ruiz (Medellín: Universidad Nacional de Colombia, 2012) 65.

¹⁸⁵ López de Mesa, "Elogio de la bondad", 65.

¹⁸⁶ López de Mesa, "Elogio de la bondad", 65.

el contrario, Otero, un conservador obstinado, afirmaba que más importantes que los maestros eran los sacerdotes, dado que eran verdaderos “adalides de la moral” y ejemplos a seguir para la niñez colombiana¹⁸⁷. Por tanto, aunque ambos psiquiatras hicieron de la violencia una consecuencia del analfabetismo y la falta de educación y moral, debido a sus diferencias partidistas, no coincidieron completamente en la forma como esta debía solucionarse.

Las élites políticas coincidían con los psiquiatras en que la violencia era consecuencia de las fallas de la educación del país y de una moral endeble¹⁸⁸. Por ello, a finales de la década de 1950, el crecimiento económico sostenido impulsó la inversión estatal en el sector educativo. Fueron muestra de ello el incremento en la cantidad de estudiantes, profesores y planteles educativos, así como la disminución de la brecha entre la educación rural y urbana, y la centralización de su financiación, que antes se hacía por departamentos¹⁸⁹.

Para planear las reformas que impulsaron estos cambios, el Estado se inspiró en el informe de la misión extranjera Le Bret que, entre 1954 y 1956, evaluó las condiciones en las que se encontraba la educación colombiana. Dicho informe fue la base sobre la que se pretendía potenciar a un país que había entrado a una nueva fase de desarrollo a causa de la disipación de las disputas entre partidos de la mano del pacto que dio origen al Frente Nacional¹⁹⁰.

Las propuestas de López de Mesa y Otero no fueron las únicas que hicieron juego con la necesidad del país de apuntalar su crecimiento económico. Tal y como la higiene mental hacía hincapié en la psicotecnia, el psicólogo Campo Márquez aseveró que para alcanzar la pacificación del país los colombianos debían ajustarse al trabajo a través de la orientación

¹⁸⁷ Otero, "Higiene mental", 85-90.

¹⁸⁸ Al respecto, en 1954 Alberto Lleras Camargo afirmó: “La insurgencia de presiones brutales, la crueldad que caracterizó a esta época recientísima de nuestra historia, no habría prendido tan fragosamente sobre una nación educada, sobre un país civilizado [...] La insensibilidad que se apoderó de buena parte de las antiguas clases dirigentes ante la tremenda gravedad de la violencia es también otro síntoma de la defectuosa educación, aún en las más altas jerarquías de la inteligencia. Fallaron los sistemas educativos complementarios, fallaron el hogar y la educación moral y religiosa de Colombia. Ese es un hecho histórico.” María Teresa Ramírez y Juana Patricia Téllez, “La educación primaria y secundaria en Colombia en el siglo XX”, Banco de la República. 14 de enero del 2022. <https://www.banrep.gov.co/docum/ftp/borra379.pdf>: 45.

¹⁸⁹ María Teresa Ramírez y Juana Patricia Téllez, “La educación primaria y secundaria en Colombia en el siglo XX”, 36-55.

¹⁹⁰ Samuel Vanegas, “El trabajo de la Misión de Economía y Humanismo en Colombia 1954-1958” (tesis de Sociología, Pontificia Universidad Javeriana, 2015), 84.

profesional¹⁹¹, que se constituyó como una tecnología para la inserción al mundo laboral, el desarrollo económico del país y, en el caso particular de Colombia, la contención de la violencia¹⁹².

Lectura multidisciplinar de la violencia

En el contexto de la posguerra, autores tan influyentes como Erich Fromm aseguraron que la higiene mental podría hacer una contribución mayor a la armonización de la sociedad si los psiquiatras colaboraban con los economistas, los sociólogos, los antropólogos y los filósofos¹⁹³. Esta lectura multidisciplinar se correspondía con el incremento, desde finales de la Segunda Guerra Mundial, del número de científicos sociales que buscaban comprender la forma como la estructura e interacciones sociales incidían en la conducta humana, sobre todo en entornos comprometedores y caóticos¹⁹⁴. Ya décadas antes, estudiosos como Emile Durkheim reflexionaron sobre las causas sociales de fenómenos como el suicidio¹⁹⁵. Para la década de 1950, en el contexto colombiano, se exponían argumentos similares. En 1958, el médico legista Guillermo Uribe Cualla defendió que la psiquiatría requiere de funcionarios, psicólogos, asistentes sociales, sociólogos, juristas, educadores y sacerdotes para esclarecer los problemas relacionados con la salud mental¹⁹⁶. Una de las teorías más llamativas de esta tendencia a nivel nacional fue la de las “constricciones sociales”, cuya idea central era que la posición de los individuos en el sistema de clases y los avatares del capitalismo los hacían vulnerables a los daños psicológicos¹⁹⁷. La relación entre diversos factores sociales y la violencia fue también elaborada de esta manera en la misma década de 1950. Por ejemplo, Otero reconoció que la privación de derechos básicos como la libertad o el alimento¹⁹⁸, el fanatismo religioso, las grandes calamidades, las guerras y las persecuciones políticas,

¹⁹¹ Campo Márquez, "La orientación profesional, necesidad apremiante de la juventud colombiana", *Revista Colombiana de Psicología* 2, n.º 2 (1957) 235.

¹⁹² Jorge Esteban Benítez, "Componentes estratégicos de la psicotecnia y sus proyecciones en el ámbito de la escuela, la fábrica y el mercado laboral (1930-1967)", *Revista de psicología* 27, n.º 1 (2018).

¹⁹³ Jairo Gutiérrez, "*Mens sana in corpore sano*", 101.

¹⁹⁴ Constanza Mendoza, "Sociología y salud mental: una reseña de su asociación", *Revista colombiana de psiquiatría* 38, n.º 3 (2009) 556.

¹⁹⁵ Mendoza, "Sociología y salud mental: una reseña de su asociación", 557.

¹⁹⁶ Guillermo Uribe Cualla, "Tercer Congreso latinoamericano de salud mental en Lima del 27 de octubre al 1 de noviembre de 1958", *Revista de Medicina Legal de Colombia*, n.º 83-84 (1959).

¹⁹⁷ Esteban Sánchez "Sociología y salud mental: reflexiones en torno a un desencuentro" *Revista internacional de sociología* 60, n.º 31 (2002): 37.

¹⁹⁸ Otero, "Higiene mental" 93.

suscitaban este tipo de comportamientos¹⁹⁹. Sin embargo, no fue sino hasta la década de 1960 que los psiquiatras consolidaron, bajo la dirección de la higiene mental, el vínculo entre la psiquiatría y otras disciplinas, al igual que la lectura multidisciplinar del origen de la violencia.

Radiografía del odio en Colombia

Tras la exacerbación del odio entre opositores políticos, liberales y conservadores llegaron a un acuerdo para darle solución a la violencia bipartidista y para que las élites de ambos partidos pudieran continuar dirigiendo el país. El Frente Nacional fue ratificado con la firma del pacto de Benidorm, que estableció que los partidos tradicionales se alternarían la presidencia y repartirían equitativamente los cargos legislativos durante 16 años.

En los albores de este acuerdo político las elites impulsaron un espíritu nacional de pacifismo y reformismo que se materializó en diferentes iniciativas, como la Comisión Nacional Investigadora de las Causas y Situaciones Presentes de la Violencia en el Territorio Nacional, conocida como la Investigadora, compuesta por dos miembros de cada partido, dos integrantes de la Iglesia y dos de las Fuerzas Armadas. En esencia, la Investigadora tenía la misión de indagar sobre las causas de la Violencia e historizar lo ocurrido²⁰⁰. Entre tanto, en 1962 se publicó el primer tomo de *La violencia en Colombia*, libro de Orlando Fals Borda, sociólogo; Eduardo Umaña Luna, abogado y sociólogo; y Germán Guzmán Campos, sacerdote. Esta obra fue muy influyente y en la actualidad es una de las más emblemáticas sobre el periodo de la Violencia²⁰¹. En efecto, esta fue una época prometedora en la comprensión de este tenebroso y complejo capítulo de la historia de Colombia. También fueron años favorables para la institucionalización y consolidación de la higiene mental, pues en 1960 se fundó la Liga Colombiana de Higiene Mental.

¹⁹⁹ Otero, "Higiene mental" 107.

²⁰⁰ Aunque la Investigadora contribuyó en la comprensión de este periodo, autores como Jefferson Jaramillo han asegurado que funcionó más como "un vehículo político de prácticas y tramas forjadas institucional y socialmente por [...] las élites bipartidistas, los distintos miembros que conformaron la iniciativa y, especialmente, la prensa de la época". Jefferson Jaramillo Marín, "La Comisión Investigadora de 1958 y la Violencia en Colombia", *Universitas Humanística* n.º 72 (2011) 39-42.

²⁰¹ Jefferson Jaramillo Marín, "El libro *La Violencia en Colombia* (1962-1964): radiografía emblemática de una época tristemente célebre", *Revista Colombiana de Sociología* 35, n.º 2 (2012) 35-64.

Por todos estos factores no es de extrañar que en 1959 se haya llevado a cabo el ciclo de conferencias titulado *Radiografía del odio en Colombia* que, bajo la óptica de la higiene mental, dio una explicación multicausal al aumento de la violencia en Colombia. Contó con la participación de expertos de diferentes áreas del saber: Álvaro Villar y Jaime Villareal, psiquiatras; Orlando Fals Borda, sociólogo; Virginia Gutiérrez, antropóloga; y Alberto Alfonso y Gabriel Flores, frailes. Sin duda, este multidisciplinar e innovador proyecto posibilitó nuevas lecturas sobre el periodo de la Violencia, así como nuevas articulaciones entre los nacientes saberes psi y otras disciplinas.

En este evento los psiquiatras convinieron en que la represión psíquica experimentada por los colombianos a causa de su exposición a una “crianza malsana” y el abandono eran algunas de las principales etiologías psicopatológicas de la violencia. Al respecto, Álvaro Villar, médico psiquiatra y psicoanalista, planteó que los colombianos son agresivos porque cuando en la infancia manifestaron sus inconformidades de forma pacífica, fueron “reprimidos violentamente”²⁰². Como ejemplo expuso el caso de Boyacá, un departamento en el que la población era “dócil y e impasible” ante las injusticias que vive en carne propia. Como consecuencia la expresión del malestar se realizaba a través de los más graves brotes de violencia que experimentó el país²⁰³. Por otra parte, el psiquiatra Jaime Villareal consideraba que las personas que fueron abandonadas durante la niñez tendían a encarar la vida con violencia. Si obtenían buenos resultados con este método, lo replicarían en el futuro; si no, reprimirían sus instintos violentos y se sentirían humillados. En ambos casos acumularían una cantidad de odio que tendría efectos nocivos en su adultez²⁰⁴. En consonancia con Villar y con Villareal, aunque desde una perspectiva sociológica, Orlando Fals Borda planteó que el odio que degenera en conductas violentas como las que se presentaron durante las décadas de 1940 y 1950, estaba relacionado con una socialización nociva durante la crianza en el ámbito familiar, o durante la juventud en el servicio militar.

Los tres autores se sirvieron como ejemplo de los bandoleros, jóvenes que a finales de la década de 1950 conformaron bandas caracterizadas por la sevicia y atrocidad de sus acciones. Villareal los describió como jóvenes que habían estado acumulando agresividad desde la

²⁰² Álvaro Villar, "El odio, la violencia y la guerra", *Actualidad Cristiana*, n.º 20 (1960): 83.

²⁰³ Villar, "El odio...", 87.

²⁰⁴ Jaime Villareal, "El odio a través de la adolescencia", *Actualidad Cristiana*, n.º 20 (1960) 25.

infancia, motivados por el deseo de vengarse y rebelarse contra sus padres, representados en las instituciones del Estado²⁰⁵; mientras que para Fals Borda eran jóvenes “criados en la escuela del odio y amamantados con las pasiones de la venganza”²⁰⁶.

En años posteriores otros sociólogos e historiadores describieron al bandolerismo como una manifestación patológica de la violencia vivida por la población, especialmente por los niños, en los años previos a su aparición²⁰⁷. En otras palabras, los bandoleros experimentaron en carne propia el asesinato de sus seres queridos, la persecución política y el desplazamiento, debido a lo cual más adelante se enlistaron en agrupaciones que acentuaron la violencia y aterrorizaron a la población. Sin embargo, en años más recientes algunos estudiosos del tema afirmaron que los bandoleros eran bandas cuyos fines eran variados, pues iban desde la defensa de los campesinos en su comunidad, la atomización de la protesta, hasta la aterrorización del campesinado²⁰⁸. De modo que, cuando Villareal, Villar y Fals Borda insistieron incisivamente en el carácter vengativo y patológico de sus acciones, también invisibilizaron sus motivaciones políticas y económicas.

Por su parte, desde una perspectiva moral, Fray Luis Alberto planteó que la violencia era el síntoma de una enfermedad del alma que los colombianos habían contraído durante la niñez: el odio contra el partido político contrario. Según este autor, los padres colombianos enseñaban con saña desde la niñez que los adversarios políticos eran malos *per se*, de tal forma que durante la vida adulta esta creencia prevalecía con ahínco y se reforzaba por la influencia de los políticos locales y “otros jefes de diversa índole y ropajes”, como algunos sacerdotes radicalizados²⁰⁹.

Es claro que las experiencias vividas durante la niñez fueron centrales en las explicaciones sobre la violencia que azotó al país. Del mismo modo, la infancia siempre fue el epicentro de las acciones preventivas de la higiene mental en Colombia, así que no es de extrañar que, tras

²⁰⁵ Villareal, "El odio en la adolescencia", 34-38.

²⁰⁶ Orlando Fals Borda, "Soluciones sociales para el problema del odio", *Actualidad Cristiana*, n.º 20 (1960) 99.

²⁰⁷ Darío Betancourt, "Las cuadrillas bandoleras del norte de Valle, en la violencia de los años cincuenta" *Historia crítica* n.º 4 (1990): 87.

²⁰⁸ Diana Henao, "Bandolerismo rural en el Bajo Cauca, Magdalena Medio y el Nordeste antioqueño (Colombia), 1953-1958" *Historiela* 7, n.º 14 (2015).

²⁰⁹ Alonso, "¿Por qué...?", 7.

su fundación en 1960, el Centro Piloto de Higiene Mental haya centrado todos sus esfuerzos en evitar que la creatividad y el potencial de la infancia colombiana fuera puesta al servicio del pillaje, la violencia, la delincuencia y la destrucción²¹⁰. Según el acuerdo 110 de 1960, los objetivos de esta institución eran: “crear un ministerio en pedagogía, investigar sobre los problemas psicopedagógicos y rehabilitar y tratar a los niños con problemas emocionales de conducta y del aprendizaje”²¹¹. Tras su inauguración, la institución atendió a niños vagos y con trastornos mentales en el Edificio de la Conducta Infantil, impartió conferencias para padres y maestros sobre la formación de la infancia, e instruyó a la población en la higiene mental con publicaciones periódicas en el Tiempo²¹². Con todo, el Centro Piloto de Higiene Mental no logró una intervención sobresaliente en la sociedad colombiana.

Otras explicaciones novedosas incluidas por los expertos que acudieron al ciclo de conferencias *Radiografía del odio en Colombia* versaron sobre la incidencia de la desigualdad económica y social. Al respecto, Álvaro Villar expuso que si se tenían en cuenta la miseria y la desigualdad en la que vivía la mayoría de población era comprensible, aunque no justificable, la furia popular y los brotes subversivos²¹³. En esta misma línea, Fals Borda explicó que algunos colombianos usaron la violencia para reclamar al Estado soluciones frente la desigualdad. Los frailes también reconocieron la incidencia de las condiciones de vida de la población en el desarrollo y la perpetuación de la violencia. Incluso, fray Luis Alberto Alonso afirmó que la pobreza era un caldo de cultivo para la formación de agrupaciones violentas conformadas por “agitadores, demagogos y comunistas”, una postura usual entre los miembros de la Iglesia de la época²¹⁴.

A las manifestaciones de descontento social de la población, el Estado solía responder con represión, otro factor causal de la proliferación de la violencia según varios ponentes. A propósito, Álvaro Villar planteó que cuando las peticiones y necesidades de los débiles eran silenciadas, aquello reprimido devendría en actos violentos en el futuro a través de dos mecanismos: la rebelión contra las clases altas y el Estado, lo que sería visto por las

²¹⁰ Gutiérrez Avendaño, *Locura y sociedad*, 244.

²¹¹ Gutiérrez Avendaño, *Locura y sociedad*, 244.

²¹² Gutiérrez Avendaño, *Locura y sociedad*, 113.

²¹³ Villar, "Odio...", 88.

²¹⁴ Luis Alberto Alonso, "¿Por qué hay odio entre hermanos?", *Actualidad Cristiana*, n.º 20 (1960) 21.

autoridades como algo repudiable y punible, y el apoyo al monopolio de la violencia estatal en contextos de guerra y crisis social, lo que sería considerado por las instituciones como “honroso y noble”²¹⁵. De igual forma, Fals Borda manifestó que para él la represión estatal representaba un “grave síntoma de descomposición que lleva a la confusión de las relaciones tradicionales y el derrumbe de la estructura en la sociedad”²¹⁶. En esta misma línea, para Virginia Gutiérrez de Pineda la violencia era producto del odio emergido de los antagonismos de clase, en otras palabras, la lucha entre los grupos subalternos que buscan ascenso social y la desestabilización del sistema que perpetúa la desigualdad, y las élites que se oponen a ello²¹⁷. Los antagonismos que consideró más influyentes en el país fueron los ocurridos entre el aparcerero y el terrateniente, el empresario y el obrero, la aristocracia y la burguesía ascendente, y la población urbana y la campesina. También destacó los antagonismos motivados por el racismo de los blancos contra los indios y los negros²¹⁸.

Ante las múltiples causas expuestas, en el ciclo de conferencias la *Radiografía del odio en Colombia* también se propusieron soluciones profusas que apuntaban a evitar la perpetuación futura de la violencia. Sin duda, el papel del Estado era fundamental. A nivel familiar, debía procurar que los niños colombianos tuvieran una mejor crianza, incluso si eso implicaba una reubicación familiar²¹⁹. En el aspecto cultural, debía promover el uso adecuado del tiempo libre, la disminución del consumo de alcohol²²⁰, la censura del cine violento, y las competencias deportivas que sirven como “canal de sublimación de los instintos de agresividad”²²¹. En el ámbito económico, debía combatir el desempleo, la miseria, la inseguridad social y laboral, la insuficiencia de las condiciones de escuelas y hospitales²²², y la inequitativa repartición de la tierra mediante una reforma agraria. En cuanto al ámbito social, debía evitar a toda costa la represión violenta de los levantamientos populares²²³. En otras palabras, además de regular las conductas perjudiciales de la población con el fin de

²¹⁵ Villar, "Odio...", 78-86.

²¹⁶ Orlando Fals Borda, "Soluciones sociales para el problema del odio", 97.

²¹⁷ Virginia Gutiérrez de Pineda, "El odio y las tensiones en las comunidades pequeñas", *Actualidad Cristiana*, n.º 20 (1960) 44-48.

²¹⁸ Gutiérrez de Pineda, "Odio y tensiones", 75.

²¹⁹ Jaime Villarreal, "El odio a través de la adolescencia", 35.

²²⁰ Orlando Fals Borda, "Soluciones sociales para el problema del odio", 106.

²²¹ Orlando Fals Borda, "Soluciones sociales para el problema del odio", 99-102.

²²² Villar, "Odio...", 90.

²²³ Orlando Fals Borda, "Soluciones sociales para el problema del odio", 104.

reducir la violencia, el Estado también tenía la responsabilidad de reconocer las deficiencias en sus propias instituciones y esforzarse por mejorar las condiciones materiales de los ciudadanos del país.

Una contribución importante de la perspectiva sociológica fue otorgarle agencia a la población inmiscuida en la violencia. Según Fals Borda, los colombianos debían implementar el gregarismo constructivo a través de la acción social, la unión y la solidaridad comunal, con el objetivo de estimular las relaciones que restaurarían los valores sociales perdidos, combatirían el desarrollo de las bajas pasiones y contribuirían al país con el desarrollo de obras de beneficio colectivo²²⁴. Como era costumbre, la intervención de la Iglesia católica se consideró crucial para pacificar a la nación. En consecuencia, tenía la misión de promover el amor a los contradictores políticos por el simple hecho de ser hijos de Dios y enseñar a la población a responder a la violencia con la máxima cristiana de poner la otra mejilla ante una bofetada, lo que “implica un dominio de los nervios, de todos los instintos del yo inferior, que muy pocos poseen”²²⁵.

A diferencia de las conferencias de 1918 *Los problemas de la raza en Colombia*, el ciclo de la *Radiografía del odio en Colombia* ocurrió en un contexto en el que no solo la higiene mental estaba pronta a institucionalizarse, sino también había mayor consciencia entre el sector político sobre los problemas que aquejaban a la población, como la falta de garantías para el acceso igualitario a la tierra, las dificultades de acceso a la educación y la pobreza creciente. Por eso no es de extrañar que se hayan ejecutado nuevas políticas públicas con base en los informes elaborados por misiones extranjeras que analizaron la realidad del país, como la misión extranjera Le Bret, y que describieron más detalladamente algunos de los problemas económicos y sociales expuestos en las conferencias de 1958.

De la degeneración de la raza a la socialización de la violencia

Quien conozca la historia de Colombia advertirá que la violencia ha sido un problema incesante en el tiempo. Por consiguiente, ha sido objeto del interés de los saberes expertos en diferentes momentos. A propósito, a comienzos del siglo XX las nacientes prácticas psi

²²⁴ Orlando Fals Borda, "Soluciones sociales para el problema del odio", 100.

²²⁵ Alonso, "¿Por qué...?", 14.

hicieron de la violencia etiología y síntoma de la degeneración de la raza colombiana, un mal hereditario del cuerpo social que tenía origen en el cruce entre los españoles y los indígenas y que se manifestaba en el incremento del crimen, la violencia, la locura y las enfermedades. En aquel entonces, la violencia era, a la vez, causa y consecuencia de una raza anómala, cuyos efectos solo podían corregirse en el futuro con medidas preventivas tomadas desde el presente.

Las prácticas psiquiátricas que se ejercían en los consultorios, en los manicomios, en las universidades y, en este caso, en la elaboración discursiva, intentaron dar con las raíces psicopatológicas del conflicto que aquejaba al país. A partir de 1946, varios expertos de las prácticas psi usaron el psicoanálisis para entender la violencia en un marco más amplio, y de esta manera, participaron de una perspectiva que la explicó como la enfermedad del cuerpo social más preocupante de la época. En esta oportunidad, los psiquiatras hicieron de la violencia la consecuencia de un super yo debilitado y de instintos reprimidos que al emerger tomaron la forma de agresión. Ante aquel panorama parecía crucial potenciar a los colombianos, sobre todo a los infantes, en diferentes dimensiones: la moral, a través de la instrucción religiosa; y la educativa, a través de la psicotecnia y la orientación profesional. También, prevenir el influjo deletéreo del alcoholismo y del cine violento, así como regular las condiciones en las que se prestaba el servicio militar. Aunque autores como Otero reconocieron la incidencia de factores sociales en el uso masivo de la violencia, no se insistió mucho en ello.

Para la década de 1960 el impulso del enfoque multidisciplinar en el análisis de la violencia amplió aún más la perspectiva del problema. Una muestra de ello es el ciclo de conferencias *Radiografía del odio en Colombia*, del cual emergieron, además de las explicaciones expuestas en años anteriores, una serie de factores causales sociales cuya resolución recaía en el Estado. Las medidas que debía implementar debían promover mejores condiciones de vida para la población y una repartición más equitativa de la tierra y el capital, así como afianzar la confianza en las instituciones. De modo que la violencia no solo era el resultado de la inmoralidad de la población, sino también de un Estado que no aseguraba el bienestar de los habitantes de su territorio y que, además, los perjudicaba psicológicamente usando indiscriminadamente su supuesto derecho al monopolio de la violencia. De la mano de esta

propuesta, se planteó la necesidad de que la misma comunidad conformara proyectos colectivos que la beneficiaran, le dieran agencia en este proceso y canalizaran sus instintos hacia el bien. No hay registro de que estas propuestas hayan incidido en la formulación de políticas públicas o en algún programa político en particular.

En este periodo la violencia pasó de ser únicamente la etiología y el síntoma de una raza degenerada, a convertirse en la consecuencia del racismo, la desigualdad social y la represión estatal. De la patologización del comunismo a la reivindicación de muchas de sus luchas. Y aunque la mirada multidisciplinar llegó para proponer soluciones a la precariedad en que vivía la población, el uso de técnicas como las campañas contra el alcoholismo, la censura y la intromisión del Estado en la esfera privada, siguieron utilizándose en los años siguientes.

*En la clínica mental vivo
un pedazo de mi vida
Allí me levanto con el sol
y entre tanto escribo
mi dolor y mi angustia
Sin angustias ni dolores
ataraxia del espíritu
en que mi corazón
como una mariposa
brilla con la luz
y se opaca como un pájaro
al darse cuenta
de los barrotes que lo encierran*

*Pájaro 2
Raúl Gómez Jattin*

Capítulo 2. Muros

Entre 1909 y 1937 el Asilo de Locos de las Mercedes, ubicado en Bogotá, albergó a locos de diferentes partes del país. Sin embargo, la insalubridad, el hacinamiento, el estado de las instalaciones y el déficit financiero fueron un impedimento para que esta institución pudiese prestar un servicio eficaz. Aprovechando la bonanza económica de 1920, durante la cual se destinaron grandes cantidades de recursos a la construcción de obras públicas, en 1921 la Beneficencia de Cundinamarca ordenó la construcción de un “manicomio moderno” en el caserío de Sibaté, a las afueras de Bogotá²²⁶. Su fundación tenía como objetivo materializar las ideas surgidas en el contexto de la profesionalización de la psiquiatría en las primeras décadas del siglo XX. Se buscaba crear un espacio equiparable a las instituciones más destacadas de Latinoamérica, dispuesto para la experimentación y la aplicación de nuevas terapéuticas, en consonancia con el modelo de Estado Moderno que se intentaba establecer en el país, fundamentado en la legitimidad científica. Sin embargo, la ubicación en el predio "El Tablón", de difícil acceso y a media hora de la última estación de tren, junto con la pérdida de los planos elaborados por el arquitecto que había renunciado y los reveses económicos que atravesaba la Beneficencia en aquel entonces, retrasaron su construcción. Finalmente, se inauguró hasta 1937²²⁷. Desde esta fecha y hasta 1957, este establecimiento se conoció como el *Manicomio de Varones de Sibaté*.

El objetivo de este capítulo es comprender cómo funcionaba el Manicomio de Varones de Sibaté en un periodo histórico no solamente relevante para la historia de la psiquiatría en el país, sino también considerando el contexto nacional caracterizado por la hegemonía y extensión de la violencia política que arreciaba allende los muros del manicomio. Veremos que la desfinanciación en la que operaba el Manicomio a causa del abandono estatal impedía la adecuación de su infraestructura y limitaba la calidad de los servicios que prestaba. Esta situación me llevó a considerar que precisamente debido a esta falta de interés estatal, la

²²⁶ Beltrán, "Psiquiatría y locura".

²²⁷ Lisandro Franco, *Informe Que Rinde La Junta General de Beneficencia de Cundinamarca a La Asamblea General En Sus Sesiones de 1934* (Bogotá: Imprenta de la luz, 1934), 46. Simpson, "Psiquiatría, moralidad y locura: la construcción del Hospital Psiquiátrico de Sibaté y discurso psiquiátrico de 1916 a 1966" (tesis de pregrado en historia, Universidad Nacional de Colombia, 2015), 42-54.

institución no fue utilizada para patologizar a los opositores políticos. Sin embargo, ahondaremos en este último aspecto en el tercer capítulo.

Este capítulo fue organizado en varios apartados. Inicia con una descripción de la relación administrativa entre la Beneficencia de Cundinamarca y el Manicomio de Varones de Sibaté, así como del organigrama de esta última institución. Luego, nos adentra a la travesía que emprendían los pacientes del Manicomio para llegar a sus instalaciones, para finalmente ingresar al Manicomio a través de la descripción de su estructura física. El último apartado versa sobre las terapéuticas biológicas y morales que allí se practicaban.

La Beneficencia de Cundinamarca

La Beneficencia de Cundinamarca fue fundada con ideales liberales en 1869 con el fin prestar servicios sociales a la población vulnerable con el argumento que la atención de los desvalidos era responsabilidad del Estado y no de la caridad cristiana, como defendía la contraparte conservadora²²⁸. Con el tiempo se erigieron otras instituciones que estaban subordinadas a la Beneficencia y que debían apoyarla en su misión. Algunas de ellas fueron el Manicomio de Varones de Sibaté, los hospicios de protección infantil, los asilos para indigentes, el Asilo de Locas y el hospital el San Juan de Dios²²⁹.

La Beneficencia estaba bajo la dirección del síndico y la Junta general. Esta junta debía establecer las directivas, el reglamento, las funciones de los empleados y el presupuesto anual de cada institución sujeta a la jurisdicción de la Beneficencia. Además, debía rendir cuentas a las entidades a las que la Beneficencia estaba subordinada, como la Gobernación de Cundinamarca y el Ministerio de Higiene —que luego fue llamado Ministerio de Salud Pública—²³⁰. La composición de la junta fue reglamentada por tres normativas, publicadas en diferentes años: la Ordenanza número 37 de 1937 del 7 de julio²³¹, la Ordenanza 17 de

²²⁸ José Fernando Sánchez, “Los hospicios y asilos de la Beneficencia de Cundinamarca entre 1917-1928: discursos y prácticas”, *Sociedad y Economía*, n.º 26 (2014) 67, http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-63572014000100004&lng=en&nrm=iso.

²²⁹ Beneficencia de Cundinamarca, *Informe que rinde la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca a la Asamblea General en sus sesiones de 1945* (Bogotá: Imprenta de la luz, 1945).

²³⁰ Cundinamarca, *Compilación de leyes y ordenanzas de la beneficencia y asistencia social de Cundinamarca 1869-1942*, (Bogotá: Imprenta del Departamento, 1942).

²³¹ Cundinamarca, *Compilación de Leyes y Ordenanzas de La Beneficencia*.

1940 del 17 de junio²³² y el Decreto 1437 de 1954²³³. Cada una de estas ordenanzas disponía estructuras distintas para la junta, aunque coincidían en la necesidad de incluir representantes de la Gobernación de Cundinamarca, la curia, el Banco de la República y las instituciones clave en asuntos de salud pública.

Que la junta haya estado compuesta por representantes de estas instituciones no es arbitrario. Según la Ordenanza 35 del 29 de julio de 1935, la Gobernación de Cundinamarca financiaba parte de las operaciones de la Beneficencia y tenía la obligación de intervenir en asuntos de auxilio social²³⁴. La Iglesia católica había sido consagrada como la religión oficial por la Constitución de 1886²³⁵, por lo que incidía en varios ámbitos, incluyendo el cuidado físico y moral de los enfermos. El Banco de la República estaba encargado de administrar las reservas internacionales del país, actuar como banquero del Gobierno y otorgarle empréstitos que se usaban, entre otros gastos, para entregarle un estipendio mensual a la Beneficencia²³⁶. Finalmente, el Ministerio de higiene, luego llamado Ministerio de Salud, realizaba campañas y acciones varias en favor de la salud de los colombianos.

Otras entidades que intervenían en el funcionamiento del manicomio eran aquellas que tenían un rol de vigilancia y que debían asegurar que las finanzas, la higiene y el funcionamiento de la institución fueran adecuados. La mayoría de ellas representaban al Estado. Por ejemplo, de acuerdo con la Ordenanza número 51 de 1921, el contralor general del Departamento auditaba las finanzas, mientras que los visitadores del Ministerio de gobierno hacían una inspección general²³⁷. El departamento también vigilaba al manicomio a través de la Secretaría de Asistencia Social, una dependencia de la Gobernación de Cundinamarca que estaba compuesta por tres secciones, incluyendo la Beneficencia. Según la Ordenanza número 53 de 1936, esta entidad tenía la potestad para “organizar, reglamentar y dirigir todas

²³² Cundinamarca, *Compilación de Leyes y Ordenanzas de La Beneficencia*.

²³³ Gobernación del Departamento de Cundinamarca, "Decreto 1437 de 1954 por el cual se aprueba el Decreto 0322". Sistema Único de Información Normativa (SUIN-Juriscal). 21 de julio de 2023. <http://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1286910>.

²³⁴ Cundinamarca, *Compilación de Leyes y Ordenanzas de La Beneficencia*.

²³⁵ Asamblea Nacional Constituyente, "Constitución Política 1 de 1896", Función Pública, 21 de julio de 2023, <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=7153#4>.

²³⁶ Banco de la República, "Historia del Banco de la República", Banco de la República. <https://www.banrep.gov.co/es/el-banco/contenidos/page/historia#targetText=Mediante%20la%20Ley%20de%20nacionales%20>.

²³⁷ Cundinamarca, *Compilación de Leyes y Ordenanzas de La Beneficencia*.

las instituciones, establecimientos de asistencia pública a cargo de la Junta General de la Beneficencia y el Instituto de Higiene Social, en lo relativo a la parte técnica y científica”²³⁸. Además, debía inspeccionar las finanzas de la Beneficencia, con el fin de corroborar que el uso de los recursos fuera adecuado.

El manicomio también era vigilado por funcionarios del Ministerio de Higiene. La higiene era fundamental para la medicina de la época. De hecho, entre 1930 y 1950, la intervención estatal en materia de salud estaba puesta, principalmente, en el campo de la salud pública²³⁹. Esta rama de la medicina tenía un rol central debido a que la diarrea, la enteritis, la neumonía, la malaria, la nefritis y la tuberculosis —en suma, las epidemias y las infecciones— eran las enfermedades que más cobraban vidas en el territorio nacional²⁴⁰. Por esa razón, la higiene no solo incidió en la arquitectura del manicomio²⁴¹, sino que funcionarios del Ministerio visitaban esta institución para revisar las condiciones de salubridad de las instalaciones, e, hipotéticamente, averiguar sobre la alimentación de los internos. Aunque esta entidad era la encargada de organizar campañas contra el consumo de alcohol, no hay registro de que haya influido en el tratamiento de los pacientes del manicomio diagnosticados con alcoholismo.

Lo interesante es que, según los informes de la Junta de la Beneficencia de 1939, 1940, 1941 y 1945, la fiscalización e inspección de los establecimientos de la Beneficencia por parte de diferentes entes de control del gobierno no se tradujo en aportes económicos significativos. Según el artículo 34 de la ordenanza 21 de 1921, el departamento de Cundinamarca debía ceder a la Beneficencia el 25% de la renta de licores, degüello, y tabaco; las ganancias producidas por la lotería de la Beneficencia de Cundinamarca, y 5% de las demás rentas del departamento²⁴². Sin embargo, en el informe de 1941 el síndico de la Junta General informó que el departamento únicamente entregaba las ganancias de la lotería²⁴³. De igual forma, la Beneficencia no recibía por parte del gobierno central los recursos asignados según lo

²³⁸ Cundinamarca, *Compilación de Leyes y Ordenanzas de La Beneficencia*.

²³⁹ Abel, *Ensayos de Historia de La Salud En Colombia 1920-1990*, 74.

²⁴⁰ Abel, *Ensayos de Historia de La Salud En Colombia 1920-1990*, 238.

²⁴¹ Según Abel, “la ingeniería y la arquitectura tuvieron en cuenta a la medicina para pensar en estructuras en juego con las políticas de higiene: contenedores de agua, viviendas ventiladas, etc.” Abel, *Ensayos de Historia de La Salud En Colombia 1920-1990*, 86-92.

²⁴² Cundinamarca, *Compilación de Leyes y Ordenanzas de La Beneficencia*.

²⁴³ Beneficencia de Cundinamarca, *Informe que rinde la Junta general de Beneficencia de Cundinamarca a la Asamblea general en sus sesiones de 1941* (Bogotá: Imprenta de la luz, 1941) 86.

establecido en el presupuesto. Aunque el objetivo original de la Beneficencia era que el Estado se hiciera responsable de los asuntos de los menos privilegiados del país, en realidad, su contribución económica apenas cubría el 30% de los gastos de esta entidad²⁴⁴.

Sumado a ello, el gobierno central, Bogotá, los departamentos y otras instituciones habían contraído deudas con esta institución por los servicios que les prestaba haciéndose cargo de sus “enfermos, desamparados y menesterosos”²⁴⁵. En 1940 los departamentos solo abonaron el 4% del costo total²⁴⁶. Ese mismo año Bogotá y Cundinamarca adeudaban el 28% del costo de los servicios de la Beneficencia²⁴⁷. La Policía Nacional, el Ministerio de Justicia y la Empresa de Ferrocarriles Nacionales también se encontraban en mora. Pese a ello, la Beneficencia debía seguirles prestando sus servicios, pues tenía una obligación contractual con ellos.

Dicha mora causó una crisis fiscal que afectó el funcionamiento de las instituciones subordinadas a la Beneficencia e impidió su progreso. Por ejemplo, en 1941 la Beneficencia tuvo que usar parte de los ingresos que se destinaban para reconstrucciones y mejoras en los establecimientos, para cubrir los gastos que generaban los enfermos de otras partes del país²⁴⁸. No había más remedio que sostenerse mediante las entradas económicas extraordinarias, como donaciones de predios, haciendas o capital.

Aunque no hay copia de los informes de la década de 1950, fuentes alternativas sugieren que la crisis financiera se extendió hasta este periodo e, incluso, hasta la década de 1960. En el informe de 1969, el síndico llegó a la conclusión, basándose en los informes de los años anteriores, de que la crisis financiera de la Beneficencia era de larga data. Según su análisis, uno de los factores que afectaban profundamente la economía de la Beneficencia eran las deudas acumuladas por los departamentos. El síndico las consideraba un “viejo y molesto problema”²⁴⁹ y una “pesada herencia”²⁵⁰. No resulta sorprendente que los mismos

²⁴⁴ Teresa Gutiérrez, “Pobres los pobres: debates políticos alrededor de la beneficencia de Cundinamarca en 1910 y 1920. Una aproximación desde el Estado colombiano”, *Historia y sociedad*, n.º 26 (2014).

²⁴⁵ Beneficencia de Cundinamarca, *Informe que rinde la Junta general de Beneficencia en 1941*, 15.

²⁴⁶ Beneficencia de Cundinamarca, *Informe que rinde la Junta general de Beneficencia en 1941*, 77.

²⁴⁷ Beneficencia de Cundinamarca, *Informe que rinde la Junta general de Beneficencia en 1941*, 77.

²⁴⁸ Beneficencia de Cundinamarca, *Memoria de la Junta general a la honorable Asamblea*. (Bogotá: Imprenta de la luz, 1942), 44.

²⁴⁹ Beneficencia de Cundinamarca, *Informe de la Junta general de la Beneficencia de Cundinamarca y del síndico gerente a la honorable Asamblea departamental*. (Bogotá: Departamento de Cundinamarca, 1969).

²⁵⁰ Beneficencia de Cundinamarca, *Informe de la Junta general de la Beneficencia de Cundinamarca*, 4.

funcionarios de la institución manifestaran que, por el escasísimo personal, el hacinamiento y la desorganización, fuera imposible llevar una labor científica y asistencial en las instituciones subordinadas a la Beneficencia²⁵¹.

De esta manera, la crisis económica era el estado habitual de la Beneficencia, haciendo que la mayor parte de sus recursos provinieran de donaciones. Paradójico resultado, si se tienen en cuenta los ideales liberales de responsabilidad del Estado con los cuales fue creada décadas antes. Como también lo pudo constatar la *Unitarian Medical Mission* en 1948: los manicomios en el país no contaban “con apoyo, inspección o personal de la ciudad o el Estado”²⁵². Pese a la inspección y vigilancia que diferentes instituciones ejercían sobre el Manicomio, a la larga su funcionamiento dependía en gran medida de la caridad cristiana encausada a través de una institución que no había logrado hacer del Estado un responsable eficaz de la salud de sus pacientes.

Organigrama del Manicomio de Varones de Sibaté

Para ejecutar sus funciones, la junta de la Beneficencia mantenía contacto constante con los directores de los manicomios, hospitales y hospicios. Tal y como en la junta, en la dirección del manicomio había representantes del gremio religioso y el médico. Dichos cargos correspondían con un director científico, que solía ser un psiquiatra de renombre que debía estar al pendiente de los pacientes e introducir las innovaciones médicas que fueran surgiendo, y un director administrativo, que solía ser un sacerdote encargado de vigilar el funcionamiento operativo y financiero del manicomio²⁵³.

Al director científico estaban subordinados los médicos internos y externos, provenientes de la Universidad Nacional, y otros profesionales del área de la salud como los odontólogos, los médicos de los órganos de los sentidos²⁵⁴ y los médicos encargados del servicio de

²⁵¹ Beneficencia de Cundinamarca, *Memoria de la Junta general a la honorable Asamblea de 1942*, 28.

²⁵² George Humphreys II, *Unitarian Medical Mission to Colombia. October 15- November 10, 1948*, (Boston: Medical Projects, 1948), 30.

²⁵³ Beneficencia de Cundinamarca. *Memoria de la Junta General de Beneficencia a la honorable Asamblea* (Bogotá: Editorial Minerva, 1945), 64.

²⁵⁴ Beneficencia de Cundinamarca, “Contratos del personal científico. Dr. Pablo Sánchez San Miguel, médico de órganos de los sentidos del manicomio”, Sibaté, 1948, Archivo de la Beneficencia de Cundinamarca, Bogotá, Sección indeterminada, Fondo indeterminado, Serie indeterminada, legajos indeterminados, hojas sueltas.

electrochoques²⁵⁵. Los internos eran los médicos que permanecían día y noche en el hospital. Al terminar su internado se convertían en expertos en psiquiatría ante el mundo médico, de modo que su estancia laboral en el manicomio los especializaba en esta rama de la medicina²⁵⁶. Los médicos externos trabajaban medio día y con el tiempo ascendían al internado. Ambos eran responsables de examinar, diagnosticar y tratar a los pacientes del manicomio. En este proceso, ponían a prueba sus conocimientos sobre las enfermedades mentales, realizaban investigaciones sobre ellas y experimentaban al aplicar a los pacientes tratamientos novedosos provenientes del extranjero.

Pese a sus esfuerzos, el personal médico era muy escaso para la cantidad de pacientes en el Manicomio. En 1940, se trataron a 1493 personas²⁵⁷; en 1944, a 1778²⁵⁸; y en 1949, a 1170²⁵⁹. Para su atención no se disponía de muchos médicos: en 1941 había cinco médicos²⁶⁰, y en 1944, dos²⁶¹. De todos ellos, solo dos eran psiquiatras. Del cuidado cotidiano se encargaban los hermanos hospitalarios, que eran aproximadamente doce. Es preciso señalar que para 1948 había solamente diez psiquiatras en el país, según la *Unitarian Medical Mission*²⁶².

Bajo las órdenes del director administrativo se encontraban el capellán del manicomio y los hermanos hospitalarios de la Orden de San Juan de Dios, quienes se especializaban en el cuidado de pacientes psiquiátricos²⁶³ en la escuela que el manicomio había dispuesto para ingresar al noviciado y aprender sobre ello²⁶⁴. Posteriormente, algunos de ellos estudiaron en España o Francia, donde perfeccionaron sus conocimientos en este campo²⁶⁵. También, los empleados responsables de las labores logísticas y de vigilancia, como los cocineros, los

²⁵⁵ Beneficencia de Cundinamarca, “Contratos del personal científico. Dr. Guillermo Sierra, médico técnico de electroterapia del manicomio”, Sibaté, 1948, Archivo de la Beneficencia de Cundinamarca, Bogotá, Sección indeterminada, Fondo indeterminado, Serie indeterminada, legajos indeterminados, hojas sueltas.

²⁵⁶ Así se reglamentó luego de la visita de la misión médica francesa, en los años treinta. Véase: Emilio Quevedo et al, *Historia de la medicina en Colombia. De la Práctica Liberal a la Socialización Limitada (1918-1975)* (Bogotá: Grupo Editorial Norma, 2010), 80.

²⁵⁷ Beneficencia de Cundinamarca, *Informe que rinde la Junta general de Beneficencia en 1941*, 73.

²⁵⁸ Beneficencia de Cundinamarca. *Memoria de la Junta General de Beneficencia de 1945*, 32.

²⁵⁹ Anónimo, “Noticiero de Sibaté”, *Ecos hospitalarios* n.º 4 (1949) 154.

²⁶⁰ Beneficencia de Cundinamarca, *Informe que rinde la Junta general de Beneficencia en 1941*, 118.

²⁶¹ Beneficencia de Cundinamarca. *Memoria de la Junta General de Beneficencia de 1945*, 34.

²⁶² George Humphreys II, *Unitarian Medical Mission to Colombia. October 15- November 10, 1948*, (Boston: Medical Projects, 1948).

²⁶³ Anónimo, “Presentación”, Órgano cultural de la Orden de San Juan de Dios. *Hospitalarios* n.º 33 (1956) 2.

²⁶⁴ Anónimo, “De los cuerpos a las almas”, *Revista ecos hospitalarios* n.º 1-3 (1949) 192.

²⁶⁵ Benjamin Otero, “Manicomio de Varones de Sibaté,” *Instantáneas Médicas* n.º 26 (Bogotá), 1957, 6.

panaderos, los directores de los laboratorios, los escribientes, los barberos, los conserjes, las lavanderas, las costureras, los choferes y los serenos²⁶⁶. Cada uno de ellos tenía una función específica que permitía que el manicomio siguiera en funcionamiento.

En 1939, la Junta ordenó que debían contratarse sociólogos para trabajar dentro de los manicomios. Esta era una práctica usual en la época, pues dichos profesionales solían conformar los equipos médicos. A propósito, el médico liberal Laurentino Gómez afirmó que su utilidad residía en que los sociólogos podían comprender “la salud, las costumbres, la situación mental y moral y el conjunto de virtudes cívicas o de vicios” de los pacientes, en el marco de los problemas que experimentaba el país²⁶⁷. Sin embargo, en las fuentes no hay evidencia de que se haya contratado a estos profesionales, probablemente porque debido al hacinamiento y la escasez de personal que caracterizó a los manicomios se priorizó la introducción de terapéuticas y procedimientos que pudieran realizarse con rapidez y de forma masiva.

Travesía hacia el Manicomio

La Oficina Central de Asistencia Pública recibía a quienes necesitaban hacer uso de los servicios prestados por la Beneficencia. Desde allí, las personas eran conducidas a una institución particular, según su perfil y sus necesidades²⁶⁸. Según la Ordenanza 51 del 11 de mayo de 1921, los individuos con indicios de padecer una enfermedad mental eran examinados por los médicos legistas, quienes determinaban si el paciente debía ser remitido al manicomio. Si la respuesta era afirmativa, la Beneficencia expedía una boleta de entrada que, según la normativa, era imprescindible para ingresar a dicha institución²⁶⁹. Sin embargo, en varias ocasiones, los psiquiatras del Manicomio de Varones de Sibaté no encontraron

²⁶⁶ Administración general de la Beneficencia de Cundinamarca, “Lista de servicios asistenciales del Manicomio de Varones de Sibaté”, Sibaté, enero de 1942, Archivo de la Beneficencia de Cundinamarca, Bogotá, Sección indeterminada, Fondo indeterminado, Serie indeterminada, legajo indeterminado, hojas sueltas.

²⁶⁷ Beneficencia de Cundinamarca, *Informe de la Junta general de la Beneficencia de Cundinamarca y del síndico gerente a la honorable Asamblea del departamento en sus sesiones de 1939*, (Bogotá: Editorial Santafé, 1939), 36.

²⁶⁸ Las autoridades de policía del Departamento tienen la obligación de hacer capturar, para ser recluidos en el Sanatorio, a todos los enfermos toxicómanos. Véase en: Cundinamarca, *Compilación de Leyes y Ordenanzas de La Beneficencia*.

²⁶⁹ Cundinamarca, *Compilación de Leyes y Ordenanzas de La Beneficencia*.

síntomas mentales en los pacientes enviados por la Oficina de Medicina legal. Esta situación tiene dos explicaciones posibles. En ambas, el manicomio fungía como una institución de control ante sujetos anormales y, en ocasiones, violentos.

La primera explicación consiste en que el examen preliminar de los médicos legistas era reglamentario en la teoría, pero no en la práctica. Esta hipótesis tiene respaldo documental. Según el psiquiatra Luis Alejandro Cárdenas, antes de 1962, fecha en la que se inauguró el servicio de consulta externa del manicomio, a los pacientes se les declaraba enfermos mentales y se los trasladaba al manicomio sin una revisión previa a su ingreso²⁷⁰. Esta fue una de las razones por las que se creó la sala de consulta externa, gracias a la cual disminuyeron las hospitalizaciones injustificadas, y con ello, los gastos²⁷¹.

La segunda explicación es de índole técnica: si los médicos legistas no tenían certeza acerca del estado mental de un sujeto, lo enviaban al manicomio para que los psiquiatras corroboraran sus sospechas a través de la observación clínica. El caso de Remigio Salcedo es ejemplo de ello. Este hombre se involucró en una riña familiar en estado de embriaguez, por lo que los médicos legistas lo enviaron al manicomio²⁷². Sin embargo, luego de que el estado de alcoramiento cediera, los médicos del Manicomio encontraron que Remigio no presentaba signos mentales patológicos, por lo que le dieron de alta rápidamente, afirmando que se trataba de un “caso de policía”²⁷³. Aunque los diagnósticos de ambas prácticas no coincidieron, lo que hay que destacar es que las pericias psiquiátricas y las legales se aliaron para capturar y examinar a sujetos como Remigio con el fin de determinar si se trataba de un ebrio inocuo o un peligro para la sociedad²⁷⁴.

Después de obtener la boleta de entrada, los pacientes eran conducidos a un lugar transitorio, conocido como el “depósito de locos”. Su espacio estaba compuesto por un patio con diez

²⁷⁰ Beneficencia de Cundinamarca, “Boletín del cincuentenario del Hospital Neuropsiquiátrico Julio Manrique”, Bogotá, 1987, Archivo de la Beneficencia de Cundinamarca, Bogotá, 14.

²⁷¹ Beneficencia de Cundinamarca, “Boletín del cincuentenario del Hospital Neuropsiquiátrico Julio Manrique”, 14.

²⁷² “Historia 29156”, Sibaté, 1956, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja sin numerar, folios sueltos.

²⁷³ “Historia 25753”, Sibaté, 1955, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja sin numerar, folios sueltos.

²⁷⁴ Ana Isabel Cadavid Castrillón, “Los locos también hacen historia”, *Salus. Historia de la salud* 1, n.º 1 (2015): 34.

celdas de un metro cuadrado que tenían una puerta con una pequeña ventanilla. Allí permanecían encerrados hasta que eran trasladados al manicomio.

Arquitectura y enfermedad mental

Idelfonso Fonfría vivía en Girardot, Tolima, con sus padres. Fue aprehendido por un policía que lo encontró delirante y agresivo en el espacio público. Debido a ello, fue trasladado al Manicomio de Varones de Sibaté, al cual ingresó con la boleta de entrada número 524, el 12 de julio de 1955. Como no fue posible contactar a sus acudientes, fue internado en el asilado común, que tenía varios pabellones. Idelfonso ingresó al pabellón San Rafael, pues presentaba una agitación delirante ansiosa transitoria. Sin embargo, eventualmente tuvo que ser trasladado hacia el pabellón San Camilo, debido a que se golpeaba la cara con los puños, impulsos autoagresivos destructivos, que, según el psiquiatra, lo convertían en un problema de difícil solución²⁷⁵.

Así como Idelfonso Fonfría, los pacientes restantes eran ubicados en diferentes pabellones en función de varios criterios. El primero era su capacidad de pago. Al asilado común eran conducidos quienes, a causa de su pobreza, recibían atención gratuita. La Beneficencia de Cundinamarca o el departamento del que procedían se hacían cargo de su manutención y, a cambio, debían trabajar en el manicomio atendiendo, incluso, a los pacientes adinerados²⁷⁶. Idelfonso Fonfría ingresó al asilado común debido a que la institución no logró comunicarse con un familiar que pagara una mensualidad para que tuviera una estancia más cómoda. Por el contrario, quienes pagaban una mensualidad permanecían en el pabellón de pensionistas, que se dividía en tres categorías. Aunque los pacientes que pertenecían a la primera categoría contaban con mayores privilegios, todos los pensionados podían acceder a cocineros, enfermeros y psiquiatras que trabajaban exclusivamente a su servicio, así como servicio de lavandería y habitaciones individuales²⁷⁷.

²⁷⁵ “Historia 25892”, Sibaté, 1955, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja sin numerar, folios sueltos.

²⁷⁶ “Historia 2671”, Sibaté, 1955, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 5, folios sueltos.

²⁷⁷ Administración general de la Beneficencia de Cundinamarca, “Lista de servicios asistenciales. Salarios por servicios domésticos del mes de enero del asilo de locos”, Sibaté, enero de 1940, Archivo de la Beneficencia de Cundinamarca, Bogotá, Sección indeterminada, Fondo indeterminado, Serie indeterminada, legajo indeterminado, hojas sueltas.

El segundo criterio de clasificación era el estado mental de los pacientes, que eran organizados en dos categorías: crónicos y agudos²⁷⁸. Los pacientes crónicos eran aquellos que habían padecido una enfermedad mental durante más de un año y medio. Debido a ello, solían presentar síntomas mayores, como alucinaciones, exaltación psicomotora y comportamientos violentos²⁷⁹. En otras palabras, eran pacientes de difícil manejo. Los pacientes crónicos eran trasladados al pabellón San Camilo. Por su parte, los pacientes agudos no habían sufrido su enfermedad durante un periodo prolongado, sino en tramos pasajeros. Dichos pacientes eran recluidos en el pabellón San Rafael²⁸⁰. Por último, los pacientes que sufrían de enfermedades somáticas eran tratados en el pabellón San Juan de Dios²⁸¹. Esto explica que Idelfonso haya pasado del pabellón de agudos al de crónicos, ya que comenzó a autolesionarse y, por ello, se convirtió en un paciente difícil de manejar.

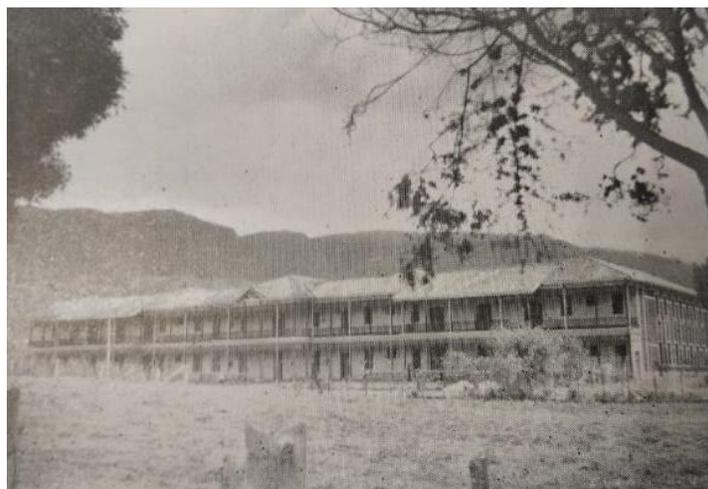


Figura 2. Pabellón San Rafael, Manicomio de Varones de Sibaté.

²⁷⁸ Otero, “Manicomio de Varones de Sibaté,” 6.

²⁷⁹ Se hace explícito que el paciente tiene esquizofrenia crónica y que por eso debe ser recluido en el pabellón de crónicos, llamado San Camilo. “Historia 29165”, Sibaté, 1958, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 6, folios sueltos.

²⁸⁰ “Fue trasladado al pabellón San Camilo por estar permanentemente golpeándose. 18/09/1957. Este paciente fue trasladado del pabellón de San Rafael por haber entrado nuevamente en agitación delirante ansiosa, tal como en otras ocasiones había sucedido. El paciente llora, se lamenta amargamente, se queja, se golpea a sí mismo”. En: “Historia 25892”, Sibaté, 1955, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 5, folios sueltos.

²⁸¹ Campo Moreno, “Manicomio de varones de Sibaté”, Revista órgano cultural de la Orden de San Juan de Dios. Hospitalarios 3 (1956) 34.

Fuente. Revista órgano cultural de la Orden de San Juan de Dios. Hospitalarios²⁸².

También había pacientes criminales que fueron reclusos en el Manicomio porque, para los médicos legistas y los psiquiatras, la causa subyacente a sus acciones era una enfermedad mental. Dichos pacientes eran confinados en el patio de sindicados, pues según los psiquiatras representaban un potencial peligro, incluso para los internos restantes. Sin embargo, el patio de sindicados no contaba con las instalaciones adecuadas para prevenir que se fugaran, lo cual fue señalado como un problema en diversas ocasiones por el personal del Manicomio²⁸³.

En la práctica, los pabellones en sí mismos eran un operador terapéutico²⁸⁴, ya que facilitaban la clasificación de la multiplicidad anómala según sus síntomas con arreglo a controlar su conducta y tratar sus desviaciones. Asimismo, la disposición panóptica de los pabellones incentivaba su continua inspección y vigilancia²⁸⁵. La agresividad era un síntoma entre muchos, aunque determinante en la clasificación espacial de los pacientes, la planificación de la arquitectura y la búsqueda del aislamiento de los pacientes peligrosos en el pabellón de crónicos o el patio de sindicados. En el Manicomio la violencia era pues administrada como parte de la enfermedad mental de los internos.

La distribución de los pacientes en función de sus recursos monetarios suscitaba una división que encadenaba y condenaba a la precariedad a quienes no tenían dinero para acceder al pabellón de pensionados. En una escala de distribución, la organización basada en los aportes económicos superaba en importancia a la sintomatológica, en tanto las oportunidades de movilidad eran nulas para aquel que fuera del manicomio pertenecía a una clase social baja. Aunque al ingresar al manicomio los pacientes eran despojados del rol social que cumplían en el exterior²⁸⁶, esta clasificación espacial les permitía conservar su posición social extramuros.

²⁸² Campo Elías Moreno, “Manicomio de varones de Sibaté”, Revista órgano cultural de la Orden de San Juan de Dios. Hospitalarios 3 (1956) 34.

²⁸³ Beneficencia de Cundinamarca, *Informe que rinde la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca a la Asamblea General en sus sesiones de 1945* (Bogotá: Imprenta de la luz, 1945).

²⁸⁴ Michael Foucault, *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión* (México: Siglo XXI, 2009), 202.

²⁸⁵ Foucault, *Vigilar y castigar*, 228.

²⁸⁶ Ervin Goffman, *Internados. Ensayo Sobre La Situación Social de Los Enfermos Mentales* (Buenos Aires: Amorrortu editores, 2001).

Espacios comunes

A pesar de esta compleja distribución en pabellones, desde el norte del manicomio todos los pacientes tenían en común una vista “muy pintoresca con las dilatadas y tranquilas aguas de la represa del Muña [...] y amenos jardines y avenidas sombreadas por árboles frondosos que convidan al reposo y a la meditación”²⁸⁷. El embalse del Muña, que fue construido en 1944, acompañaba bellamente el paisaje de jardines, rayos del sol y cadenas montañosas, desde las cuales descendía el aire fresco. La disposición arquitectónica del manicomio les permitía a los pacientes gozar de este espectáculo, no sin intención. Para la arquitectura, la luz y el aire eran esenciales para la vida y la salud; por consiguiente, instituciones como los manicomios debían ser construidos “no muy alejados de la ciudad, pero sí lo suficiente como para que la vista de un paisaje campestre contribuyese a distraer al enfermo y a calmar su espíritu”²⁸⁸.

En historia de la locura en la época clásica²⁸⁹, Foucault menciona la recurrente relación entre el agua y la locura. Este líquido purificador amparaba la *Nef des Fous*, la nave de los locos, embarcaciones que transportaban de una ciudad a otra los cargamentos de insensatos en Europa, durante el Renacimiento. También servía como el medio por el cual pilotaba “el alma como una barquilla abandonada, que navega por un mar infinito de deseos, por el campo estéril de las preocupaciones y de la ignorancia”²⁹⁰. Para la sociedad colombiana, los sujetos transgresores que habitaban el manicomio iban como barquillas deambulantes, y por ello necesitaban un viento o un capitán de barco que los encauzara por el camino correcto. En este proceso, la estructura física organizó y facilitó el proceso de normalización llevado a cabo por científicos y religiosos.

Otros espacios trascendentales para el funcionamiento del manicomio y para el diagnóstico y el tratamiento fueron la sala de cirugía, la enfermería, la sala de rayos X, el laboratorio, la sala para terapias de choque, la morgue, la sala de autopsias, así como la iglesia, la granja y

²⁸⁷ Otero, “Manicomio de Varones de Sibaté.”

²⁸⁸ María José Navarro, “De hospitales para el alma a dispositivos de poder: arquitectura en las instituciones psiquiátricas aragonesas (1809-1930)” (tesis para el doctorado en Historia del Arte, Universidad Nacional de Educación a Distancia, 2015), 115.

²⁸⁹ Michel Foucault, *Historia de La Locura En La Época Clásica I* (México: FCE, 1967).

²⁹⁰ Foucault, “Historia de la locura”, 26.

la sala de cine y radio.²⁹¹ Todos ellos participaron de alguna u otra manera en la elaboración de los diagnósticos o en la aplicación de los tratamientos.

Prácticas terapéuticas

La temporalidad elegida en esta tesis no solo es interesante por el conflicto político que la identificó, sino también porque marca una transición en el seno de la psiquiatría entre terapéuticas decimonónicas y alienistas, a terapéuticas biologicistas y farmacológicas. Este es pues un periodo caracterizado por un decidido intento de modernización que, a causa de la desfinanciación, el hacinamiento, los límites epistemológicos de la psiquiatría y el apego a una concepción moral de la enfermedad, no podía desprenderse del uso de cuidados custodiales. Es por esto por lo que en aquel entonces en el manicomio coexistieron terapéuticas como el aislamiento, la laborterapia, los abscesos de fijación, las terapias convulsivas y la revolucionaria clorpromazina, más conocida como largactil.

Una de las prácticas del alienismo fue el aislamiento. Según los médicos de aquella época, la reclusión era esencial en la cadena del tratamiento, pues permitía sustraer al paciente del entorno familiar y cotidiano en el que enfermó, con el fin de que el médico pudiera concentrarse en dirigir sus prácticas y técnicas en favor de la curación²⁹². Sin embargo, esta medida también protegía a la sociedad, ya que a muchos de estos enfermos se les consideraba un peligro potencial. En las 150 historias clínicas consultadas de ese periodo puede constatar que en 54 pacientes no se aplicó ningún tratamiento, ya fuera porque no tenían síntomas mentales, eran simuladores o tenían enfermedades que no requerían otro manejo. De todos estos casos puede decirse que la única intervención terapéutica aplicada fue el Manicomio mismo, su reclusión.

La laborterapia también era una terapéutica decimonónica. Esta provenía de un modelo ideado a finales del siglo XIX, en el que se pretendía transformar a los manicomios en pequeñas ciudades en las que los pacientes funcionales y tranquilos pudieran sentirse útiles,

²⁹¹ Anónimo, “Sibaté”, *Revista ecos hospitalarios*, n.º 1-3 (1949): 77.

²⁹² Luis Torres, “Tratamiento moral y condiciones de encierro en la casa de orates: los límites del proceso de medicalización en Santiago, 1852 – 1891” *Revista de Historia Social y de las Mentalidades* 18, n.º 2 (2014): 91, <https://www.revistas.usach.cl/ojs/index.php/historiasocial/article/view/2024>.

circular libremente y ser vigilados sin sentirse reprimidos²⁹³. Requería de una estructura física que separara a los locos peligrosos de los tranquilos y funcionales y de amplias zonas cultivables, ya que se basaba en el trabajo agrícola²⁹⁴.

En 1945, en el Manicomio de Varones de Sibaté se ordenó la adecuación de seis fanegadas como parcelas agrícolas para que los pacientes funcionales cultivaran cereales, tubérculos, hortalizas, árboles frutales y flores. Además, se planeaba la implementación de talleres de carpintería, ebanistería, zapatería, confección de alpargatas, sastrería, encuadernación, herrería y mecánica²⁹⁵. Sin embargo, no hay certeza de que estos talleres hayan sido instalados. A pesar de que en 1949 se publicó un artículo en la revista de la Orden de San Juan de Dios afirmando la existencia de modernos talleres mixtos en Sibaté, donde se obtenían “las más sorprendentes curaciones mentales por medio del método laborterápico”²⁹⁶, hay otras fuentes que indican que únicamente se implementó la granja. Una de ellas es el artículo *Laborterapia en un hospital psiquiátrico*, donde Álvaro Sanín aseguró que para el año 1965 no había talleres en dicha institución²⁹⁷. Las historias clínicas respaldan esta aseveración, pues allí se evidencia que a los trabajos a los que se destinaba a los pacientes cuando se les ordenaba laborterapia eran labores de aseo o agrícolas. El tipo de tareas específicas encomendadas a los recluidos según las fuentes incluyen asear el apartamento del médico residente, las oficinas o los corredores; servir los alimentos a los pacientes restantes; lavar los carros de los médicos; hacer mandados; servir como guías de los visitantes los días feriados; atender y asear el pabellón de los enfermos pensionistas y cortarles el cabello a los otros internos²⁹⁸.

²⁹³ Véanse María José Correa Gómez, "De la casa de orates al *Open Door*: el paisaje del proyecto asilar chileno, 1852-1928", *Asclepio: Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* 69, n.º 2 (2017): 9. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2017.15>. Laura Vanadia, "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* 18, n.º 2 (2021): 109, <http://dx.doi.org/10.32467/issn.1982-1492v18n1p106-119>.

²⁹⁴ Vanadia, "Laborterapia en el *Open Door* de Oliva", 110.

²⁹⁵ Beneficencia de Cundinamarca, *Informe que rinde la Junta General de 1945*, 82.

²⁹⁶ Anónimo, "Sibaté", *Revista ecos hospitalarios* 1-3 (1949): 79.

²⁹⁷ Álvaro Sanín, "Laborterapia en un hospital psiquiátrico", *Revista Latinoamericana de Psicología* 8, n.º 3 (1976), 496, <https://www.redalyc.org/pdf/805/80580318.pdf>.

²⁹⁸ "Historia 29046", Sibaté, 1958, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 6, folios sueltos. "Historia 77463", Sibaté, 1958, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja sin numerar, folios sueltos. "Historia 27082", Sibaté, 1956, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca,

La asignación de una labor implicaba el disciplinamiento del cuerpo del paciente a través de la sujeción a horarios y metas de trabajo. Aunque los internos no recibían remuneración alguna²⁹⁹, los psiquiatras consideraban que este ejercicio era útil pues facilitaba su reinserción a la vida laboral extramuros, donde volverían a aportar al crecimiento económico nacional. Por eso, la disposición de los pacientes para el trabajo era uno de los criterios de remisión más importantes³⁰⁰.

De acuerdo con Laura Vanadia, en Brasil, Argentina y Alemania preferían usar la “praxiterapia” o “terapia ocupacional”, pues consideraban que la laborterapia era una mala praxis enfocada en obtener réditos económicos de los pacientes en vez de buscar su mejoría³⁰¹. En dichos tratamientos a cada paciente se le asignaba una labor a partir de los resultados obtenidos de pruebas psicotécnicas y evaluaciones psicológicas que determinarían cuál era su vocación de acuerdo con el perfil de su personalidad³⁰². En el contexto colombiano, al menos en las revistas revisadas, no se debatió sobre la forma como debía aplicarse la laborterapia. Por lo tanto, no resulta sorprendente que a los pacientes del manicomio se les hayan asignado tareas en función de las necesidades operativas del manicomio y no en base a criterios psicológicos. Probablemente no era viable hacerlo de otra manera debido a que había miles de pacientes, escaso personal y pocos recursos económicos.

Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 2, folios sueltos. “Historia 2671”, Sibaté, 1955, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 5, folios sueltos. “Historia 29035”, Sibaté, 1956, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 6, folios sueltos.

²⁹⁹ En 1958 un paciente acudió por cuenta propia al manicomio debido a que “no tenía trabajo y aquí al menos le dan comida y dormida y puede ocuparse en algo, aunque sea sin remuneración. “Historia 29035”, Sibaté, 1956, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 6, folios sueltos.

³⁰⁰ En las historias clínicas revisadas encontramos varios ejemplos de ello: Leónidas Fuentes fue dado de alta porque “aunque bastante lento y deteriorado es posible que con medicación ambulatoria pueda ser útil en su casa”; Emilio Mayorga salió del manicomio porque “sus salidas en las fechas citadas han sido por mejoría, es decir, por considerársele apto para volver al trabajo”. Los pacientes más avezados en su oficio eran dados de alta y contratados por el manicomio. “Historia 5062019”, Sibaté, 1958, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 6, folios sueltos. “Historia 29044”, Sibaté, 1958, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 6, folios sueltos. “Historia 16723”, Sibaté, 1955, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 2, folios sueltos.

³⁰¹ Vanadia, “Laborterapia en el *Open Door* de Oliva”, 113.

³⁰² Vanadia, “Laborterapia en el *Open Door* de Oliva”, 112-115.

En el manicomio, se priorizaba la aplicación de tratamientos para calmar rápidamente a los pacientes con síntomas estridentes, propiciar estancias cortas y reducir el hacinamiento. Todo ello, en las limitaciones impuestas por las condiciones económicas y sociales de la institución, el número de pacientes y la escasez de personal. Estas terapéuticas no se aplicaban con el fin de curar a los pacientes, sino para apaciguar sus episodios más dramáticos masivamente y darles de alta lo más rápido posible. Los tratamientos médicos utilizados dan cuenta de la relación entre el Manicomio y la ciencia médica de su tiempo. Más que responder a la etiopatogenia de la enfermedad mental, estas curas eran descubiertas por accidente, y se extendían rápidamente por instituciones manicomiales que buscaban respuestas rápidas para sus pacientes. Los psiquiatras colombianos eran críticos frente a las limitaciones epistémicas del saber psiquiátrico en el que se basaban los tratamientos disponibles, como reflexiona Luis Jaime Sánchez:

En vez de partir de las patogenias hacia los tratamientos, se parte en un sentido enrevesado; rompiendo una ley científica, de estos hacia aquellas. De hecho, los resultados tienen que ser, por fuerza, inciertos. Y si se tiene en cuenta que tal conducta, ya casi que ha adquirido el aspecto de un verdadero “sistema de investigación”, debemos concluir que un enorme sector de las investigaciones psiquiátricas modernas está errado³⁰³.

El tratamiento más antiguo utilizado era el absceso de fijación, que consistía en la aplicación de trementina, una sustancia que generaba la aparición de un absceso de pus en el área de la inyección -que solía ser el glúteo- y un cuadro febril. La fiebre era el agente terapéutico, por lo debía mantenerse por aproximadamente cinco días, después de los cuales empezaba a drenarse y a tratarse el absceso. Este tratamiento empezó a usarse en Colombia en 1910 en el asilo de locas y se usó con mayor frecuencia en las primeras décadas del siglo XX, cuando aún no existían las terapéuticas convulsivas ni las farmacológicas. Aunque se recomendaba usarlo en cuadros en los que predominara la confusión, la agitación y las alucinaciones, al revisar las historias clínicas fue el único tratamiento que se utilizó explícitamente porque el

³⁰³ Luis Jaime Sánchez, “Introducción al estudio de la psiquiatría” *Anales Neuropsiquiátricos* 3, n.º 15 (1949), 948.

paciente se tornara agresivo³⁰⁴. Vale la pena además indicar que podía ser extremadamente doloroso. El enfermo generalmente “quedaba postrado en cama con impotencia funcional del miembro afectado”, y por ello es fácil encontrar fuentes que lo describen también como un método de inmovilización, en cuyo caso podía incluso aplicarse la trementina en ambos glúteos³⁰⁵. Su uso no era frecuente en el Manicomio en el periodo estudiado, pues solamente se implementó en cuatro pacientes: dos crónicos, un simulador y un agresivo.

Una de las terapias biológicas que se usó de forma masiva en el manicomio fue la insulinoterapia. En 1933 Manfred Sakel descubrió que la aplicación de altas dosis de insulina provocaba un coma hipoglucémico que, luego de un sueño profundo, causaba cambios en la conducta³⁰⁶. Se creía que el estado comatoso en el que caía el paciente desorganizaba la vida psíquica, caos a partir del cual el cerebro se reorganizaba³⁰⁷. Aunque la experimentación y calibración de este tratamiento produjo muchas muertes, la cura de Sakel o insulinoterapia se convirtió en uno de los tratamientos más usados para tratar las enfermedades mentales³⁰⁸.

En Colombia, Agusti Pastor fue el primero en implementar este tratamiento. En 1937, en el asilo de locas, aplicó la adaptación norteamericana de la cura de Sakel con fatales consecuencias³⁰⁹. Como resultado, concluyó que las dosis debían ajustarse de acuerdo con la raza, la talla y el sexo del paciente, y que era necesario tener un cuerpo especializado de enfermeros que vigilara su estado durante la aplicación³¹⁰. En 1952, en *Tratado de la clínica de las enfermedades mentales*, Luis Jaime Sánchez proporcionó instrucciones más precisas sobre los criterios de aplicación, el procedimiento y sus efectos. En principio, el tratamiento fue recomendado exclusivamente para individuos que habían sido diagnosticados con esquizofrenia, preferiblemente en la etapa aguda. La insulina debía suministrarse a diario

³⁰⁴ José Plumed y Luis Moreno, "El tratamiento de las psicosis funcionales en España a principios del siglo XX (1917-1931)", *Actas Españolas de Psiquiatría* 38, n.º 3 (2010): 164, <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/11/63/ESP/11-63-ESP-163-169-278851.pdf>.

³⁰⁵ José Pigem, "La piroterapia, las curas de choque y asociación de métodos en psiquiatría", *Anales de medicina y cirugía* 2, n.º 3 (1945), 260, <https://raco.cat/index.php/AnalesMedicina/article/view/183360>.

³⁰⁶ Jacques Postel y Claude Quérel, *La nueva historia de la psiquiatría* (Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 2001): 385.

³⁰⁷ Luis Jaime Sánchez, *Tratado de la clínica de las enfermedades mentales* (Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 1952): 283.

³⁰⁸ Jeffrey Liberman y Ogi Ogas, *Historia de la psiquiatría* (Madrid: Penguin Random House, 2016): 148-149.

³⁰⁹ Agusti Pastor, "Tratamiento de la esquizofrenia por el coma insulínico" (tesis Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional de Colombia, 1937).

³¹⁰ Pastor, "Tratamiento de la esquizofrenia por el coma insulínico".

durante dos y seis meses dependiendo del grado de avance de la enfermedad³¹¹. En las primeras semanas, el paciente debía ser amarrado a la cama debido a la fuerte agitación motora. Con el transcurso de los días, la dosis de insulina debía aumentarse gradualmente hasta inducir en el paciente un coma insulínico en el que perdería la conciencia a tal grado que ni siquiera las fuertes convulsiones lo despertarían. Aunque en esta fase se producía la curación, en el curso de su aplicación todos los órganos eran sometidos a “la más dura prueba biológica a la que puede supeditarse a un ser humano”³¹². La insulino terapia fue el segundo tratamiento más utilizado en el Manicomio en el periodo estudiado. Un total de 28 pacientes fueron sometidos a esta técnica, ya sea sola o combinada con electrochoques en los pacientes crónicos.

Luego de la insulino terapia fue introducido el cardiazol o metrazol. Este tratamiento fue desarrollado por Ladislav Meduna en 1935. Según Meduna, la epilepsia y la esquizofrenia eran enfermedades opuestas, por lo que trató a epilépticos con sangre de esquizofrénicos e indujo convulsiones artificiales a los pacientes con esquizofrenia usando cardiazol vía intravenosa³¹³. Tres años después de su descubrimiento el cardiazol fue introducido en Colombia de la mano de los reconocidos psiquiatras Julio Manrique y Luis Jaime Sánchez. Como inicialmente no sabían qué dosis debían aplicar, experimentaron con sus pacientes hasta descubrir la cantidad adecuada³¹⁴. En el Manicomio de Varones de Sibaté no se utilizó de forma sostenida de acuerdo con las historias clínicas estudiadas. Solamente en siete casos se administró este tratamiento, probablemente porque el cardiazol era la terapia convulsiva que más traumatismos y terror generaba en los pacientes.

Tras varios años de usar el cardiazol, Luis Jaime Sánchez no solo reconoció como “violentos” sus efectos, sino que aseguró que esa misma violencia hacía parte de la cura. Según el psiquiatra, durante su aplicación los gritos y las protestas eran útiles, pues favorecían la congestión de los vasos cefálicos, lo que se aprovechaba en la inyección. Los gritos eran resultado de la “violenta angustia”, “pánico” y “terror” que se reflejaba en los rostros de los pacientes ante el advenimiento de la convulsión, por lo que, tras varias sesiones,

³¹¹ Sánchez, *Tratado de la clínica*, 267.

³¹² Sánchez, *Tratado de la clínica*, 266.

³¹³ José Lopeztricas, "La historia del cardiazol", Infofarmacia, 21 julio del 2023. <http://www.infofarmacia.com/historia/la-historia-del-cardiazol>.

³¹⁴ Lopeztricas, "Cardiazol".

desarrollaban las más violentas emociones depresivas y buscaban estrategias para impedir la continuación del tratamiento³¹⁵. Por ejemplo, algunos enfermos ingerían “tierra, plantas, e incluso llegaban hasta a comerse trozos de sábanas o de almohada”³¹⁶ a sabiendas de que debían estar en ayunas para la aplicación de la inyección. De acuerdo con Luis Jaime Sánchez, era usual que de las salas dispuestas para esta terapéutica provinieran gritos que rezaban “¡Dios mío! ¡Me muero! ¡Me ahogo! ¡No más! ¡No me apliquen esa inyección de muerte! ¡Esto es una tortura!”³¹⁷ A estas sensaciones de angustia y terror les seguía la temida convulsión, que se manifestaba a través de “aducciones violentas de los brazos”, “contracciones musculares violentas” y “una feroz tensión en los ligamentos”, que podían derivar en fracturas en el fémur, el húmero y, sobre todo, en la columna vertebral y que, según el mismo Luis Jaime Sánchez, debían ser investigadas con posteriores controles radiográficos³¹⁸.

El tratamiento convulsivo más usado fue la terapia electroconvulsiva. Producto de los experimentos realizados por Hugo Cerletti, que en 1930 investigó sobre los efectos que causaban las descargas eléctricas en los animales. Así descubrió que, si aplicaba la electricidad en una ubicación específica del cráneo, el animal caía en un estado comatoso del cual finalmente se despertaba. Sus observaciones fueron la inspiración que necesitó para construir, junto a su colega Lucino Bini, un dispositivo para realizar el mismo procedimiento en seres humanos³¹⁹. Su éxito fue inmediato. Por ello, se difundió por Europa y América antes de llegar a Colombia en la década de 1940³²⁰.

Los electrochoques fueron el tratamiento más usado en el Manicomio de Varones de Sibaté, con 61 casos de los 150 estudiados en esta tesis. Económico, menos peligroso que otros tratamientos convulsivos y más fácil de aplicar, los electrochoques eran ordenados a todo tipo de pacientes. En este sentido el Manicomio seguía una tendencia notable en el país para la década de 1940: como lo registra el informe de la Unitarian Medical Mission, la unidad

³¹⁵ Sánchez, “Tratado de clínica”, 288.

³¹⁶ Sánchez, “Tratado de clínica”, 293.

³¹⁷ Sánchez, “Tratado de clínica”, 293.

³¹⁸ Sánchez, “Tratado de clínica”, 291.

³¹⁹ Jeffrey Liberman y Ogi Ogas, *Historia de la psiquiatría*, 157.

³²⁰ Luis Pacheco Yáñez et al, "Reseña histórica sobre las llamadas terapéuticas biológicas en psiquiatría", *Norte de Salud Mental* 13, n.º 52 (2015): 93, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5191745>.

más activa de los hospitales psiquiátricos en el país era aquella destinada a la terapia electroconvulsiva³²¹. Como también señala ese informe, el paciente mental en Colombia “responde a la terapia de choque o es puesto bajo cuidado de custodia con atención mínima dada a su estado físico y mental”³²².

Según Luis Jaime Sánchez, la terapia electroconvulsiva era el mejor tratamiento disponible de su época debido a varias razones³²³. La primera es que disminuía los síntomas de un rango amplio de enfermedades, como la oligofrenia, la melancolía, la psicosis maniaco-depresiva, y en los casos agudos y subagudos de esquizofrenia. Además, resultaba más económica que las otras terapias convulsivas. También se consideraba menos lesiva para los pacientes, pues causaba menos fracturas y menos angustia durante su aplicación en comparación con el cardiazol, debido especialmente a que no guardaban recuerdos del choque porque perdían la conciencia inmediatamente³²⁴.

Sin embargo, las fuentes demuestran que causaba fuertes efectos adversos que eran tramitados como consecuencias no deseadas del tratamiento. Don Hemequen Cerezo, por ejemplo, sufrió un prolapso rectal como resultado de la terapia de electrochoques, razón por la cual se suspendió su terapia³²⁵. Don Miguel López, por su parte, murió en medio de su terapia de electrochoques por una complicación cardíaca³²⁶. Estos no eran casos aislados. Alejandro Jiménez Arango y Salomón Hakim publicaron en 1945 un artículo en el que advierten sobre los factores que aumentaban o disminuían la resistencia del paciente a la corriente eléctrica, con el fin de evitar “accidentes cardíacos” como estos.

Por si fuera poco, los testimonios consignados en las historias clínicas del manicomio desmienten a los psiquiatras que afirmaban que los pacientes no experimentaban angustia durante la aplicación del tratamiento. Cuando se hacía mal uso del aparato, algunos enfermos se conservaban lúcidos y notaban el “violento cimbronazo” lo que les generaba terror³²⁷. Por

³²¹ George Humphreys II, *Unitarian Medical Mission to Colombia*, 30.

³²² George Humphreys II, *Unitarian Medical Mission to Colombia*, 35.

³²³ Postel y Quétel, *Nueva historia*, 387.

³²⁴ Jeffrey Liberman y Ogi Ogas, *Historia de la psiquiatría*, 157.

³²⁵ “Historia 27093”, Sibaté, 1956, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 6, folios sueltos.

³²⁶ “Historia 20209”, Sibaté, 1957, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja sin numerar, folios sueltos.

³²⁷ Sánchez, *Tratado de la clínica*, 298.

ejemplo, Carabalí Casas sufrió un ataque de pánico en la cuarta sesión de electrochoques, por lo que el psiquiatra ordenó aplicarle un tratamiento distinto³²⁸. Días después se fugó y, a su llegada, su hermana envió una carta al manicomio informando que había huido porque “no se había amañado por el asunto de los electrochoques”³²⁹.

Los psiquiatras sabían de estas sensaciones adversas e, incluso, llegaron a usarlas a su favor al elaborar diagnósticos. Mauricio Carvajal era un sindicado que el 1 de abril de 1955 se convirtió en paciente del Manicomio de Varones de Sibaté. Tras examinarlo, el médico anotó sobre su interacción: “adopta una expresión estúpida”, “no responde a las preguntas”, “se niega a dar su nombre”, “sin embargo, obedece dócilmente las órdenes que se le dan. No da la impresión de estar obnubilado”. Estos hallazgos le permitieron concluir de forma tentativa: “parece como si simulara”. No era la primera vez que el psiquiatra observaba un caso así. Su observación continúa consignada en la historia:

Se lleva la mano a la frente como alelado. Tratándose de un preso es muy posible que sea simulador lo que hace sospechar por lo demás el cuadro clínico. Se ordena aplicar unos electrochoques para cerciorarse de si es, o no, simulación³³⁰.

El mismo facultativo anotó en su registro como pronóstico: “se fugará tan pronto pueda”. La historia no informa sobre el resultado del electrochoque. Un día después, el 2 de abril, consigna una nueva orden: absceso de fijación. Nuevamente dejamos de tener noticias hasta una escueta nota del 22 del mismo mes y año, que dice: “se fugó. Se comprueba la hipótesis de patomímia (simulación)”³³¹. El médico consiguió lo que buscaba: un diagnóstico certero, no la curación ni el beneficio del paciente y tampoco la reducción de sus síntomas. Este uso que se hacía del tratamiento contrasta con las palabras de Luis Jaime Sánchez, quien citó a un psiquiatra francés para decir que “nunca serán suficientes las protestas contra los médicos

³²⁸ “Historia 15944”, Sibaté, 1956, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja sin numerar, folios sueltos.

³²⁹ “Historia 15944”, Sibaté, 1956, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja sin numerar, folios sueltos.

³³⁰ “Historia 17447”, Sibaté, 1955, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja sin numerar, folios sueltos.

³³¹ “Historia 17447”, Sibaté, 1955, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja sin numerar, folios sueltos.

que aplican los electrochoques de modo sistemático y desconsiderado, lo que constituye el método más seguro de desacreditar un sistema”³³².

Aunque la terapia electroconvulsiva disminuía los síntomas mentales y podía usarse de forma masiva y económica, se esperaba el descubrimiento de un tratamiento más fácil de usar, con menos efectos secundarios y que promoviera la reinserción de los pacientes en la sociedad. Por eso, el descubrimiento de la clorpromazina, comercialmente largactil, suele describirse como una revolución en el campo de la psiquiatría³³³. Su importancia fue tan significativa que su impacto suele compararse con el de la penicilina, ya que fue el primer medicamento utilizado en este campo y marcó el inicio de la era farmacológica en el tratamiento de la enfermedad mental. Aunque también tenía efectos secundarios, eran menos tenaces que los generados por la insulino terapia, el cardiazol y los electrochoques, debido a lo cual se convirtió en el tratamiento psiquiátrico por antonomasia³³⁴.

La utilidad del largactil o clorpromizina para el tratamiento de las enfermedades mentales fue descubierta por casualidad. El médico de la marina francesa Henri Laborit estaba realizando pruebas con sustancias para mejorar la sedación durante las cirugías. En el transcurso de sus investigaciones, se percató de que este medicamento producía cambios en el estado de ánimo y la conducta de los pacientes. Sin embargo, fue Heinz E. Lehmann quien introdujo su uso en el ámbito de la psiquiatría en 1952 al aplicarlo a un paciente psicótico violento con excitación motora³³⁵. Como presentó una mejoría notable, su uso se difundió rápidamente por todo el mundo y causó un brusco descenso de la población manicomial, pues debido a su fácil administración los pacientes podían ser tratados en casa. Además, servía para tratar a pacientes con diferentes patologías, como esquizofrenia, ansiedad, fobias, histeria, manía, melancolía, confusión mental, reacciones agresivas e, incluso, en

³³² Sánchez, *Tratado de la clínica*, 299.

³³³ Sandra Caponi, “Sobre la llamada revolución psicofarmacológica: el descubrimiento de la clorpromazina y la gestión de la locura”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 28, n.º 3 (2021): 662.

³³⁴ Caponi, “Sobre la llamada revolución psicofarmacológica”, 663.

³³⁵ Jeffrey Liberman y Ogi Ogas, *Historia de la psiquiatría*, 167.

postlobotomizados³³⁶. Este hallazgo permitió finalmente el tratamiento de enfermedades mentales graves con medicamentos, al igual que en otras ramas de la medicina³³⁷.

En 1953 en Colombia ya se conocía este medicamento. *Instantáneas médicas*, una revista en la que se comentaban los avances médicos extranjeros, destacó la utilidad del largactil en el campo de la psiquiatría³³⁸. Sin embargo, no fue sino hasta 1955 que se introdujo entre las prácticas terapéuticas que se utilizaban en el país. Según Concepción Zuñiga de Núñez, psicóloga de la Universidad Nacional, con su uso se obtuvieron 62% remisiones totales y 24% parciales³³⁹. Para algunos, dicha mejoría se manifestaba en la disminución de los delirios y las alucinaciones y el control de la actividad motora³⁴⁰. Para otros, consistía en la aparición de un estado de apatía e indiferencia ante los delirios y las alucinaciones que antes atormentaban al paciente³⁴¹. A pesar de que solo empezó a utilizarse a finales de la década de 1950, la clorpromazina se aplicó ampliamente en el Manicomio de Varones de Sibaté, más exactamente en 18 casos.

En la mayoría de los casos la asignación de las terapéuticas biológicas se hizo en función de la etiqueta diagnóstica, los síntomas más llamativos y el estadio de la enfermedad. En ese sentido, la violencia era solo un síntoma más a controlar dentro del espectro sintomatológico de cada diagnóstico, aunque en ella residiera en gran medida la peligrosidad social y la designación del caso como de difícil manejo.

Si bien ya se encontraban disponibles distintas opciones psicoterapéuticas en el país para el periodo estudiado, no fueron aplicadas de forma amplia en el Manicomio de Varones de Sibaté. El psicoanálisis, por ejemplo, no era utilizado por la escasez de personal, si bien hay casos en los que se registra que los pacientes pensionistas con recursos tenían acceso a

³³⁶ Concepción Zuñiga de Núñez, "Acción de la clorpromazina en los trastornos emocionales y mentales", *Revista Colombiana de Psicología* 1, n.º 1 (1956): 63.

³³⁷ Jeffrey Liberman y Ogi Ogas, *Historia de la psiquiatría*, 168-169.

³³⁸ J. Staehelin, y P. Kiehlolz "El largactil, nuevo inhibidor del sistema vegetativo, en los trastornos psíquicos", *Instantáneas médicas colombianas y del mundo entero* 6 (1953). N. Jahrgang, "El "largactil" nuevo modificador del sistema nervioso con efectos neurolepticos", *Instantáneas médicas colombianas y del mundo entero* 6 (1953).

³³⁹ Zuñiga de Núñez, "Acción de la clorpromazina ", 63.

³⁴⁰ Zuñiga de Núñez, "Acción de la clorpromazina ", 64.

³⁴¹ Sandra Caponi, "Sobre la llamada revolución psicofarmacológica", 669.

psicoterapia fuera de los muros del Manicomio³⁴². Una vez más, la ausencia de este tipo de tratamientos no era exclusiva de Sibaté, pues la Unitarian Medical Mission registra cómo en la época no había evidencia del uso regular de psiquiatría dinámica o “cualquier variedad de psicoterapia” en las instituciones de salud mental de su tipo³⁴³. Luis Jaime Sánchez en una publicación de 1949 también resiente lo que considera el “descuido de la Psiquiatría contemporánea por la psicoterapia”. “Todo se ha orientado hacia los métodos terapéuticos”, reflexiona, “que no estimulan sino una de las zonas de la personalidad: su zona corporal”. Lo que se constituye en un “grave síntoma de la decadencia de la investigación” y del “concepto del hombre en general”³⁴⁴, máxime cuando se considera que al mismo tiempo se desconoce la manera como “actúan los modernos tratamientos”.

“¡Grandes remedios para grandes ignorancias!”, concluye Luis Jaime Sánchez refiriéndose a la psiquiatría de su época³⁴⁵, dividida en una vertiente biologicista, de amplio uso y expansión, y una psicoterapéutica, que se desarrollaba particularmente en escenarios privados en los que los pacientes contaban con recursos económicos. “Psiquiatría descuartizada”, como la llama él mismo, en la que “cada cuál quería para sí algo: uno, el leucótomo; otro, el electrochoque; otro, la jeringuilla de insulina; otro, el diván analítico. Y cada cuál salía con lo suyo”³⁴⁶ para detrimento de la salud mental de los pacientes. No en vano su propuesta por una “psiquiatría psicósomática” que tuviera en cuenta ambas dimensiones de la cura, y que fuera, además, católica, ya que, en sus palabras:

(...) yo veo en una psiquiatría católica la única salvación. Porque en ninguna otra doctrina están tan ajustados los fines y estos medios que los predicen. Porque una psiquiatría católica tiene en sus manos las más grandes fuentes que toda psicoterapia humana puede pedir³⁴⁷.

³⁴² “Historia 26225”, Sibaté, 1955, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 2, folios sueltos.

³⁴³ George Humphreys II, *Unitarian Medical Mission to Colombia*, 35.

³⁴⁴ Luis Jaime Sánchez, “Introducción al estudio de la psiquiatría” *Anales Neuropsiquiátricos* 3, n.º 15. (1949): 969.

³⁴⁵ Sánchez, “Introducción al estudio de la psiquiatría”, 946-947.

³⁴⁶ Luis Jaime Sánchez, “Orientaciones y desorientaciones de la psiquiatría en Colombia” *Anales Neuropsiquiátricos* 9, n.º 35 y 36 (1955): 19-20.

³⁴⁷ Sánchez, “Orientaciones y desorientaciones de la psiquiatría en Colombia”, 19-20.

La lobotomía, también llamada leucotomía o psicocirugía, era un tratamiento que se reservaba para los casos de mal pronóstico, como “la última carta a jugar”³⁴⁸. Consistía en trepanar el cráneo para luego seccionar la sustancia blanca del lóbulo frontal con el fin de destruir las conexiones cerebrales anómalas, para que se reintegraran por nuevas y diferentes vías³⁴⁹. Los psiquiatras de la época creían que este procedimiento disminuía síntomas como preocupación, angustia, despersonalización, sueños terroríficos, desesperanza, alucinaciones y delirios³⁵⁰. No obstante, tras la intervención, la personalidad del paciente experimentaba cambios significativos, no solo por la reducción de la respuesta afectiva, sino también por la falta de tacto, puerilidad, petulancia y desinterés por los eventos nuevos que solía caracterizar a los postlobotomizados³⁵¹. En el país, las primeras lobotomías se realizaron en 1942 en el Asilo de locas de Bogotá. Al parecer, en el Manicomio de Varones de Sibaté este tratamiento no se practicaba, o no con recurrencia. Entre las 150 historias clínicas analizadas, solo en un caso se recomendó la lobotomía, después de que todas las terapias convulsivas se aplicaran repetidamente sin mostrar mejoría. Sin embargo, no se pudo llevar a cabo el procedimiento debido a la falta de un neurocirujano, probablemente por problemas de financiamiento en la institución³⁵².

En el Manicomio de Varones de Sibaté este arsenal de medidas terapéuticas se integraba con una concepción religiosa del cuidado y la asistencia. Como ya se mencionó, eran los hermanos hospitalarios los encargados de brindar atención cotidiana a los pacientes. El Manicomio no era pues un espacio solamente médico. Las celebraciones religiosas eran comunes y muy importantes en el día a día de todos los habitantes del lugar. Oficiadas por el sacerdote y los hermanos hospitalarios se celebraban por motivos varios, como el día de San Juan de Dios, el día patronal del Reverendo Benjamín, la Semana Santa, la pasión de Cristo, la Pascua de resurrección, el mes del Sagrado Corazón de Jesús, el mes de la Virgen María, la fiesta del Corpus Christi, la festividad de San Pedro y el día de San Juan Bautista³⁵³.

³⁴⁸ Francisco Lourido, “Tratamiento quirúrgico de algunos trastornos mentales” *Revista de la Facultad de Medicina* 19, n.º 4 (1950): 144, <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/30934>.

³⁴⁹ Mario Camacho, “Lóbulos frontales y psicocirujía” *Anales Neuropsiquiátricos* 1, n.º 1 (1942): 74.

³⁵⁰ Mario Camacho, “Lóbulos frontales y psicocirujía”, 83.

³⁵¹ Mario Camacho, “Lóbulos frontales y psicocirujía”, 83.

³⁵² “Historia 25892”, Sibaté, 1955, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 5, folios sueltos.

³⁵³ Anónimo, “Noticiero de Sibaté”, *Revista ecos hospitalarios* 1, n.º 6 (1949): 250.

Aunque a dichos cultos asistían únicamente los pacientes tranquilos, se instalaban micrófonos y parlantes por todo el manicomio, con el fin de que en todos los rincones de sus instalaciones pudiera oírse el sermón religioso³⁵⁴.

Aunque no se menciona explícitamente al sermón como un tratamiento, de acuerdo con los hermanos hospitalarios, las enfermedades mentales eran atribuidas al pecado original cometido por la humanidad a través de Adán y Eva. Por lo tanto, consideraban fundamental que la palabra de Dios y los principios cristianos tuvieran un impacto transformador en los pacientes³⁵⁵. Además, en su publicación periódica se presentó el testimonio de un paciente que experimentó la curación de su enfermedad mental debido a las reflexiones que le habían inspirado las palabras de los novicios³⁵⁶. El tratamiento médico paralelo al cuidado religioso era común en las prácticas psi de la época en Colombia. No en vano, la misión norteamericana que visitó el país en 1948 planteó que tanto la población colombiana como los psiquiatras tenían una perspectiva en la que las enfermedades mentales se consideraban como consecuencia del pecado moral, siendo percibidas como un castigo impuesto por la ira divina³⁵⁷. Dicha noción de la anormalidad mental se evidenció en el uso de terapia religiosa dentro del manicomio, así como celebraciones católicas y sermones.

Además de las celebraciones religiosas, en el manicomio se realizaban actividades culturales para los pacientes. Los hermanos hospitalarios seleccionaban cuidadosamente películas que proyectaban en el cinematógrafo³⁵⁸ y dirigían la planeación de obras de teatro con motivo religioso interpretadas por los internos³⁵⁹. La inspección religiosa de estas actividades era indispensable pues según la higiene mental, las personas ignorantes, con mentalidad inferior e hiperemotivas podían verse mal influenciadas por narraciones o proyecciones con contenido violento, sádico, masoquista o erótico³⁶⁰. En contraposición, se recomendaba la exposición a producciones culturales de contenido educativo y religioso que alimentaran el

³⁵⁴ Moreno, "Manicomio de varones de Sibaté", 34.

³⁵⁵ Anónimo, "De cómo se curan las almas", *Revista ecos hospitalarios* 1, n.º 5 (1949): 192.

³⁵⁶ Anónimo, "De cómo se curan las almas", 192.

³⁵⁷ George Humphreys II, *Unitarian Medical Mission to Colombia*, 36.

³⁵⁸ Anónimo, "Noticiero de Sibaté", *Revista ecos hospitalarios* 1, n.º 3 (1949): 154.

³⁵⁹ Beneficencia de Cundinamarca, *Informe que rinde la Junta General de Beneficencia de 1945*, 85.

³⁶⁰ Jairo Gutiérrez, *Locura y sociedad*, 262-263; véase también Guillermo Uribe Cualla, "Problemas sociales de la comunidad", *Revista Colombiana de Medicina Legal y Ciencias Forenses* 15, n.º 83-84 (1959): 58.

espíritu y perfeccionaran los sentimientos afectivos³⁶¹. También se usó la música como medida terapéutica para el alma de los enfermos, que por el sistema de parlantes escuchaban “las dulces y poéticas melodías de la música”, y noticias nacionales e internacionales. Todo esto se hacía con el fin de que gozaran de las “comodidades de los pueblos civilizados”, para contribuir a su bienestar físico y moral y a su recuperación³⁶². Sin embargo, es probable a causa de las condiciones en las que funcionaba el manicomio pocos pacientes hayan podido disfrutar de la totalidad de estas actividades.

Debido a la coexistencia de prácticas de diferente índole, la desfinanciación constante y a que se le consideraba una institución de asistencia social y no de asistencia médica, el manicomio no fue vinculado a la red hospitalaria emergente de los años cincuenta. En el segundo período presidencial de Alfonso López Pumarejo, se inició una experiencia de socialización de la medicina a través de la instauración de la Caja Nacional de Previsión del Sistema de Seguridad Social. Esta institución debía asegurar el acceso a la asistencia médica de los trabajadores y a un ingreso continuo a pesar de enfermedad, licencia de maternidad o vejez. Para hacer posible su funcionamiento, se fue creando paulatinamente una red de hospitales al servicio de los trabajadores. El manicomio no entró a esta red de hospitales porque los servicios que prestaba fueron pensados para dementes y pobres, no para la fuerza de trabajo.

En 1949 ya se había instaurado el Ministerio de Higiene, el Instituto Colombiano de Seguros Sociales y la Caja Nacional de Previsión Social, instituciones fundamentales en el desarrollo progresivo de la medicina social en Colombia. Impulsada por estos avances inicia la década de los cincuenta, en la que al igual que en los años treinta y cuarenta, había claridad respecto a la necesidad de fortalecer la estructura de la salud pública y de mejorar los hospitales. Fue por esto por lo que en 1950 se llevó a cabo el primer Plan Hospitalario Nacional, en el que se intentó sistematizar lo que antes se hacía azarosamente y de forma independiente en cada hospital. En este proyecto se manifestó el deseo de instalar equipos de rayos X, radiología y laboratorios de patología en todos los hospitales. Sin embargo, estas reformas de la década

³⁶¹ Jairo Gutiérrez, *Locura y sociedad*, 262-263; véase también Uribe Cualla, "Problemas sociales", 59.

³⁶² Anónimo, "Noticiero de Sibaté", 154.

de 1950 tampoco tuvieron impacto en instituciones como el Manicomio de Varones de Sibaté.

Las repercusiones de la desfinanciación y el desinterés estatal

A pesar de que la creación de la Beneficencia tenía como objetivo que el Estado asumiera la responsabilidad del cuidado de los más desfavorecidos del país en lugar de depender de la caridad, las instituciones vinculadas a la Beneficencia enfrentaban una falta crónica de recursos, pues la mayoría de ellos provenían de donaciones. Aunque existían contralores y revisores del Estado monitoreando constantemente el funcionamiento de los establecimientos de la Beneficencia de Cundinamarca, su presencia no se traducían en un apoyo económico regular ni en inversiones destinadas a mejorar su infraestructura y sus operaciones. Es probable que instituciones similares ubicadas en otras partes del país operaran en las mismas condiciones. Esta situación contrasta con la experiencia en México y Argentina, donde el Estado tenía una mayor participación en la administración y financiamiento de los manicomios. La falta de interés del Estado en estas instituciones podría explicar la ausencia de registros que indiquen que el Manicomio de Varones de Sibaté se haya utilizado con fines políticos. De esta observación surge una hipótesis que será explorada en el siguiente capítulo: el manicomio no fue empleado como instrumento para controlar las pasiones políticas o para patologizar a los opositores, ya que los médicos solían evitar politizar su trabajo o involucrarse en asuntos políticos, con algunas excepciones puntuales.

Si bien algunos médicos tenían cargos políticos y una participación directa en los partidos tradicionales, lo que parece regla es que la esfera de la medicina haya estado relativamente distanciada de la cruenta violencia bipartidista que se acentuó luego de 1948. O al menos eso intentaban. Por ejemplo, el primer ministro de Higiene, en 1947, Jorge Bejarano, buscó especialistas en salud pública que hubieran estudiado en el exterior y no estuvieran comprometidos políticamente ni tuvieran consultorio privado³⁶³. Según Christopher Abel, el sector de la salud tenía una libertad relativa respecto a la guerra bipartidista³⁶⁴. Esto sucedió porque la reorganización de los servicios de salud no ponía en peligro la posición de la clase

³⁶³ Abel, *Ensayos de historia de la salud en Colombia 1920-1990*, 80.

³⁶⁴ Abel, *Ensayos de historia de la salud en Colombia 1920-1990*, 119.

dirigente, y por tanto era posible lograr la imparcialidad con más facilidad que en otros ministerios.

La crisis financiera afectó la capacidad del manicomio para invertir en una infraestructura más adecuada, especialmente para aquellos pacientes que requerían una mayor supervisión y control, como los sindicados y aquellos considerados potencialmente peligrosos. A pesar de que la estructura física del Manicomio de Varones de Sibaté tenía la intención de funcionar como un centro terapéutico y, al mismo tiempo, como un espacio diseñado para vigilar y controlar a los internos, la falta de inversión llevó a que los pacientes pudieran fugarse con facilidad y de manera frecuente. Dada la situación, los psiquiatras se encontraron en una posición donde no podían hacer mucho al respecto, salvo aprovechar las fugas para confirmar diagnósticos y pronósticos de sindicados que consideraban simuladores.

Una de las características clave del Manicomio es la persistencia en su interior de prácticas científicas y médicas, a la par de prácticas decimonónicas y concepciones religiosas de la enfermedad mental. Desde las directivas hasta el personal del cuidado eran muestra de la pervivencia de varias miradas, pues en la junta y la dirección había sacerdotes y médicos, así como entre los empleados. Según la Unitarian Medical Mission, la psiquiatría colombiana no avanzaría hasta superar la concepción mística de las enfermedades mentales. Esto, sumado a la desfinanciación, hacían del manicomio una institución de asistencia social, no un hospital. Este carácter fue reafirmado administrativamente al no ser incluido en la red hospitalaria emergente en la década de 1950.

La reclusión y los tratamientos biológicos y morales fueron usados como terapéuticos en favor de la disminución y el control de los síntomas más llamativos de quienes ingresaban. Tanto el pabellón asignado como el tratamiento dependían del diagnóstico propuesto por los psiquiatras, articulando de esa manera en el manejo de los pacientes sus historias. Contradictoriamente, muchos de estos tratamientos fueron percibidos como violentos por los pacientes e, inclusive, por los mismos médicos. La insulino-terapia causaba los más terribles efectos en el cuerpo, el cardiazol generaba las más violentas emociones de angustia y terror, y los electrochoques mal usados podían hacer notar al paciente el “violento cimbronazo” de la corriente eléctrica. Tanto en el cardiazol como en los electrochoques la violencia del tratamiento fue fundamental dentro del proceso clínico que se lleva a cabo en

el manicomio, pues de ello dependía su efectividad curativa en el caso del cardiazol, y su efectividad diagnóstica respecto a los electrochoques. Aunque los psiquiatras hacían esfuerzos para calibrar estos tratamientos, ajustar sus dosis y hacerlos más seguros para los pacientes, la forma indiscriminada y sistemática como se usaron sobrepasan la noción de efectos secundarios para convertirse, tal vez, en violencia psiquiátrica. No obstante, debido a la crisis financiera, la escasez de personal y el gran número de pacientes, se optó recurrentemente por utilizar tratamientos biológicos a gran escala en lugar de enfoques individuales como la psicoterapia, ya que resultaban más prácticos y rentables.

*Los habitantes de mi aldea
dicen que soy un hombre
despreciable y peligroso
Y no andan muy equivocados*

*Despreciable y Peligroso
Eso ha hecho de mí la poesía y el amor*

*Señores habitantes
Tranquilos
que sólo a mí
suelo hacer daño*

*Conjuro
Raúl Gómez Jattin*

Capítulo 3. Intramuros

La vida transcurría dentro de los muros del Manicomio de Varones de Sibaté en las múltiples relaciones entre pacientes, hermanos hospitalarios y médicos. Una vez que hemos descrito el funcionamiento de la institución en el marco de sus vínculos con la Beneficencia de Cundinamarca, el Estado, la psiquiatría de su época, las organizaciones religiosas y el contexto de violencia del país, es preciso que revisemos lo que sucedía de puertas para adentro desde los registros médicos, como una forma de acercarnos a las intimidades de la vida intramuros. A las instalaciones del Manicomio llegaban sujetos que por las anomalías en su conducta transgredían el orden moral y social de aquel entonces. En este capítulo, me interesan los casos de los pacientes cuyos síntomas y motivos de ingreso estuvieron relacionados de uno u otro modo con hechos de violencia u agresión, ya sea porque los ejecutaron o porque vieron afectada su salud mental a causa de su ocurrencia, como una vía para continuar comprendiendo la relación entre la locura, la psiquiatría y la violencia en uno de los periodos más agitados de la historia de Colombia.

Los hechos violentos en los que estuvieron inmiscuidos los protagonistas de este capítulo no son solo de corte político, pues el contexto convulso de mediados de siglo propició la aparición de diversas manifestaciones de violencia. Así lo confirmaron varios autores. Marco Palacios planteó que hubo “violencias, en plural, siendo la violencia política una de tantas”³⁶⁵, mientras que Antonio Caballero lo caracterizó como un momento histórico atravesado por la violencia política, social, económica y religiosa³⁶⁶. Otros creían que, debido al desgobierno, en dicho periodo los trances por la tierra, las vendettas locales y los problemas intrafamiliares e interfamiliares que en otras circunstancias se hubieran tramitado por vía legal, fueran canalizados de manera agresiva³⁶⁷. Para Mary Roldán, el asunto es que había varias causas además de la animadversión entre partidos. Dicha autora afirma que, al menos en el caso antioqueño, “el racismo, el aislamiento regional y, en general, cuestiones étnicas, culturales y socioeconómicas” fueron usadas como justificación de los gobiernos departamentales para

³⁶⁵ Frank Safford y Marco Palacios, *Historia de Colombia. País fragmentado, sociedad dividida*, 494.

³⁶⁶ Antonio Caballero, “La Violencia”, Biblioteca Nacional de Colombia, 21 de julio de 2023, <https://bibliotecanacional.gov.co/es-co/proyectos-digitales/historia-de-colombia/libro/capitulo11.html>.

³⁶⁷ Paul Oquist, *Violencia, conflicto y política en Colombia* (Bogotá: Instituto de Estudios Colombianos, 1978), 183. Fernán González, *Poder y violencia en Colombia* (Bogotá: Odecofi-Cinep, 2014), 276.

reprimir y aterrorizar a la población³⁶⁸. Toda esta mezcla de violencias existe en las historias de los pacientes del Manicomio. Es pues también el archivo de historias clínicas el que me ha llevado a relatar en este capítulo violencias en plural, que no pueden reducirse a la situación política en el sentido electoral y público que usualmente damos a dicha palabra al hablar de este periodo.

De las 150 historias clínicas revisadas, he optado por trabajar sobre diez casos que considero claves para entender la relación entre la violencia y el Manicomio. Me propongo así comprender la forma como las prácticas manicomiales tramitaban la violencia. Las historias de violencia de los pacientes eran transformadas en el mismo acto diagnóstico en rasgos nosológicos que hablaban sobre el estado mental de los sujetos. Dicho de otra manera, aquello en las historias que podía hacer parte del cuadro diagnóstico era transformado en una entidad nosológica, incluyendo a la violencia: trance maniaco, locura furiosa, sevicia sádica o agitación furiosa, podían ser algunos de los términos que participaban de diagnósticos como debilidad mental, oligofrenia, psicosis maniaca, etc. A su vez, estos diez casos muestran como el papel del Manicomio como institución de defensa social no debe asimilarse como de represión o de coacción política en el marco de la confrontación bipartidista. Se contenía la criminalidad, la agresividad, la violencia, pero no las pasiones políticas o a la oposición. Lo que el manicomio hacía con la violencia era lo que le correspondía dentro de la red de control social a la que pertenecía. Encontramos choques y desencuentros con la policía y la medicina legal porque el manicomio, al elaborar su propio diagnóstico, conservaba una relativa independencia gracias a la puesta en acción de sus propias prácticas.

El enfoque que sigue este capítulo implica el estudio del proceso clínico que comenzaba con la admisión del paciente y culminaba cuando era dado de alta. Los psiquiatras registraban este proceso en las historias clínicas. Las historias clínicas son la materialización de la relación entre el médico y el paciente, es decir, de la práctica médica puesta en acción en la clínica³⁶⁹. En ellas los psiquiatras organizaban las observaciones e indicios que recogían durante la entrevista, los resultados de los exámenes que ordenaban, y las quejas de los

³⁶⁸ González, *Poder y violencia en Colombia*, 167.

³⁶⁹ Carlos Alberto Uribe y Santiago Martínez Medina, “Aprender a hacer historias clínicas, aprender a ser médico: el diagnóstico clínico como práctica, comunicación y relación” en *Habilidades de comunicación en la formación médica contemporánea*, editado y compilado por Elena María Trujillo y Daniel Enrique Suarez (Bogotá: Universidad de los Andes, 2019), 136.

pacientes y sus familiares. En función de la información recogida y consignada en estos documentos, finalmente elaboran un diagnóstico. Para Uribe y Martínez Medina “la acción mediante la cual surge la enfermedad como diagnóstico en el encuentro médico-paciente es, en principio, la de hacer la historia clínica”³⁷⁰.

Las historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté estaban compuestas por varias secciones. La sección “antecedentes personales y hereditarios” recopilaba información sobre la trayectoria de vida del paciente desde su infancia hasta la edad adulta, los motivos de su ingreso y antecedentes familiares de enfermedad mental. Dichos datos eran proporcionados por sus acudientes durante el ingreso, las visitas o a través de correspondencia. En la sección “examen somático” se consignaban las observaciones que hacía el psiquiatra sobre la salud física del paciente y las marcas corporales que pudieran dar cuenta de su enfermedad mental. Hasta la década de 1930 en dicho espacio también se registraron los “estigmas físicos de degeneración”. En la sección “examen psíquico” se consignaban las observaciones del psiquiatra sobre el estado mental del enfermo. Durante la entrevista, el médico esperaba identificar los rasgos anómalos de su conducta. Por ello, hacía preguntas que le permitieran conocer su orientación temporal y espacial, el estado de su memoria, su nivel intelectual, la coherencia de su discurso, su estado emocional y la explicación que daba a las causas de su ingreso. Esta información era actualizada cada vez que el paciente era examinado.

A partir de la información recolectada en la historia clínica, el psiquiatra elaboraba un diagnóstico. Los diagnósticos son la expresión clínica de las manifestaciones morbosas del paciente³⁷¹. En el campo de la psiquiatría su aplicación enfrentó varias dificultades, como la ausencia de etiopatogenias claras, la similitud sintomatológica entre diferentes categorías diagnósticas, la multiplicidad de categorías creadas y los desacuerdos nosológicos entre psiquiatras. Por eso, era común que un solo paciente recibiera diferentes diagnósticos, incluso en un periodo de tiempo corto. Aunque la asignación fiable y consistente de diagnósticos se

³⁷⁰ Uribe y Martínez, “Aprender a hacer historias clínicas”, 136.

³⁷¹ Jairo Gutiérrez y Yamid Marín, "Poder psiquiátrico, formas clínicas y clasificación de la locura como enfermedad social en el caso del Manicomio Departamental de Antioquia 1920-1959", *Katharsis*, n.º 14 (2012): 212, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5527380>.

vio entorpecida por esos factores³⁷², su uso era crucial para ordenar tratamientos y prever el curso de la enfermedad.

Los relatos de violencia que contaban los pacientes y se consignaban en sus historias clínicas, filtrados por los médicos, dejan entrever las convulsiones propias del periodo de confrontación política y social, así como un variopinto registro de otros modos y causas de agresión. En estas historias hay víctimas y victimarios, sin que esa diferencia sea taxativa. Más que el rol en el acto de violencia, lo que importaba era el potencial de peligrosidad del paciente para médicos, hermanos hospitalarios y otros enfermos. A su vez, el historial de agresión hacia otra persona era comprendido en muchos casos como parte del cuadro nosológico de una forma distinta a aquellos cambios comportamentales debidos a haber sufrido violencia. A causa de esta diferenciación, el capítulo se organiza en dos apartados: *Violentos, agresivos, peleadores y peligrosos* y *Angustiados, temerosos y traumatizados*.

Violentos, agresivos, peleadores y peligrosos

Bernardo Rufino cometió un crimen en estado de embriaguez el 23 de noviembre de 1958. Ese día sus amigos lo llevaron a rastras hasta su casa. El guarapo que había consumido desencadenó en él un brote de agresividad que alarmó a quienes lo acompañaban. No era la primera vez que el licor le causaba efectos adversos. En las fiestas de San Pedro del mismo año había experimentado un ataque de “desesperación” y “nerviosismo” luego de beber aguardiente. En aquella ocasión, el agua y el descanso fueron suficientes para apaciguarlo. No sucedió así el 23 de noviembre, pues en esta oportunidad la crisis tendría un desenlace fatal. Cuatro horas después de llegar a casa, en la penumbra, sus amigos regresaron a revisar en qué estado se encontraba. Entre la algarabía y las risas, acordaron que iban jugarle una broma: decirle que eran la *chusma* liberal y que iban a matarlo mientras le apuntaban con una escopeta. Al hacerlo, no contaban con que Bernardo reaccionaría defensivamente y, con cuchillo en mano, asesinaría a quien lo amenazaba³⁷³.

³⁷² Caponi, "Sobre la llamada revolución psicofarmacológica ", 668.

³⁷³ "Historia 19275", Sibaté, 1958, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 2, folios sueltos.

Bernardo llegó al manicomio el 9 de septiembre de 1958 porque el Ministerio de justicia lo sentenció a dos años de confinamiento en un “manicomio criminal”³⁷⁴. Si hubiese sido enviado a prisión su destino hubiera sido diferente, pues en aquel entonces el castigo para el delito de asesinato oscilaba entre ocho y catorce años de privación de libertad³⁷⁵. La pregunta entonces es por qué Bernardo fue enviado al manicomio. Según el Código penal de 1936, si al cometer el hecho delictivo el sujeto se encontraba en “estado de enajenación mental o de intoxicación crónica” debía ser recluido en un “manicomio criminal o una colonia agrícola” por al menos dos años³⁷⁶. Para los médicos legistas Bernardo se encontraba en un estado de enajenación mental o intoxicación crónica debido a que interpretaron los episodios de agresividad, desesperación y angustia como indicios patológicos.

Sin embargo, tras la primera revisión clínica en el manicomio, el renombrado psiquiatra Mario Camacho Pinto concluyó que Bernardo no tenía alteraciones físicas ni mentales³⁷⁷. Incluso, fue descrito como un individuo lúcido, sintónico, eutímico y lógico. Además, recordaba con claridad los hechos relacionados con el asesinato, pues pese al estado de ebriedad se encontraba consciente. Los psiquiatras también anotaron que no observaban tendencias agresivas.

Aunque Bernardo no presentaba signos de enfermedad mental ya había sido condenado³⁷⁸. No le quedaba más que permanecer en el manicomio hasta cumplir los dos años mínimos que exigía la ley para casos como el suyo. Sin embargo, su familia, que era consciente de su situación, solicitó al Ministerio de justicia que revisara su caso. Los psiquiatras del manicomio entregaron una copia de la historia clínica a dicha institución, que finalmente ordenó la cesación condicional de la reclusión de Bernardo, aclarando que “si se observara en él manifestaciones de graves anomalías psíquicas por la ingestión de bebidas alcohólicas o por cualquiera otra causa, sería recluido nuevamente en el mismo establecimiento”³⁷⁹. En

³⁷⁴ Ernesto Laverde, “Resolución 58 de 1958, por la cual se ordena el internamiento de un preso”, Sibaté, 1958, Archivo de la Beneficencia de Cundinamarca, Bogotá, Sección indeterminada, Fondo indeterminado, legajo indeterminado, hojas sueltas.

³⁷⁵ Francisco Bernate y Francisco Sintura, *Ley 95 de 1936 (abril 24) Sobre Código Penal* (Bogotá: Universidad del Rosario, 2019), 6.

³⁷⁶ Bernate y Sintura, *Ley 95 de 1936 (abril 24) Sobre Código Penal*, 7.

³⁷⁷ “Historia 29275”, Sibaté, 1958, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 6, hojas sueltas.

³⁷⁸ “Historia 29275”, hojas sueltas.

³⁷⁹ “Historia 29275”, hojas sueltas.

contra de lo que dictaminaba el Código penal, Bernardo Rufino salió del manicomio de varones el 5 de mayo de 1959, ocho meses después de su ingreso.

Las disonancias entre los diagnósticos de la Oficina de medicina legal y el manicomio no representaban un problema en la práctica, pues cada institución tenía una labor específica en una fase distinta del proceso de control social del que participaban. La medicina legal debía identificar a los presuntos peligrosos y sentenciarlos según las particularidades del crimen. Los psiquiatras del manicomio disponían de tiempo para observar las variaciones de la personalidad y la persistencia de los síntomas y, a partir de ello, llegar a un diagnóstico más certero para ordenar un tratamiento. Aunque el diagnóstico de los psiquiatras pudo haber alterado las condiciones de la condena del paciente, en este caso específico, sin la intervención del grupo familiar Bernardo hubiera permanecido en el manicomio. A su vez, la embriaguez del paciente exigía la valoración médica, en la medida en la que sus rasgos agresivos y angustiosos podían valorarse solo con el tiempo de reclusión.

El caso de Bernardo ofrece otras pistas: si bien el asesinato no tuvo un móvil político, si deja entrever el escenario de agitación y temor propio del contexto de la época. La violencia bipartidista se enmarca así en la producción de otras violencias, incluso si han sido atravesadas por la embriaguez y la broma, como en este caso. Por otro lado, el que los bromistas se hicieran pasar por la chusma no influyó en el diagnóstico, en la duración de la estancia o en la modalidad de la reclusión.

Al igual que Bernardo, Pablo Manzares fue enviado al manicomio por el Ministerio de Justicia por cometer un asesinato. Este hombre se mudó a Manizales después de graduarse de medicina de la Universidad Nacional de Colombia y casarse con Fany Mejía, con quien tuvo siete hijos. Allí su vida transcurrió entre las responsabilidades del hogar, el ejercicio de la medicina y festivas reuniones con sus colegas y amigos. Uno de sus más preciados compañeros era el doctor Delio Duque, con quien solía tomarse unos tragos después del trabajo. Todo había marchado con normalidad entre ellos, hasta que un día se le ocurrió que debía matarlo. Para evitar el homicidio, Pablo buscó ayuda psiquiátrica en Bogotá con el doctor “Miguel S.C.”, quien lo remitió a donde “el turco”. Después de una larga charla de cuatro horas, el turco le ordenó regresar a Manizales, pues eventualmente le haría llegar unos cuestionarios que serían la base de su tratamiento. Dichos documentos nunca llegaron a su

destino, y con o sin cuestionarios a la postre ocurrió lo temido: Pablo Manzanares asesinó al doctor Delio Duque.

Como era de esperar, Pablo fue arrestado. En el proceso fue examinado por un médico legista que concluyó que había cometido el asesinato debido a que sufría de “paranoia endógena”. El 25 de octubre de 1955 fue trasladado al Manicomio de Varones de Sibaté, donde debía cumplir su pena. Grande fue su desconcierto al llegar al manicomio y notar que quien lo iba a examinar era el doctor Mario Camacho Pinto, un antiguo compañero de la universidad con quien, incluso, había cursado una asignatura de psiquiatría en el Asilo de locas de Bogotá. Al parecer no fue una grata sorpresa, pues manifestó que no quería volver a ser revisado por el personal del manicomio porque, en su experiencia, los psiquiatras “tenían un afán por encajar a los pacientes en una clasificación y zaz...dicen: ahí está la idea delirante”³⁸⁰. Por ello solicitó permiso para recibir psicoterapia semanal con el doctor Ariel Durán en Bogotá. Camacho le otorgó el permiso porque, inclusive, un colega y amigo suyo le envió una carta al asilo apoyando la petición de Manzanares e intercediendo por él³⁸¹.

En 1958 el abogado de Pablo Manzanares solicitó al juzgado décimo que ordenara a los psiquiatras responder un exhaustivo cuestionario sobre el paciente³⁸² apelando al artículo 64 del capítulo II del Código penal, según el cual luego de dos años la reclusión puede cesar “en virtud de decisión judicial, con audiencia del Ministerio Público y previo dictamen de peritos, que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo vuelva a causar daño”³⁸³. Como respuesta, Mario Camacho Pinto escribió una carta al juez Ricardo Medina manifestando su inconformidad frente a esta petición, debido a que los reos alienados llegaban al manicomio sin un expediente que hiciera más comprensible las particularidades del delito y del paciente. Aunque esta situación era común, Camacho Pinto expresó su descontento exclusivamente con este caso, posiblemente porque requería mayor precaución dado que el paciente era un médico. Por su parte, Pablo Manzanares insistió en el que no quería ser examinado por los psiquiatras del manicomio, por lo que fue necesario contratar unos peritos externos³⁸⁴. Mario

³⁸⁰ “Historia 26225”, Sibaté, 1955, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 2, folios sueltos.

³⁸¹ “Historia 26225”, hojas sueltas.

³⁸² “Historia 26225”, hojas sueltas.

³⁸³ Bernate y Sintura, *Ley 95 de 1936 (abril 24) Sobre Código Penal*, 15.

³⁸⁴ Carta del 22 de marzo de 1958, en: “Historia 26225”, hojas sueltas.

Camacho Pinto accedió pues, agotado, y confesó que prefería eludir este “enojoso asunto”. Debido a ello, el 8 de abril de 1958 el caso pasó a manos de los psiquiatras Carlos Bueno Picón y Félix Enrique Villamizar³⁸⁵.

Los psiquiatras externos encargados del caso respondieron el cuestionario usando la historia clínica elaborada en el manicomio. La información más significativa fue la que obtuvieron de unas pruebas de personalidad que se le habían practicado meses atrás con la expectativa de encontrar una explicación a su conducta. A partir de los resultados de los test de Szondi y de Rorschach, dedujeron que Manzanares tendía a rivalizar y a competir con la impresión de ser siempre sobrepasado por los demás, debido a lo cual asesinó a Delio Duque. Como no veían síntomas mentales en él, concluyeron que Pablo había sufrido de un “estado psicótico reaccional”, con lo cual no solo refutaron a los médicos legistas que lo habían enviado al manicomio, sino que posibilitaron que fuera dado de alta.

El diagnóstico de los médicos legistas fue paranoia endógena. De acuerdo con Luis Jaime Sánchez, la paranoia consistía en una tendencia a deformar la realidad debido a percepción errónea de los hechos basada en el orgullo, la idea inconsciente de la inferioridad propia y la desconfianza hacia otros³⁸⁶. La paranoia endógena era producto de una predisposición hacia la enfermedad mental a causa de la herencia, o por una falla en la constitución de la personalidad³⁸⁷. Como la paranoia endógena era intrínseca a quien la sufría, no tenía cura. Los médicos legistas hicieron del asesinato un síntoma de paranoia endógena por las ideaciones homicidas que tuvo el paciente antes de cometer el asesinato y por sus antecedentes familiares, que le hicieron pensar a quienes lo examinaron que tenía una ascendencia morbosa: su tía abuela era maniaca y su primo hermano permanecía enclaustrado y era misógino³⁸⁸. Como la paranoia endógena no podía curarse, este diagnóstico confinaba a Manzanares al encierro y a ser considerado un peligroso social de por vida³⁸⁹.

³⁸⁵ Mario Camacho, “Carta dirigida a Carlos Bueno Picón y a Félix Enrique Villamizar”, en: “Historia 26225”, hojas sueltas.

³⁸⁶ Sánchez, *Tratado de la clínica*, 475.

³⁸⁷ Sánchez, *Tratado de la clínica* 475; Guillermo Uribe Cualla, “La personalidad psíquica”, *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia* 9, n.º 6 (1940): 380-395.

³⁸⁸ “Historia 26225”, hojas sueltas.

³⁸⁹ Sánchez, *Tratado de la clínica*, 494.

Por el contrario, el estado psicótico reaccional era producto de un factor exógeno, como un dolor causado por una circunstancia trágica³⁹⁰, por lo que podía curarse con psicoterapia³⁹¹. Según los psiquiatras a cargo del caso, el estado psicótico reaccional sufrido por Manzanares no dejó rastros en su personalidad gracias a que había asistido a psicoterapia en Bogotá, debido a lo cual el juzgado determinó que no era un peligro social y lo puso en libertad el 6 de noviembre de 1958³⁹², tres años después de haber ingresado al manicomio.

Al igual que en el caso de Bernardo, los diagnósticos de la medicina legal y la psiquiatría difirieron por las divergencias entre sus prácticas, lo que fue aprovechado por el paciente y su familia para conseguir la reducción de la pena. Según Annemarie Mol, el médico y el paciente coproducen la enfermedad cuando actúan juntos en la sala de consulta³⁹³. En este caso, la coproducción contó con la participación de un médico en el lugar del paciente, lo que tuvo un impacto significativo en su diagnóstico y pronóstico. Debido a su profesión, recibió apoyo de colegas externos, se abordaron sus inquietudes con respecto a los criterios diagnósticos de los psiquiatras y se consideró la opción terapéutica alternativa que prefería. Aunque la psicoterapia no se practicaba en el manicomio debido a la falta de recursos, contaba con el respaldo de la psiquiatría. La historia hubiera sido distinta si, por ejemplo, el paciente hubiera atribuido sus síntomas a la brujería. En efecto, su perfil profesional incidió en la elaboración del diagnóstico, en el curso que tomó su caso y, especialmente, en su remisión. Sus condiciones también facilitaron que haya sido dado de alta. Pablo contaba con el capital suficiente para costearse un tratamiento externo al que le brindaban en el manicomio y para contratar a un abogado que supervisaba con frecuencia el estado de su caso. De igual manera, contaba con un grupo familia que estaba pendiente de él. Si Manzanares terminó en Sibaté es porque el manicomio cumplía el rol de “manicomio criminal”, y aun así, este paciente se las arregló para rehuir el ejercicio de los psiquiatras de la institución. Al parecer, para personas como este médico, los muros del Manicomio eran tan o más porosos que para los pacientes que se las arreglaban cotidianamente para huir.

³⁹⁰ Sánchez, *Tratado de la clínica*, 445.

³⁹¹ Sánchez, *Tratado de la clínica*, 448.

³⁹² “Historia 26225”, hojas sueltas.

³⁹³ Mol, *El cuerpo múltiple*, 30.

Al igual que Pablo Manzares, la historia de Marco Castaño demuestra que el paciente incidía más de lo que se creía en la elaboración de su diagnóstico, incluso cuando habían cometido un delito y buscaban castigos más benévolos. Dicho paciente fue conducido al manicomio el 20 de agosto de 1956 por su hermano Humberto, según el cual Marco “estaba enamorando a una criada de la vecindad y provocando escándalos”³⁹⁴. Lo describía como un masturbador que no había tenido jamás “una mujer o una querida”. La versión de Marco era distinta. De acuerdo con él, su familia lo obligó a escoger entre la cárcel y el manicomio, debido a que la empleada del servicio de los vecinos lo había acusado de haberla abusado sexualmente.

Durante el examen, el médico residente encontró que Marco tenía un estado psíquico saludable, a excepción de la fuga de nombres y personas. Lo mismo dedujo en las siguientes revisiones, aunque le llamó la atención que al llegar al manicomio presentaba excitación motora, por lo que le ordenó una prueba de umbral epiléptico que salió negativa. Finalmente concluyó que, teniendo en cuenta que el mismo Marco se había declarado un incompetente para el estudio porque no pudo terminar el bachillerato, era posible que fuera un “débil mental”, en términos nosológicos, un oligofrénico.

La oligofrenia era descrita como una incapacidad o deficiencia intelectual incurable. Su gravedad disminuía según tres categorías organizadas de manera descendente: idiotez, imbecilidad y debilidad mental. En otras palabras, quienes presentaban mayores signos de desviación eran los idiotas, y los menos afectados eran los débiles mentales. Aunque se afirmaba que, en general, los oligofrénicos eran peligrosos sociales y degenerados³⁹⁵; sus tendencias a la agresividad también dependían de la escala de desviación ya descrita. En el caso de los débiles mentales el daño se localizaba en su volición, pues cometían robos, violaciones y crímenes debido a que eran fácilmente influenciables³⁹⁶. Este diagnóstico no solo se ajustaba al caso de Marco por su inhabilidad para el estudio, sino que el ataque sexual que cometió también podía explicarse en el marco de esta patología, ya que, de acuerdo con Luis Jaime Sánchez, en cuanto a la vida sexual, a los débiles mentales se les consideraba

³⁹⁴ “Historia 27085”, Sibaté, 1956, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja sin numerar, folios sueltos.

³⁹⁵ Sánchez, *Tratado de la clínica*, 9.

³⁹⁶ Sánchez, *Tratado de la clínica*, 31.

delinquentes sexuales o fracasados amorosos que canalizaban sus penas en la masturbación³⁹⁷.

Al llegar al manicomio, Marco recibió un diagnóstico que, al encontrar una explicación patológica de sus actos, lo libró de enfrentar las consecuencias legales que acarrearían. Según el Código penal de 1936, la violencia carnal, que era el acceso sin consentimiento y mediante el empleo de violencia, se castigaba con una pena de dos a ocho años³⁹⁸, a menos que el agresor hubiera cometido el acto en estado de sugestión hipnótica o patológica³⁹⁹. Probablemente por eso Marco eligió el manicomio, a sabiendas de la severidad de la condena que hubiera recibido de haber sido juzgado por la justicia penal como un abusador en pleno uso de sus facultades mentales. En cambio, en el manicomio el abuso fue tramitado como síntoma de una enfermedad por la que recibió insulino terapia durante tres meses, tras los cuales volvió su hogar, pues los psiquiatras vieron una mejoría en su caso que no detallaron y que, debido a ello, no sabemos en qué consistió.

Este caso y el de Pablo controvierten perspectivas tradicionales que describen a los manicomios como instituciones totales y sin fisuras que someten completamente a los pacientes a través de mecanismos de control. Por el contrario, vemos que tanto las particularidades del encierro, como los saberes hegemónicos y las porosidades del manicomio, fueron aprovechados por Marco para evadir a la ley y hacerse con un castigo más benévolo.

Alberto Villalonga también ingresó al manicomio por actos transgresores que se tornaron secundarios en la prescripción del diagnóstico y el tratamiento. Este paciente fue recluido por decisión de la Policía. Según su esposa, era un “trasnochador, peleador, borracho e indolente”⁴⁰⁰, que vivía de mal genio e irritado porque consideraba que ella era mala financista en el negocio que tenían juntos, sin buen juicio y brava. Cansada de los comportamientos de su esposo, decidió acusarlo con el alcalde del pueblo, quien lo remitió a la Policía. Las prácticas policivas eran muy distintas a las psiquiátricas, pues estaban hechas

³⁹⁷ Sánchez, *Tratado de la clínica* 30.

³⁹⁸ Bernate y Sintura, *Ley 95 de 1936 (abril 24) Sobre Código Penal*, 61.

³⁹⁹ Bernate y Sintura, *Ley 95 de 1936 (abril 24) Sobre Código Penal*, 61.

⁴⁰⁰ “Historia 27901”, Sibaté, 1956, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja sin numerar, folios sueltos.

para identificar y capturar a quienes habían cometido delitos, no a presuntos peligrosos que no habían llegado a hechos. Como Alberto no había protagonizado un escándalo en particular ni había violado la ley, la Policía le llevó el caso a la Oficina de Asistencia Social, en donde resolvieron expedirle una boleta para el manicomio, al que llegó el 22 de agosto de 1956⁴⁰¹.

En la consulta, el psiquiatra sostuvo una conversación sintónica y alegre con él, en la que notó que estaba bien orientado en el tiempo y el espacio y tenía “actitudes naturales”. Además, las razones por las que discutía con su esposa le parecían aceptables y no veía nada extraño en ellas⁴⁰². Pese a no haber encontrado algo patológico durante el examen psíquico, el psiquiatra lo diagnosticó con alcoholismo debido a que la agresividad hacía que el consumo de alcohol se considerara patológico, lo que encajaba con los motivos de ingreso⁴⁰³. También lo envió a San Camilo, el pabellón de pacientes crónicos e inmanejables.

El alcoholismo era descrito como el hábito vicioso de ingerir alcohol y se clasificaba en agudo y crónico. En el alcoholismo agudo, el estado usual de alicoramiento se tornaba patológico cuando el consumidor se volvía “violentamente agresivo e irascible, dentro de un cuadro de extrema agitación psíquica y motora”⁴⁰⁴, al punto que pudiera atentar contra la vida o la honra de los demás. Su peligrosidad residía en que, a causa de su estado, experimentaba una crisis de agitación furiosa como consecuencia de la pérdida de la conciencia y la razón. Entre tanto, el alcoholismo crónico se caracterizaba porque el consumo de alcohol era prolongado en el tiempo. Aunque en el alcoholismo crónico la agresividad no era un síntoma fundamental, para Luis Jaime Sánchez quienes lo padecían “no temían violar el código penal”⁴⁰⁵.

En teoría, el alcoholismo se trataba de acuerdo con su naturaleza. En el alcoholismo agudo, que es resultado de intoxicaciones esporádicas, el tratamiento consistía en atender el desgaste orgánico causado por el alcohol. Por su parte, el alcoholismo crónico, que es producto del consumo frecuente, podía tratarse con emetina y atropina, que le generarían al paciente un malestar que relacionaría con el consumo del alcohol, por lo que desarrollaría resistencia y

⁴⁰¹ “Historia 27901”, hojas sueltas.

⁴⁰² “Historia 27901”, hojas sueltas.

⁴⁰³ “Historia 27901”, hojas sueltas.

⁴⁰⁴ Sánchez, *Tratado de la clínica*, 333.

⁴⁰⁵ Sánchez, *Tratado de la clínica*, 337.

repulsión al tóxico⁴⁰⁶. Aunque Alberto confesó que consumía alcohol con frecuencia, no recibió ninguna de estas terapéuticas; además, fue trasladado al pabellón Sagrado corazón de Jesús, donde trataban a quienes tenían enfermedades orgánicas. Esto se debió a que el tratamiento biológico que le aplicaron (penicilina y mafarside) se enfocó en su segundo diagnóstico, sífilis, al que el psiquiatra llegó por una serie de exámenes que le ordenó porque tenía muy bajo peso. En sus estados avanzados, la sífilis podía llegar a causar síndromes neurológicos como la neurosífilis, la neurolés o la parálisis general progresiva⁴⁰⁷; sin embargo, este no era el caso, pues Alberto tenía sífilis secundaria. Como esta era una de las formas primarias de la enfermedad, era perentorio tratarla lo más pronto posible para evitar la invasión sifilítica del sistema nervioso, sobre todo porque el licor se consideraba un elemento coadyuvante para el desenvolvimiento de la neurosífilis y la parálisis general.

Aunque la agresividad y el consumo de alcohol fueron el motivo por el que Alberto fue recluido, el tratamiento que recibió dentro del manicomio se enfocó en la patología para la que había una terapéutica biológica disponible. Esto se debe a que lo único que el Manicomio podía ofrecerle a un alcohólico era el aislamiento. Por esa razón le dieron salida solo hasta que su esposa lo solicitó, aunque el 28 de octubre del mismo año le habían aplicado la última dosis de penicilina que necesitaba. Su conducta agresiva asociada al consumo de alcohol lo convertía en un sujeto peligroso que, aunque no había cometido un delito, podía hacerlo en cualquier momento debido a la patología que lo aquejaba. Debido a ello debía permanecer bajo la vigilancia del personal del manicomio, pues de esta forma podría evitarse que se embriagara nuevamente y que transgrediera el orden social extramuros. Al darlo de alta, el manicomio le cedía la responsabilidad sobre sus actos a su familia, que al pedir su remisión demostraba su disposición para lidiarlo y controlarlo.

A diferencia de los pacientes anteriores, Jaime Quintero no había agredido a nadie, pero era considerado peligroso a causa de su diagnóstico. Este paciente fue recluido porque, a sus 19 años, tomaba a hurtadillas algunas prendas de su madre para vestirse de mujer. Aunque sigilosa, la elección no era descuidada ni incompleta, pues el atuendo femenino lo cubría de los pies a la cabeza: “camiseta, encima una camisa con entrepierna de flores azules que

⁴⁰⁶ Sánchez, *Tratado de la clínica*, 345.

⁴⁰⁷ Sánchez, *Tratado de la clínica*, 66.

parecía como un vestidito de baño y, sobre esta, una faja elástica con sus respectivas ligas, y medias de mujer”⁴⁰⁸. Aunque el joven se ataviaba en la privacidad de su cuarto, su madre, María Celia Jaramillo, notó las maniobras clandestinas durante año y medio. Ella suponía que, además, Jaime gozaba de las ropas masturbándose⁴⁰⁹. La situación le pareció más gravosa cuando se percató de que el muchacho gustaba de hacer labores femeninas como asear la casa, arreglar el jardín y elaborar tejidos y, además, comenzó a levantarle la mano, aunque sin llegar a hechos pues en general solía ser pacífico.

Debido a los comportamientos de Jaime, el 18 de agosto de 1955, María Celia se desplazó junto a su hijo desde su casa en el barrio Centenario⁴¹⁰ hasta la Oficina Central de Medicina Legal de Bogotá, que según el diagnóstico 14844⁴¹¹, debía ser asilado en el Manicomio de varones de Sibaté, al cual fue conducido por su madre ese mismo día. Ya instalado allí, Jaime fue examinado por el doctor Otero, quien además de registrar que el paciente se travestía, anotó que le costaba responder de manera coherente a algunas preguntas que le formuló. Al respecto, María Celia explicó que, en su infancia, Jaime había tenido un desarrollo anormal del habla, ya que “a los 3 años apenas decía mamá o papá y era tatareta, es decir, hablaba con oraciones incompletas como: mamá, comer, pan”⁴¹².

La apariencia (vestuario de mujer) y la conducta (problemas del habla y amenazas de agresión que no llegaron a hechos) se tradujeron en oligofrenia con grado de imbecilidad. Recordemos que la oligofrenia era descrita como una deficiencia intelectual incurable que se presentaba en varios grados: idiotez, imbecilidad y debilidad mental⁴¹³. Según Luis Jaime Sánchez, los imbéciles se “inclinaban a los excesos venéreos y a los actos de violencia” pues sufrían un embotamiento moral. Su condición también se veía reflejada en que vivían en un mundo inferior de apetitos y deseos, de tendencias y de emociones elementales y

⁴⁰⁸ “Historia 27099”, Sibaté, 1955, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja sin numerar, folios sueltos.

⁴⁰⁹ “Historia 27099”, hojas sueltas.

⁴¹⁰ Calle 25s No. 24-56, según “Historia 27099”, hojas sueltas. Véase: Luis Colón y Germán Mejía, *Atlas histórico de barrios de Bogotá 1884-1954* (Bogotá: Alcaldía de Bogotá, 2019), 52.

⁴¹¹ “Historia 27099”, hojas sueltas.

⁴¹² “Historia 27099”, hojas sueltas.

⁴¹³ Sánchez, *Tratado de la clínica*, 22.

rudimentarias como el onanismo y otras aberraciones sexuales debido a que sufrían un embotamiento moral⁴¹⁴.

A partir del test de Szondi se obtuvo un segundo diagnóstico -traversión- que no desvirtuó el primero, sino que lo complementó. El test de Szondi era un examen psicoanalítico que se le practicó a causa de su hábito de vestirse de mujer. Dicha prueba proyectiva no se realizaba con mucha frecuencia en el manicomio, salvo para evaluar el estado mental de los sindicados (como Pablo Manzanares) y los desviados sexuales. Esta buscaba conocer las “capas profundas de la vida psíquica” de los pacientes basándose en la idea de que las vivencias de una persona tienen un impacto emocional que posteriormente se exterioriza en la socialización⁴¹⁵. Lo que se obtenía de él era un perfil de personalidad⁴¹⁶. En el caso de Jaime Quintero indicó que sobresalían los rasgos de homosexualismo o hermafroditismo, sadismo, y depresión o melancolía. El homosexual o hermafrodita era alguien que tiende a comportarse y a tener intereses asociados al sexo opuesto; el sádico, una persona con pocas habilidades sociales que puede ser cruel con otros; y el depresivo o melancólico, alguien que suele estar triste y que piensa que “la vida está llena de penurias”⁴¹⁷. Estos resultados reforzaron la idea de incurabilidad del primer diagnóstico, pues indicaban que la agresividad, la inmoralidad y el travestismo eran inherentes a su personalidad, por lo que inevitablemente los comportamientos desviados volverían a presentarse, lo que hacía de Jaime un hombre peligroso.

⁴¹⁴ Sánchez, *Tratado de la clínica*, 23.

⁴¹⁵ Ester de Zachmann, “Técnicas proyectivas”, *Revista de Psicología* 2, n.º 2 (1957): 230, <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/32406>.

⁴¹⁶ Zachmann, “Técnicas proyectivas”, 231. Véase también “El test de Szondi”, Biblioteca de Exposiciones Virtuales de la Universidad Complutense de Madrid, 21 de julio del 2023, <http://bibliotecaexposiciones.ucm.es/exhibits/show/testpsicologicos/tecnicasproyectivas/otrastecnicas/szondi>.

⁴¹⁷ Frank Dudek y Harry Peterson, “Relationships among the Szondi Test Items”, *Journal of Consulting Psychology* 16, n.º 5 (1952): 392-393.

Figura 3. Resultados del test de Szondi de Jaime. Homosexualismo o hermafroditismo (H+), sadismo (S+) y depresión o melancolía (D+).

		Perfiles del Test Szondi.							
		H.	S.	E.	Hy.	K.	P.	D.	M.
Materias fecales	Sept. 21/56	+	+	0	0	±	-	+	-
Otros exámenes									

Fuente. Historia clínica de Jaime Quintero⁴¹⁸.

Aunque según sus diagnósticos Jaime era potencialmente peligroso, su comportamiento en el manicomio indicaba lo contrario, pues los médicos reportaron en varias oportunidades que colaboraba en el servicio de aseo de manera muy acomoda y ayudando a todo el mundo⁴¹⁹. Tampoco hay alguna anotación en la historia clínica sobre comportamientos violentos o agresivos durante su reclusión. Probablemente por ello jamás le fue aplicada una terapéutica biológica, pues no era necesario porque era un paciente “tranquilo”.

Jaime fue internado en el manicomio en cuatro oportunidades. La primera vez ingresó por vestirse con las prendas de su madre, y en las tres restantes el médico anotó que los familiares no habían explicado la razón por la que lo habían llevado, lo que no pareció ser un impedimento para aceptarlo. Asimismo, la causa de su remisión siempre estuvo en manos de su madre, pues en las boletas de salida se constata que en los cuatro confinamientos fue dado de alta por petición familiar. Aunque las dos primeras reclusiones fueron menores a un mes y la tercera fue de seis meses, la cuarta tuvo una duración de seis años. Seis años durante los cuales los psiquiatras no le dieron de alta por mejoría, pese a su buena conducta. Su caso difiere del de otros pacientes que eran enviados en flota a sus hogares o que eran recogidos por sus familiares debido a que el manicomio les informaba por medio de una carta que serían dados de alta⁴²⁰. Esto se debió a que, aunque nunca llegó a hechos, sus diagnósticos indicaban que era una amenaza para la vida extramuros. Jaime fue sometido a un largo confinamiento que no habría sido interrumpido de no ser por su madre, a quien se le exigió firmar un

⁴¹⁸ “Historia 27099”, hojas sueltas.

⁴¹⁹ “Historia 27099”, hojas sueltas.

⁴²⁰ “Historia 27099”, hojas sueltas.

documento en el que se hacía responsable de lo que Jaime hiciera fuera del manicomio, es decir, de la peligrosidad latente que contenía en su interior.

La peligrosidad que se usó como justificación de la duración de la última reclusión de Jaime Quintero se derivaba, entre otras cosas, del diagnóstico de travestición. En aquella época, el travestismo no solo atentaba contra de los valores morales hegemónicos, sino que convertía a quienes lo practicaban en sujetos peligrosos ante los ojos de la sociedad. Desde el siglo XIX se criminalizaba a quienes tenían identidades y sexualidades disidentes, puesto que se les consideraba proclives a la pedofilia, el abuso sexual de menores y el voyerismo⁴²¹. Sin embargo, desde la década de 1940 comenzó a considerárseles como enfermos mentales, por lo que dejaron de ser objeto del castigo penal y pasaron a serlo de la psiquiatría⁴²². Aunque dicho cambio implicó que no se les tratara como criminales, aún eran considerados individuos peligrosos que requerían aislamiento como medida de profilaxis social.

Tal y como Jaime Quintero, Dionisio Críales fue recluido durante un periodo de tiempo extendido porque se le consideraba potencialmente peligroso, aunque no había cometido delito alguno. Este paciente llegó al manicomio porque en una carretera hacia Tunja emprendió una discusión con un sujeto que lo acusó de *chusmero*, por lo que la Policía lo detuvo. Críales no había cometido ningún delito, tampoco había protagonizado un escándalo callejero. Su anormalidad le correspondía a una institución que recluyera a personas con personalidades o conductas desviadas que pudieran representar un potencial peligro en el futuro. Por eso, el policía lo condujo a Bogotá y, finalmente, al manicomio.

El 8 de febrero de 1957 el psiquiatra lo revisó y concluyó que no veía síntomas mentales en él. Su discurso era ordenado y coherente, y sus relatos verosímiles. Sin embargo, le pareció llamativo que Críales quería salir lo más pronto posible del manicomio para ir a los llanos, alzarse en armas y “matar godos”⁴²³. Dicho deseo podía ser indicio de que era un peligroso y un antisocial, por lo que decidió dejarlo en observación para establecer si a sus aspiraciones

⁴²¹ Guillermo Correa, “La invención clínica del homosexual en Colombia, 1890-1980”, *Revista de Psicología de la Universidad de Antioquia* 8, n.º 2 (2016): 126, <https://doi.org/10.17533/udea.rpsua.v8n2a08>.

⁴²² Guillermo Correa, “La invención clínica del homosexual en Colombia”, 126.

⁴²³ “Historia 27593”, Sibaté, 1957, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja sin numerar, folios sueltos.

⁴²³ “Historia 27099”, hojas sueltas.

homicidas en contra de los conservadores subyacía una enfermedad mental. Dos meses después Dionisio intentó fugarse sin éxito alguno, pues la Policía lo encontró y lo llevó devuelta al manicomio. Según el psiquiatra se encontraba en el mismo estado que antes, es decir, sin síntomas mentales. Críales estuvo confinado año y medio más, hasta que el 25 de septiembre de 1958 logró fugarse. Durante este periodo los psiquiatras no volvieron a examinarlo. Su diagnóstico en el Manicomio fue “personalidad psicopática”.

Los primeros en acuñar el término “psicopatía” fueron Julius Koch en 1881 y Emil Kraepelin en 1896, y lo usaron para referirse a las anomalías que inciden en la conducta de las personas sin una enfermedad mental⁴²⁴. Inspirado en estas ideas, en 1923, Kurt Schneider explicó que la psicopatía era un desorden de la personalidad a causa del cual algunas personas hacían sufrir a la sociedad⁴²⁵. Entre los subtipos de personalidades que describió destacó a los “psicópatas desalmados”, personas con un carácter despiadado, sin la capacidad de sentir vergüenza y remordimiento, con personalidades hoscas, frías, desagradables y brutales, y sin interés por ajustarse al código moral hegemónico⁴²⁶. Por otro lado, en 1941 Hervey Cleckley planteó que los rasgos más sobresalientes de los psicópatas era su falta de respuesta emocional, inmoralidad, inteligencia y carisma. Estas características les permitían camuflarse en la sociedad e imitar la moral ajena para conseguir sus objetivos⁴²⁷.

Para estos autores los psicópatas no eran enfermos mentales sino personas con un desorden de personalidad, por lo que no debían ser enviadas a los manicomios. Aunque de su peligrosidad vuelta acción debían encargarse los médicos legistas, las prisiones y el sistema de justicia, no era claro quién debía responsabilizarse de los psicópatas que no habían llegado a hechos, pero que eran potencialmente peligrosos. En este caso particular, el Manicomio asumió la vigilancia de Dionisio Críales, un sujeto presuntamente peligroso. Tanto el apetito por asesinar a sus contradictores políticos, como la ausencia de otros signos patológicos, fueron usados para hacer de la personalidad psicopática el desorden de personalidad que explicaba la conducta del paciente y justificaba su reclusión. Aunque no del todo, porque la

⁴²⁴ Sebastián López, “Revisión de la psicopatía: pasado, presente y futuro” *Revista puertorriqueña de psicología* 24, n.º 2 (2013), <https://www.redalyc.org/pdf/2332/233229143007.pdf>.

⁴²⁵ Matías Koch y Cristian Montés, “Psicopatía: una revisión acerca de su definición y evolución conceptual en la historia de la psiquiatría” *Revista de psiquiatría clínica* 56, n.º 1 y 2 (2018): 50.

⁴²⁶ Koch y Montés, “Psicopatía: una revisión acerca de su definición”, 50.

⁴²⁷ Koch y Montés, “Psicopatía: una revisión acerca de su definición”, 50.

personalidad psicopática no era una enfermedad mental, debido a lo cual no es claro por qué su estancia fue tan extensa.

Dionisio Críales no tenía familiares que estuvieran pendientes de su caso, ni solicitando que fuera dado de alta. La ausencia de una red de apoyo que intercediera por él ante las autoridades y que se comprometiera a vigilarlo y a hacerse responsable de su comportamiento, también impidió que hubiera salido del manicomio con anterioridad. También es probable que su estancia se haya prologado por las características mismas de la institución. La cantidad de pacientes no era proporcional al personal disponible para su cuidado y Dionisio era un paciente funcional y tranquilo. Incluso es posible que haya sido útil desempeñando labores de aseo y trabajos varios.

En todos los casos mencionados, la participación del grupo familiar desempeñó un papel fundamental en la duración del periodo de aislamiento. Bernardo Rufino, Pablo Manzanares y Alberto Villalonga fueron dados de alta antes de lo previsto gracias a las peticiones presentadas por sus familias y abogados. Por el contrario, las familias de Jaime Quintero y Dionisio Críales no solicitaron su liberación y tampoco mostraron un seguimiento constante de su situación. Dicho de otra forma, la reconsideración de la peligrosidad del paciente estaba condicionada a esa solicitud.

Aunque los médicos legistas de la Oficina de Asistencia Social y los psiquiatras del manicomio difirieron en sus lecturas sobre los casos esto no fue un problema, pues dichas inconsistencias se debían a que cada institución realizaba sus funciones en un momento distinto del procedimiento de captura, diagnóstico y tratamiento de los pacientes. En realidad, la boleta de entrada que debía emitir la Oficina de Medicina Legal era más un requisito que el resultado de un examen profundo del estado mental del paciente. Simplemente, cuando los médicos legistas confirmaban las sospechas de enfermedad mental en un sujeto, lo enviaban al manicomio para que el psiquiatra, tras un periodo de observación, diera un veredicto.

Por el contrario, el dictamen de los médicos legistas del Ministerio de Justicia sí causaba molestias entre los psiquiatras del manicomio, pues debido a ellos ingresaban sindicados, que agudizaban el hacinamiento, eran más difíciles de contener, se fugaban y acarreaban trabajo adicional. Para Luis Jaime Sánchez, los desencuentros entre el dictamen de dichos médicos

legistas y los psiquiatras del manicomio eran consecuencia de la forma como el código penal estaba redactado. Para él, el artículo 29 erraba al usar el concepto de “anomalía psíquica”. En cambio, le parecía más exacto decir “anormalidad”. En sus palabras:

El hombre normal puede tener anomalías, extravagancias, desvíos transitorios en su conducta frente a la sociedad o a sí mismo. Pero el hombre anormal, siempre tiene en forma constante y sostenida, esas anomalías. Es la persistencia, tenacidad y sostenimiento tenaz de la desviación, lo que caracteriza la anormalidad de la anomalía⁴²⁸.

Según este autor, a causa de dicho error conceptual al manicomio llegaban delincuentes que no tenían una enfermedad mental sino psicopatía, lo que representaba un problema porque como eran personas sanas, el manicomio no tenía nada que ofrecerles. No obstante, el hecho de que Daniel Sandoval haya sido internado dentro de esta clasificación diagnóstica nos revela que, pese a su oposición al internamiento de criminales sanos en el manicomio, ciertos psiquiatras consideraban el manicomio como una institución de profilaxis social. Según el Código Penal de 1936, los sindicados enviados al manicomio en realidad debían ser recluidos en manicomios criminales, “establecimientos organizados de acuerdo con las prescripciones de la ciencia médica, separados de las instituciones similares para enfermos de la mente comunes, dirigidos por psiquiatras, y en donde, en cuanto sea posible, debe establecerse el trabajo industrial o agrícola”⁴²⁹. Como los manicomios criminales nunca fueron construidos, los sindicados eran enviados al Manicomio de Varones de Sibaté, donde no se contaban con las condiciones estructurales necesarias para contenerlos—por lo cual se fugaban con facilidad—, ni con los tratamientos adecuados para su condición.

El segundo problema es que los psiquiatras debían establecer si dichos pacientes sin una enfermedad mental, aunque psicópatas, habían dejado de ser peligrosos sociales. Luis Jaime Sánchez consideraba que esta era una petición absurda, pues para él dichos pacientes no iban a dar muestras de peligrosidad dentro del manicomio puesto que su objetivo era reducir notablemente su pena. Además, para él la peligrosidad era una condición que se activaba

⁴²⁸ Guillermo Uribe Cualla, “La psiquiatría en el código penal colombiano” *Anales neuropsiquiátricos* 3. n.º 11 (1949): 829.

⁴²⁹ Bernate y Sintura, *Ley 95 de 1936 (abril 24) Sobre Código Penal*, 14.

durante la socialización, por lo cual quien debía decidir si dicho paciente seguía siendo peligroso era representante de una ciencia social, no un psiquiatra⁴³⁰.

Con o sin violencia, con o sin agresión, con o sin un vínculo claro con el contexto convulso de la época, la peligrosidad es lo que estaba en juego en todos los casos anteriores. Bernardo Rufino, Pablo Manzanares y Marco Castaño duraron menos tiempo en el manicomio que Jaime Quintero porque, aunque habían cometido un asesinato, su repertorio de síntomas se tradujeron en diagnóstico que posibilitaba el alta, y también porque su abogado y su familia intercedieron frecuentemente por la revisión de su caso. Jaime Quintero corrió con la suerte contraria, ya que además de haber recibido diagnósticos y pronósticos incorregibles, fue abandonado a su suerte en el manicomio durante un largo periodo de tiempo por su familia. Al igual que los casos anteriores, la historia de Marco Castaño también evidencia que para determinar la peligrosidad de un paciente eran más importantes el diagnóstico y el pronóstico, que el posible acto violento cometido.

Angustiados, temerosos y traumatizados

Hemequen Cerezo ingresó al manicomio el 22 de agosto de 1956 porque sentía que “las personas lo perseguían y lo insultaban continuamente, lo que lo forzaba a encerrarse”⁴³¹. También experimentaba “un miedo constante a que lo mataran”⁴³². Según su esposa, los días de luna llena le daba miedo, se engarruñaba, temblaba y se caía de lado sin sentido⁴³³. A causa de estas sensaciones, Hemequen llevaba cinco meses sin salir de su casa y sin trabajar, por lo que a sus angustias se sumaba la preocupación por el futuro de sus cinco hijos y su esposa. Tanto el paciente como su familia aseguraron que los síntomas aparecieron luego del 9 de abril de 1948, fecha en la que Hemequen Cerezo fue interceptado por guerrilleros liberales en una carretera de Ibagué, donde lo obligaron a ayudarles bajo amenaza de muerte. Aunque sobrevivió, su mente no salió ilesa. El psiquiatra que examinó su caso coincidió en que, a causa del carácter traumático de esta situación, la experiencia vivida por Hemequen era la etiología de la enfermedad que padecía.

⁴³⁰ Guillermo Uribe Cualla, “La psiquiatría en el código penal colombiano”, 848.

⁴³¹ “Historia 27093”, Sibaté, 1956, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 2, folios sueltos.

⁴³² “Historia 27093”, hojas sueltas.

⁴³³ “Historia 27093”, hojas sueltas.

Entre los síntomas mentales experimentados por Hemequen, la sensación de ser perseguido era la más apremiante, pues le impedía vivir con normalidad. Los psiquiatras la interpretaron como un delirio, ya que no había evidencia que lo respaldara. Tomando en consideración otros síntomas como la tristeza, la angustia, los temblores y los desmayos, Otero concluyó que era posible que Hemequen sufriera de esquizofrenia paranoide, una patología en la que las alucinaciones y delirios se caracterizan por carecer de respuesta afectiva⁴³⁴. Sin embargo, esto no aplicaba a su caso, pues su relato tenía una marcada carga afectiva. Por esta razón, Otero consideró un segundo diagnóstico: paranoia con rasgos depresivos. Para tratarlo le ordenó diez sesiones de electrochoques⁴³⁵, que debieron suspenderse en la cuarta sesión debido a que sufrió un prolapso rectal como consecuencia secundaria de su terapia. Salió del manicomio el 31 de octubre de 1956, apenas dos meses después de haber sido admitido. Permaneció allí por un período breve, ya que los psiquiatras se enfocaron exclusivamente en aliviar sus síntomas. No existía temor respecto a su peligrosidad, ya que no había ninguna evidencia que indicara ni en su motivo de admisión ni en el diagnóstico otorgado que pudiera representar una amenaza para el orden social.

Situaciones violentas como la vivida por Hemequen en el marco del 9 de abril, se presentaron en todo el país, pues en esa fecha ocurrieron violentos disturbios que comenzaron en la capital y se diseminaron el resto del territorio a causa de la ira y la frustración que experimentó la población por el asesinato de Jorge Eliécer Gaitán. La furia popular se manifestó en incendios, saqueos y enfrentamientos entre la población liberal y la conservadora. Sin embargo, las consecuencias no se limitaron a daños materiales y pérdida de vidas humanas. Así como Hemequen Cerezo, es muy probable que muchos otros colombianos que sobrevivieron a estos eventos hayan experimentado perturbaciones en su salud mental. Para los médicos la referencia a esa fecha tampoco podía pasar desapercibida. Finalmente, ese día y los siguientes sacudieron a la mayoría de los colombianos. El registro común participa de la articulación entre la historia de violencia y el diagnóstico: lo que diferencia a Cerezo es la reacción a unos hechos de los que, mal o bien, la mayoría de sus compatriotas se repusieron lo suficiente como para salir de casa e ir a trabajar.

⁴³⁴ Sánchez, *Tratado de la clínica*, 224.

⁴³⁵ Sánchez, *Tratado de la clínica*, 247.

Otro fenómeno que afectó gravemente a la población durante el periodo de la Violencia fue el desplazamiento forzado, pues se estima que aproximadamente dos millones de personas abandonaron sus hogares huyendo de sus hostigadores⁴³⁶. Los desplazados, que representaban la quinta parte de la población colombiana de ese entonces, llegaron a las ciudades principales a habitar los tugurios y a ocupar los empleos más precarios⁴³⁷. Simón Ospina fue una de las víctimas del desplazamiento forzado de mediados de siglo. Después de migrar de Campohermoso, Boyacá, su vida estuvo llena de padecimientos. Simón vivió errante entre Fusagasugá, Silvania, Bogotá y Acacias, por lo que tuvo que pasar por varias penurias. Probablemente por eso al llegar al manicomio se paraba y alzaba la voz para enfatizar que había “sufrido mucho en la vida”. Fue llevado al manicomio por un Policía de Bogotá porque sentía dolor en la parte superior de la columna vertebral, embotamiento, oscurecimiento de la visión y un ruido en los oídos que no le permitía oír bien. Para él, la causa de su malestar era una bala que decía tener alojada en la espalda a causa de los ataques de sus enemigos, quienes lo perseguían, atacaban, hostigaban y robaban, todo porque una familia de Campohermoso había difundido el falso rumor de que era liberal. Como esta injuria le causaba mucha molestia, durante el examen se puso de pie en medio del consultorio y, dominado por la exaltación, le aclaró al doctor que era “conservador y católico”.

En el examen somático, el psiquiatra no encontró rastros ni cicatrices de que una bala haya ingresado a su cuerpo. Esa misma bala que, según su propia opinión, le había estado causando malestar, la que habían disparado contra él sus enemigos, quienes lo difamaron, persiguieron y atacaron en repetidas oportunidades. La ausencia del proyectil no puso en duda la veracidad de su relato de violencia, aunque a la postre esta no era tan importante. Más allá de la veracidad del disparo, de sus síntomas somáticos y de su desplazamiento forzado, su relato fue el recurso mediante el cual el paciente manifestó la excitación y afectividad estridente que llamó la atención del psiquiatra y la base de su diagnóstico: “acceso maniaco”.

La psicosis maniacodepresiva era vista como la más ruidosa y espectacular de las locuras. Dicha patología se manifestaba en accesos maniacos o depresivos, a veces de forma alterna.

⁴³⁶ Myriam Hernández et al., *Una nación desplazada. Informe nacional de desplazamiento forzado en Colombia* (Bogotá, Centro Nacional de Memoria histórica, 2015), 41.

⁴³⁷ Myriam Hernández *Una nación desplazada*, 42.

Según Luis Jaime Sánchez, durante la fase maniaca, una palabra cualquiera era respondida en términos violentos, y no eran de extrañar las reacciones de furia y de cólera, en razón de lo cual los pacientes con este diagnóstico eran considerados peligrosos por el personal de los asilos, siendo incluidos en la categoría popular de “locos furiosos”⁴³⁸. Pese a ello, Simón Ospina nunca fue considerado peligroso o remitido al pabellón correspondiente. Sus médicos se concentraron en reducir sus síntomas, que si bien maniacos, nunca se tornaron agresivos.

Durante el conflicto bipartidista la población también sufrió violencia a manos de la Policía y el Ejército. Ejemplo de ello es el caso de Pedro Guerrero, cuyos síntomas se desencadenaron a causa de la violencia policial de la que fue víctima años atrás. Pedro Guerrero era un agricultor que vivía en Topaipí, Cundinamarca. Según su familia, en 1953, tuvo un “incidente violento” con la Policía, que lo amarró y abandonó en una quebrada. Desde entonces, empezó a presentar “un temblor generalizado que lo tumbaba al suelo”, “gran nerviosismo”, a “oír voces y música” y a “hablar incoherencias relacionadas con persecuciones y asesinatos”⁴³⁹.

La violencia policial era común en el contexto de polarización política de los años cincuenta. De hecho, la Policía fue usada como un arma de control político por los liberales y los conservadores mucho antes del estallido de la violencia a mediados de siglo⁴⁴⁰. Sin embargo, tras el Bogotazo, su participación en el conflicto bipartidista se incrementó. Por ello se expidió el Decreto 1403 de 1948, que dictaba que la Policía debía ser ajena a la actividad política, ya que la lucha partidista había desvirtuado su función: proteger a los colombianos “en su vida, honra y bienes, independientemente de su filiación política”⁴⁴¹. A pesar de la promulgación de esta ley, durante los gobiernos de Mariano Ospina Pérez y Laureano Gómez, la Policía se alió con los chulavitas, los Pájaros y el Ejército para hostigar a los liberales. De acuerdo con la historiadora Catalina Puerta, la Policía fue una de las instituciones estatales que más persiguió, extorsionó y abusó físicamente de la población civil

⁴³⁸ Sánchez, *Tratado de la clínica*, 176.

⁴³⁹ “Historia 27590”, Sibaté, 1957, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja sin numerar, folios sueltos.

⁴⁴⁰ Dayana Becerra, “Historia de la policía en Colombia: actor social, político y partidista”, *Diálogos de saberes*, n.º 34 (2011): 258.

⁴⁴¹ Becerra, “Historia de la policía en Colombia”, 265.

en este periodo⁴⁴². La violencia policial solía quedar impune, sobre todo cuando sus víctimas eran campesinos o personas de clase baja⁴⁴³, como Pedro.

Aunque desconocemos los motivos subyacentes a la agresión de la que Pedro fue víctima, no resulta sorprendente que, en un contexto marcado por la violencia y la impunidad, las autoridades hayan sometido a individuos, ya sea con o sin motivaciones políticas. Sin importar cuáles hayan sido sus razones al golpear, amarrar y abandonar a Pedro en una quebrada, de este encuentro emergieron sus síntomas. Síntomas que se volvieron recurrentes e inmanejables en el ámbito familiar, por lo que el 5 de febrero de 1957 su hermano lo condujo al Manicomio de Varones de Sibaté.

Además de las alucinaciones y los delirios reportados por la familia de Pedro Guerrero, en el examen psíquico el psiquiatra identificó en él síntomas como “ansiedad exteriorizada”, “confusión”, “temblores” y “movimientos bruscos”, lo que condujo al diagnóstico de confusión mental⁴⁴⁴. En los psicóticos, las alucinaciones y los delirios distorsionaban su realidad hasta deteriorarlos, tal y como le sucedía a Pedro desde el abuso que sufrió. Una enfermedad psiquiátrica profundizó aún más la miserable situación de un hombre que aparentemente ya vivía en condiciones bastante precarias, a juzgar por su estado físico al ingresar al manicomio. En el examen somático se reveló que tenía desnutrición, un brote eritematoso pustular en la cara y en el cuello⁴⁴⁵, además de pelagra⁴⁴⁶ y tos. Pedro continuó en observación y tratamiento hasta que fue dado de alta el 31 de marzo de 1957, debido a una notoria mejoría en varios niveles. Además de haberse calmado luego del tratamiento con largactil y dos sesiones de electrochoques, había superado la infección pulmonar y sus lesiones cutáneas tenían una mejor apariencia.

Para la familia de Pedro, los síntomas se desencadenaron a raíz del abuso policial del que fue víctima. Así lo registró el psiquiatra en la historia clínica. Sin embargo, este hecho no tuvo

⁴⁴²Catalina Puerta, “Discurso político y violencia en Colombia, o cómo se construye un enemigo 1949-1980”, *Estudios de Derecho* 65, n.º 145 (2008): 200.

⁴⁴³Becerra, “Historia de la policía en Colombia”, 265.

⁴⁴⁴“Historia 27590”, hojas sueltas.

⁴⁴⁵Esto quiere decir que tenía el rostro y el cuello cubiertos de un brote enrojecido con llagas que expedían pus. “Historia 27590”, hojas sueltas.

⁴⁴⁶Esta es una enfermedad derivada de una alimentación deficiente en proteínas. A esta se asocian lesiones en la piel como las que presentaba Pablo.

una importancia significativa en la elaboración del diagnóstico o en la prescripción del tratamiento. La historia de violencia policial fue crucial para la elaboración del marco explicativo familiar, pero no tuvo la misma relevancia para los psiquiatras, que registraron la ocurrencia del incidente violento, pero no hicieron del relato un elemento clave para la selección del diagnóstico. En cambio, le dieron prevalencia a síntomas observables y llamativos como la confusión, la desorientación y las alucinaciones.

Por el contrario, la experiencia traumática que vivió Domingo Huertas fue crucial para la elaboración de su diagnóstico. En 1947, a sus 18 años, Domingo Huertas comenzó a prestar servicio militar. Ya en labor fue elegido para hacer parte del Batallón Colombia, una unidad militar que fue enviada a pelear en una guerra que se fraguaba al otro lado del mundo: la guerra de Corea. La guerra de Corea inició porque el 25 de junio de 1950 las tropas del ejército norcoreano cruzaron el paralelo 38, una frontera entre Corea del Sur, del bloque capitalista, y Corea del Norte, del bloque comunista, que se dispuso después de la Segunda Guerra Mundial y que debía ser infranqueable para ambos. Colombia participó en respuesta a la solicitud del presidente estadounidense Harry Truman para obtener apoyo de las Naciones Unidas y sus aliados políticos, con el fin de frenar la invasión comunista en Corea del Sur⁴⁴⁷. En su tiempo, la decisión de enviar un batallón colombiano a la guerra de Corea generó polémica debido a la situación de violencia, desgobierno y pobreza en la que estaba sumido el país⁴⁴⁸. El gobierno respondió a las críticas argumentando que buscaba enviar un mensaje bélico y de contención a las guerrillas colombianas emergentes y a la supuesta alianza entre los liberales, los ateos y los comunistas, que según el Partido Conservador tenían al país al borde de la debacle⁴⁴⁹.

Domingo Huertas llegó a Pusan, Corea, el 16 de junio de 1951 en el primer grupo de 1050 efectivos colombianos⁴⁵⁰. El 7 de agosto tuvieron su primera batalla, de la cual salieron victoriosos. Después siguieron dos meses de entrenamiento en armas y seguridad en la

⁴⁴⁷ Juan Meléndez, “Colombia y su participación en la Guerra de Corea: una reflexión tras 64 años de iniciado el conflicto”, *Historia y Memoria*, n.º 10 (2015): 210, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5757162>.

⁴⁴⁸ Meléndez, “Colombia en Corea”, 202.

⁴⁴⁹ Meléndez, “Colombia en Corea”, 207.

⁴⁵⁰ Meléndez, “Colombia en Corea”, 225; Bárbara Skladowska, “Los nombres de la patria en la Guerra de Corea, 1951-1953: ocaso de un mito”, (tesis de maestría en Historia, Universidad de los Andes, 2006), 68.

retaguardia⁴⁵¹ y, finalmente, la Operación Nómada, en la que debían tomarse tres colinas cercanas al paralelo 38 con el fin de hacer retroceder a las tropas enemigas para ganar ventaja en negociaciones futuras⁴⁵². No era una tarea fácil, pues debían atacar y defenderse mientras escalaban la pendiente. Lo hicieron con ametralladoras y fusiles, que fueron respondidas por los norcoreanos con granadas de mano. Aunque finalmente los colombianos lograron su cometido, la victoria les costó nueve bajas y treinta y dos heridos. Entre los heridos se encontraba Domingo Huertas, quien fue lanzado lejos por la deflagración y las esquirlas de una granada que explotó muy cerca de él⁴⁵³. Las marcas en su cráneo y su nalga izquierda registradas en el examen somático confirmaron la ocurrencia del hecho.

Luego del incidente, Domingo perdió el conocimiento por varios días y al despertar aún se encontraba en el escenario de la operación. Como sus heridas físicas no eran de gravedad, fue curado por sus mismos compañeros y no recibió atención médica inmediata; no obstante, debido a que la tristeza lo invadía y escuchaba silbidos, vivió un itinerario hospitalario que comenzó en el hospital de Seúl, siguió en un hospital de Japón y otro de la Cruz Roja norteamericana, hasta que finalmente regresó a Colombia en mayo de 1952. Ya en su país, el Ejército lo internó en la casa de reposo de Chía durante 14 meses, hasta que se fugó. Allí fue tratado con electrochoques, cardiazol y 60 sesiones de insulino terapia.

Al salir de la casa de reposo, Domingo Huertas buscó otras alternativas terapéuticas. Por eso visitó a un especialista sirio en Bogotá que lo trató con inyecciones de fósforo, vitaminas e inhalaciones de gas carbónico totalmente gratis⁴⁵⁴. Gracias a este tratamiento pudo trabajar sin problema durante una temporada, hasta que le comentó a su jefe que se había enfermado por haber participado en la guerra, debido a lo cual lo suspendió sorpresivamente. Aunque intentó retomar su vida en Ocaña, la depresión le impedía pararse de la cama.

Eliecer llegó al Manicomio de Varones de Sibaté el 9 de marzo de 1954 por iniciativa propia. De acuerdo con la historia clínica, lo que lo motivó a asistir fue que

⁴⁵¹ Christian Schroeder, “La influencia de la participación de Colombia en la Guerra de Corea en la construcción de la nueva mentalidad del Ejército Nacional desde 1951 hasta 1982” (tesis de pregrado en Politología, Universidad del Rosario, 2009), 23.

⁴⁵² Schroeder, “La influencia de Corea”, 23.

⁴⁵³ “Historia 26271”, Sibaté, 1954, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 2, folios sueltos.

⁴⁵⁴ “Historia 26271”, hojas sueltas.

[...] sentía angustia, miedo de morir y de irse al infierno, por lo que se confesaba frecuentemente. Dice que actualmente tiene miedo de entrar a las iglesias, y el temor de la muerte, de condenarse, tan solo se presenta esporádicamente. Es interesante anotar que cuando siente ese miedo, tiene un dolor precordial y sensación de adormecimiento en el brazo y mano izquierdos. [...] [...] Dice que no hay noche que no sueñe, a veces cosas buenas, paseos; a veces tragedias, muchas en Corea. [...] ⁴⁵⁵.

Domingo ingresó al manicomio en dos oportunidades más, y en cada ingreso recibió diagnósticos distintos: epilepsia psicomotora postraumática, psiconeurosis de guerra, neurosis de angustia y psiconeurosis. La dificultad para asignar un diagnóstico único era frecuente en la práctica psiquiátrica debido a la diversidad de clasificaciones, al entrecruzamiento entre sus síntomas y a los cambios que sucedían en el paciente en el proceso de elaboración de su historia ⁴⁵⁶. Sin embargo, en este caso, casi todos los diagnósticos pertenecían al grupo de las psiconeurosis, que Luis Jaime Sánchez describió como una etiqueta que se usaba con pacientes que no estaban “locos”, pero que debido a un desequilibrio psíquico eran “desadaptados emocionales” e “inválidos psíquicos” que sufrían y hacían sufrir a los demás con sus sentimientos y reacciones desproporcionadas ⁴⁵⁷. Un desequilibrio psíquico derivado de un trauma que en Domingo se manifestaba mediante síntomas como la angustia, el miedo a morir, las pesadillas y el adormecimiento de las extremidades. En este caso la guerra devino trauma y, con ello, etiología.

Domingo Huertas estuvo recluido en el manicomio en tres ocasiones: la primera durante dos meses, la segunda durante un mes y la tercera durante siete días. La mejoría que motivó la remisión no se consiguió con tratamientos biológicos, pues rara vez se usaban en estos casos. Lo ideal era utilizar psicoterapia ⁴⁵⁸, pero esto no era posible en el manicomio debido al número de pacientes y la escasez de personal. Lo único que el manicomio podía ofrecerle a Domingo era el aislamiento como tratamiento, junto con las terapéuticas morales que se administraban para apaciguar los ánimos de los pacientes. Y al parecer aliviaban su malestar,

⁴⁵⁵ “Historia 26271”, hojas sueltas.

⁴⁵⁶ Caponi, “Sobre la llamada revolución psicofarmacológica”, 668.

⁴⁵⁷ Sánchez, *Tratado de la clínica*, 370.

⁴⁵⁸ Sánchez, *Tratado de la clínica*, 375.

pues ingresó en una ocasión por petición familiar y dos por voluntad propia, a pesar de que declaró que sufría mucho al estar con los otros enfermos⁴⁵⁹.

En la guerra de Corea se vieron involucrados 4314 colombianos. De ellos, 131 perdieron la vida, 69 desaparecieron y 448 resultaron heridos. La mayoría eran de extracción humilde, pues varios de ellos trabajaban como choferes, cargabultos, mensajeros, artesanos, campesinos o soldados rasos con mala conducta⁴⁶⁰ o afiliación política contraria a la del gobierno de turno⁴⁶¹. No tenían motivaciones políticas para participar, pero fueron reclutados mediante promesas de una recompensa económica generosa, altos cargos en el Ejército o bajo coacción. Incluso hubo soldados que intentaron escapar antes de partir a Corea, pero fueron castigados y obligados a arriesgar sus vidas por una causa que no era la suya⁴⁶². Cada uno de ellos fue testigo de escenas que relataron como extremadamente violentas, con cadáveres diseminados, heridos sin sus extremidades, gritos y alaridos que rezaban: “¡Me mataron! ¡Virgen santísima!”⁴⁶³. Por lo tanto, no resulta sorprendente que Domingo no haya sido el único soldado colombiano afectado mentalmente por la guerra. De acuerdo con los testimonios de algunos sobrevivientes, tras llegar de Corea “muchos soldados llegaron a volverse locos”⁴⁶⁴, debido a lo cual terminaron viviendo en las calles⁴⁶⁵. Además, a causa de la estigmatización derivada de la proliferación de casos de este estilo, los excombatientes fueron rechazados en empleos formales o fueron despedidos⁴⁶⁶, tal y como le sucedió a Domingo.

De acuerdo con las historias de Hemequen Cerezo y Simón Ospina, al ingresar al manicomio, la violencia política podía transformarse en lenguaje clínico y jugar distintos papeles en la

⁴⁶⁰ Sebastián Quiroga, *Reinventar un héroe: narrativas sobre los soldados rasos de la guerra de Corea* (Bogotá: Universidad del Rosario, 2015), 35-221.

⁴⁶¹ Saúl Rodríguez, “¡Las fuerzas voluntarias chinas, dicen a las tropas colombianas: ¡Bienvenidas al frente de batalla! Colombia en la Guerra de Corea (1950-1953)”, *Revista de Historia de América* n.º 134 (2004): 105.

⁴⁶² Quiroga, *Reinventar*, 170.

⁴⁶³ Quiroga, *Reinventar*, 230.

⁴⁶⁴ Quiroga, *Reinventar*, 230.

⁴⁶⁵ Arturo Wallace, “Los soldados colombianos que combatieron en la Guerra de Corea”, BBC, 21 de julio de 2023,

https://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/07/130724_america_latina_colombia_soldados_veteranos_guerra_corea_aw.

⁴⁶⁶ Gabriel García Márquez, “De Corea a la realidad”, *El Espectador*, 21 de julio de 2023, <https://www.elespectador.com/el-magazin-cultural/de-corea-a-la-realidad-articulo-382895/>.

elaboración de un diagnóstico, según los otros síntomas de los que estuviera acompañada. En el caso de Hemequen Cerezo se hizo etiología de una enfermedad mental porque, según el paciente y su familia, tras su ocurrencia aparecieron los síntomas que lo aquejaban. De igual forma, Domingo Huertas fue diagnosticado con patologías que hacían del trauma el eje de su padecimiento. Por el contrario, la historia de desplazamiento forzado de Simón Ospina fue traumática para él, pero no fue determinante en la construcción de su diagnóstico, pues fueron más llamativos otros síntomas, como el estado de exaltación en que se encontraba. De igual manera le sucedió a Pablo Pedro Guerrero, cuya historia fue ignorada por los psiquiatras para la elaboración del caso.

La violencia, un síntoma ordinario

La revisión de los diez casos seleccionados subraya la conexión entre la psiquiatría, apenas consolidándose como especialidad médica, con la medicina legal. No en vano, hechos de violencia atraviesan las historias de los pacientes que, escuchadas por los médicos, son luego articuladas como parte de diagnósticos sobre la salud mental de sujetos que devienen así pacientes, incluso cuando son al tiempo sindicados. Muchos de ellos, precisamente por la violencia involucrada en sus historias, han sido objeto de prácticas policivas y legales de diferente índole. Es entonces cuando el resultado de los casos se convierte en un logro que no es exclusivo de la medicina, sino de una particular articulación con otras disciplinas y saberes. En este sentido, cada institución tenía un rol, y las posibles diferencias en la interpretación de muchos casos eran coordinadas gracias a que la ley y los procedimientos procuraban que los sindicados o pacientes surtieran su trayectoria por el sistema. Al mismo tiempo, los partícipes en el proceso diagnóstico no eran solo instituciones de control social. Las historias estudiadas permiten dar cuenta de la porosidad de los muros del Manicomio. No solo los pacientes y sindicados se escapaban, sino también la porosidad era un resultado de la participación de las familias, otros médicos y abogados en los casos.

Una vez los pacientes eran diagnosticados y recibían tratamiento, la relación entre los hechos previos al ingreso —fueran estos violentos o no— y la estadía perdía sustento: por ello tenemos en un caso a un sindicado de violación que duro internado muy poco tiempo, mientras que un hombre que se traviste estuvo recluido por muchos años. Este no es solo el resultado de un problema en el sistema de control sobre la anormalidad en relación con la

criminalidad, sino también señala la forma como interviene la psiquiatría en los casos, ya que en la medida que las historias de los pacientes estuviesen relacionadas con la anormalidad mental, lo que haya sucedido antes perdía importancia, pues la tarea consistía en tratar los síntomas de las enfermedades y no de castigar a los sujetos.

En la práctica médica del Manicomio, la peligrosidad real o potencial de los internos sí adquiría importancia más allá de los detalles de los hechos violentos en los que pudieran haberse visto involucrados los pacientes. La peligrosidad se convierte así en un elemento a considerar a la hora de tratar con los enfermos agresivos, peladores, alcoholizados, asustados, traumatizados, que hemos seguido en este capítulo. Los diagnósticos, por otra parte, no hacían necesariamente peligroso a algún tipo de paciente. Si bien los cuadros nosológicos describían características asociadas con la peligrosidad, por ejemplo, la impulsividad y agresión que hacía a los maniacos “locos furiosos”, no todos los casos de manía eran tratados de forma acorde a una peligrosidad teórica. Había pues pacientes con ese diagnóstico que no eran reclusos por mucho tiempo o con las precauciones propias de la peligrosidad.

Estudiar los casos a través de las historias clínicas permite ver al manicomio en acción, acercarse a su actividad práctica, y a su relación con otras instituciones. La violencia de los relatos, una vez ha sido encausada en el proceso diagnóstico, podía o no ser importante para los médicos. En algunos casos podía hacer parte de la comprensión de un caso en la que agredir a otro o haber sufrido un trauma hacían parte de psicosis maniaca, oligofrenia o psiconeurosis de guerra. En otros, los detalles violentos de los relatos podían ser dejados al margen, considerados irrelevantes en el marco del diagnóstico. Al mismo tiempo, incluso cuando indicaban un signo clínico, el contenido mismo del relato, el color de los hechos, los detalles de perpetuadores o víctimas, eran intrascendentes. Por esta misma razón, la violencia política que azotaba al país solo aparece en el Manicomio en boca de los pacientes. La institución demuestra así su aislamiento del contexto político y social, de tal manera que incluso uno de los contextos más convulsos de la historia del país no parece afectar el trabajo de los profesionales, dedicados a tratar lo que la violencia deja en los enfermos casi que como un epifenómeno de causas orgánicas y biológicas. La inexistencia de prácticas de psicoterapia o de un manejo interdisciplinar de los casos—recordemos, por ejemplo, como en 1939 la Junta General de la Beneficencia recomendó la contratación de sociólogos para trabajar en

los manicomios, vinculación que nunca sucedió como se mostró en un capítulo anterior—, impidió cumplir el propósito que pregonaba en su momento el doctor Laurentino Gómez de entender los casos en el marco de los problemas que experimentaba el país.

El aislamiento de Sibaté es también el resultado de su particular carácter en el marco de las instituciones hospitalarias, legales y de caridad del país. En el contexto de la violencia bipartidista los casos no dan pistas de que el Manicomio haya sido utilizado para controlar o encerrar la disidencia política. Incluso puede decirse que, si la articulación entre la medicina legal y la psiquiatría estaba destinada para controlar la anormalidad de los sujetos, vigilar y castigar la desviación, y asegurarse que los criminales enfermos fueran tratados, los casos estudiados demuestran como la porosidad del Manicomio podía, incluso, ser utilizada por sindicatos y abogados a su favor. Parte del problema radica, claramente, en la desfinanciación, escasez de personal y en el mismo carácter del Manicomio, a la vez hospital y auspicio, entidad estatal y de beneficencia, que dificultaba la tarea de identificación, captura y control en muchos de estos casos. Considérese, por ejemplo, el carácter temporal de Sibaté como manicomio criminal, situación que no se transformó durante el periodo estudiado a pesar de las obvias incapacidades tanto arquitectónicas, logísticas y de personal que el Manicomio tenía para cumplir ese propósito. Los médicos, por su parte, veían en ese rol temporal un obstáculo para el ejercicio adecuado de su labor como médicos: el tratamiento de los pacientes. Su prioridad estuvo pues en organizar un servicio que evitara el hacinamiento producto de los sindicatos y pacientes que era remitidos sin mucho criterio por médicos legistas y otros funcionarios.

Antes de devorarle su entraña pensativa

Antes de ofenderlo de gesto y palabra

Antes de derribarlo

Valorad al loco

Su indiscutible propensión a la poesía

Su árbol que le crece por la boca

con raíces enredadas en el cielo

Él nos representa ante el mundo

con su sensibilidad dolorosa como un parto

Me definiendo

Raúl Gómez Jattin

A modo de conclusiones

A lo largo de esta investigación analicé la relación entre las prácticas psi y la violencia en Colombia en un periodo particular caracterizado por múltiples confrontaciones motivadas por las diferencias partidistas, la Guerra fría, el anticomunismo y, en general, el desgobierno en el que se encontraba sumido el país. Uno de los grandes retos al realizar este trabajo fue la conceptualización de la violencia. Evitar establecer una definición de antemano y, en lugar de ello, ceñirme a lo que para las fuentes era violencia fue un gran acierto que develó una serie de fenómenos que, sin importar si correspondían con la agresividad, la crueldad, la furia, fueron analizados por las prácticas psi como un problema coyuntural de la historia nacional o como posibles síntomas de diagnósticos y pronósticos de la anormalidad mental. Los homicidios y el hostigamiento con motivaciones políticas, así como también el maltrato intrafamiliar, los abusos sexuales, las peleas callejeras y, especialmente, el potencial de causar daño sin llegar a acciones concretas, revelan la multidimensionalidad y la multicausalidad de un fenómeno que no podía simplemente reducirse a la violencia bipartidista o a la violencia como acciones que causan daño en el cuerpo.

Al pasar por las prácticas psi, la violencia devino lenguaje clínico. En extramuros, se convirtió en degeneración de la raza, desviaciones constitucionales, superyo debilitado, combatividad mal dirigida, contagio psíquico, inmoralidad y, a finales de la década de 1950, consecuencia de la represión estatal, el racismo y la pobreza. Por su parte, al ingresar al manicomio, la violencia pasó a ser un indicio más entre muchos otros. En los casos en los que los psiquiatras consideraron que había síntomas más determinantes, el hecho violento fue indiferente para establecer el diagnóstico y el pronóstico, así haya sido coyuntural en la historia de vida del paciente. En otros, la violencia devino locura furiosa, acceso maniaco, o etiología. En suma, para las prácticas psi la violencia fue, en el ámbito extramuros, un problema nacional de su interés que al pasar por sus saberes se convirtió en síntoma o consecuencia de las patologías que aquejaban al cuerpo social. En el ámbito intramuros la violencia recibió atención por parte de los psiquiatras solo en algunos casos; en otros, fue considerada, incluso, como un dato trivial que podía ser ignorado al diagnosticar al paciente.

A causa de la proliferación de la violencia, los psiquiatras elaboraron múltiples diagnósticos sobre el cuerpo social colombiano. Aunque estos se transformaron a lo largo de la periodización seleccionada, dieron cuenta de principio a fin de la anormalidad mental de los habitantes del país. A comienzos del siglo XX, la anormalidad fue caracterizada como el resultado de una raza degenerada, y en las décadas siguientes se atribuyó a un superyo debilitado o una combatividad desviada. Para tratar estas anormalidades, se propusieron múltiples tratamientos que debían ser dirigidos por la higiene mental, que no contaba con el apoyo y financiación del Estado, por lo que su institucionalización fue lenta y segmentada en entidades aisladas que no tenían el alcance suficiente como para impactar notablemente al cuerpo social.

A finales de la década de 1950 los psiquiatras se reunieron con sociólogos, antropólogos y sacerdotes para seguir reflexionando sobre la violencia. Gracias a esta lectura multidisciplinar dictaminaron que la responsabilidad sobre la violencia generalizada no recaía solamente en el cuerpo social anormal, sino también en el Estado, pues reprimía a la población y no le garantizaba condiciones de vida digna. Si estos factores se hubieran considerado antes, se habría podido reducir el impacto del conflicto y enfrentar los desafíos sociales que llevaron a la aparición de grupos guerrilleros, quienes, junto con el Estado, provocaron un nuevo ciclo de violencia. En la actualidad, tanto en áreas rurales como urbanas de Colombia, las personas siguen experimentando los efectos de la pobreza y la desigualdad, dos factores que han alimentado el conflicto armado durante años.

Las intervenciones preventivas de la higiene mental exploradas en el primer capítulo recaían, principalmente, sobre los infantes, pues se consideraba que a causa de su edad era plausible ponerles freno a las tendencias morbosas que se gestaban en su interior. Debido a ello, dichas prácticas no tuvieron un impacto sobre el manicomio, pues en sus instalaciones eran recluidos los colombianos en quienes el germen de la desviación ya se había instalado y había dado sus más prósperos frutos: la locura. O al menos, así debía suceder en la teoría. En la práctica, al Manicomio ingresaban hombres que no eran propiamente dementes y que, en algunos casos, no habían violentado o agredido a otras personas, pero que podían representar un riesgo para el orden extramuros por ser potencialmente peligrosos. Sin duda, esto demuestra

que el Manicomio también cumplía una labor preventiva, es decir, de profilaxis social, aunque sin un propósito explícito articulado con la higiene mental.

Dicho de otra forma, en el ámbito intramuros, hubo un factor que fue más trascendental que la violencia al establecer el pronóstico del paciente: la peligrosidad. El nivel de peligrosidad que encarnaba un paciente no se determinaba por la gravedad del hecho violento cometido, sino por lo crónico y degenerativo que fuera el diagnóstico y, así mismo, el pronóstico. Es por eso por lo que la reclusión del paciente que se travestía, pero que era “tranquilo” y “acomodado” fue más extensa que la de pacientes incurrieron en homicidio o abuso sexual. No obstante, no hay que desatender la influencia de otros factores en la duración de la reclusión, como la incidencia de la familia, o los efectos de la desfinanciación en el funcionamiento del manicomio. Las historias presentadas nos permitieron ver que, cuando el grupo familiar estaba presente e insistía en la reconsideración del diagnóstico, los pacientes, incluso los sindicados, eran dados de alta de manera más ágil. También es probable que las reclusiones se hicieran más extensas a causa del descuido de los casos por la desproporción entre la escasez de personal y la gran cantidad de pacientes.

En el discurso psiquiátrico, no había una diferenciación taxativa entre la peligrosidad que representaban los diferentes pacientes. En otras palabras, si el diagnóstico y el pronóstico indicaban que un interno era peligroso, no importaba si en la vida extramuros había cometido un asesinato o si se vestía de mujer. Para los psiquiatras un paciente no era peligroso por la naturaleza de los hechos violentos o por la ausencia de ellos en el caso, sino por el conjunto de síntomas que derivaban en la producción de un diagnóstico.

Para el Estado colombiano la salud mental extramuros e intramuros no era una prioridad, por lo que la cantidad de recursos que les invirtió fueron limitados. A causa de ello, la institucionalización de la higiene mental en Colombia fue tardía en comparación con otros países. Los avances escasos en este campo se debieron principalmente a los esfuerzos de instituciones universitarias como el Instituto de Psicología Aplicada de la Universidad Nacional. No obstante, su impacto a nivel nacional se vio restringido por la constante falta de recursos. Por otro parte, instituciones como el Manicomio de Varones de Sibaté operaron con recursos limitados provenientes, en su mayoría, de la caridad. A causa de ello, el personal era escaso, la población manicomial se encontraba hacinada y las instalaciones eran

insuficientes para impedir, incluso, la fuga de los pacientes. Como consecuencia, los psiquiatras se centraban en tratamientos de aplicación masiva, como terapias biológicas, y se descuidaba el uso de la psicoterapia. La falta de inversión estatal en este campo probablemente también es la causa de que nunca se haya construido el manicomio criminal al que según el Código Penal de 1936 debían ser enviados los criminales con anomalías en su personalidad. Dichos criminales terminaron siendo reclusos en el Manicomio de Varones de Sibaté, institución que no contaba con las instalaciones, los profesionales y los tratamientos que se requerían, según los psiquiatras de la época, para tratarlos.

La desfinanciación del Manicomio llevó a los psiquiatras a recurrir al uso indiscriminado de tratamientos como los electrochoques. No solo los utilizaron porque eran un método práctico de tratar a varios pacientes y reducir el hacinamiento. También los usaron para exponer a los sindicados en caso de que estuvieran fingiendo, ya que sabían que la violencia de los electrochoques sería insoportable y los llevaría a confesar. Aunque mi investigación no se centra en lo que podría considerarse como violencia psiquiátrica, las historias encontradas plantean la posibilidad de investigar este tema. No afirmo que los médicos fueran violentos, sino que las narrativas de los pacientes reflejan que se sintieron violentados por los procedimientos a los que fueron sometidos, y que los psiquiatras reconocían y usaban la violencia de estos tratamientos como un elemento diagnóstico y terapéutico.

Es probable que, debido a la falta de interés estatal en los hospitales psiquiátricos, estas instituciones no hayan sido utilizadas para patologizar, reprimir, torturar y aislar a la oposición política, como sucedió en otros países como Argentina o México en momentos históricos diferentes pero marcados por la violencia. Según los registros de historias clínicas analizadas, los psiquiatras se centraban en internar a personas que consideraban peligrosas, sin tomar en cuenta su ideología política o afiliación partidista. No se encontró evidencia de manipulación de diagnósticos para encubrir internamientos con motivaciones políticas en los casos estudiados.

Si bien el manicomio no se empleó para reprimir a los opositores políticos, desempeñó un papel fundamental en el sistema de defensa y control social, colaborando con otras instituciones en la captura, identificación, diagnóstico y reclusión de individuos potencialmente peligrosos. En esta red de control social, el manicomio tenía la

responsabilidad de confirmar la presunta peligrosidad de aquellos enfermos o sindicados enviados por los médicos legistas y, con ello, decidir si podían reinsertarse a la sociedad o si constituían un riesgo para el orden social extramuros.

Algunos pacientes y sus familias se valieron de este sistema para solicitar al hospital que reconsiderara su diagnóstico —y, por consiguiente, su nivel de peligrosidad— con el fin de obtener una reducción en su sentencia, llegando incluso a pagar un tiempo menor al estipulado por el Código Penal de 1936. De este modo, el hospital propiciaba la impunidad de ciertos delitos perpetrados por individuos que buscaban reducir sus condenas aprovechando la flexibilidad en su admisión y la revisión de su grado de peligrosidad. Estos pacientes manipulaban los límites entre la cordura y la locura establecidos por los psiquiatras con el fin de obtener consecuencias menos severas por sus acciones. Es evidente que, en situaciones como la colombiana, donde el Estado carece de los recursos y la estructura necesarios para mantener estas instituciones, los hospitales psiquiátricos no disponen de la infraestructura ni del personal para operar como el panóptico descrito por Foucault ni como las instituciones totales según Goffman. Como resultado, como hemos observado en los casos analizados, los pacientes se escapan con frecuencia o no reciben el seguimiento adecuado y sus períodos de reclusión se prolongan.

El catolicismo, representado por sacerdotes y órdenes religiosas, tenía una relevancia fundamental tanto en las propuestas de higiene mental como en los tratamientos aplicados dentro del manicomio. La Iglesia no solo tenía la tarea de fortalecer la moral de los colombianos y guiar sus almas hacia el bien para prevenir futuros brotes de violencia, sino también se le encomendaba el cuidado de los pacientes del manicomio y la sanación de sus almas a través de la orientación religiosa. Su papel era tan crucial que algunos psiquiatras proponían la implementación de una psiquiatría católica, argumentando que la higiene mental no podía dirigir la sociedad moderna sin tener como base los principios cristianos. Según la *Unitarian Medical Mission*, la psiquiatría en Colombia no avanzaría hasta que se abandonara esa concepción moral de las enfermedades mentales.

Asimismo, la higiene mental consideraba de suma importancia la vocación laboral como una herramienta para redirigir las constituciones desviadas de los colombianos, así como un tratamiento fundamental aplicado a los pacientes tranquilos del manicomio. En ambos casos,

no se veía solo como un tratamiento, sino como una oportunidad para convertir a estos individuos en personas útiles, capaces de mantenerse por sí mismos y contribuir al crecimiento de la economía nacional.

Esta tesis también me permitió adentrarme en el sufrimiento psicológico ocasionado por la violencia política en la población, un dolor que con frecuencia queda opacado por estadísticas y cifras que deshumanizan estas experiencias y se enfocan en otros aspectos de la guerra. Los padecimientos descritos en la investigación surgieron de disputas ideológicas que, en ocasiones, no les interesaban profundamente a las víctimas, pero que les causaron heridas profundas que afectaron su salud mental a lo largo de su vida y que empeoraron las condiciones de vida de una población que, en muchos casos, ya vivía en circunstancias precarias. Sus experiencias son solo una pequeña muestra de lo que la población colombiana vivió en este periodo y, probablemente, de lo que aun padece a causa de la guerra, aunque bajo otras banderas y motivaciones. Esta tesis muestra, además, como el estudio de las historias clínicas permite un abordaje apto para dar cuenta de las vidas de los pacientes y de las instituciones manicomiales, incluso en dimensiones propias de la intimidad de los sufrientes de la enfermedad mental y la exclusión en un país como Colombia.

Indudablemente, las reflexiones y las propuestas de la higiene mental de mediados del siglo XX siguen siendo relevantes en la actualidad, un presente aun atiborrado de violencias que, aunque no son las mismas ni son protagonizadas por los mismos personajes, siguen cobrando la vida y la salud mental de la población. En especial, estas reflexiones nos animan a considerar de manera continua y desde una perspectiva multidisciplinaria sobre las raíces del conflicto. También nos exhortan a apoyar iniciativas que prioricen la búsqueda de justicia social y la resolución de los conflictos sociales a través del diálogo, en lugar de la confrontación armada. Es un llamado a comprender que la inversión estatal en la justicia social y la salud mental también contribuye a reducir la violencia en nuestra sociedad.

Mi investigación representa solo el inicio de un largo camino por explorar. La relación entre la violencia y las prácticas psi es un campo de estudio prometedor. Por ejemplo, un análisis cuantitativo de los ingresos y egresos de los pacientes antes, durante y después del periodo de la Violencia proporcionaría información adicional sobre el papel que desempeñó el Manicomio de Varones de Sibaté y otras instituciones de su estilo durante ese período. Del

mismo modo, un análisis sistemático de historias clínicas relacionadas con la violencia política podría arrojar nuevas perspectivas sobre cómo las prácticas psi manejaron esa información, qué experiencias vivieron los colombianos de esa época y de qué otras formas los afectó. Aunque yo no pude realizar este trabajo debido a la falta de acceso adecuado a las fuentes, seguramente quienes me sucedan podrán obtener un mejor acceso a este material y seguir contribuyendo en esta línea de investigación. Este camino continúa abierto para futuros investigadores que deseen profundizar en este intrigante tema.

Bibliografía

Fuentes primarias

Archivos

Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Colombia

Archivo de la Beneficencia de Cundinamarca

Documentos impresos y manuscritos

Decretos, leyes y documentos oficiales

Administración general de la Beneficencia de Cundinamarca, “Lista de servicios asistenciales. Salarios por servicios domésticos del mes de enero del asilo de locos”, Sibaté, enero de 1940, Archivo de la Beneficencia de Cundinamarca, Bogotá, Sección indeterminada, Fondo indeterminado, Serie indeterminada, legajo indeterminado, hojas sueltas.

Administración general de la Beneficencia de Cundinamarca, “Lista de servicios asistenciales del Manicomio de Varones de Sibaté”, Sibaté, enero de 1942, Archivo de la Beneficencia de Cundinamarca, Bogotá, Sección indeterminada, Fondo indeterminado, Serie indeterminada, legajo indeterminado, hojas sueltas.

Asamblea Nacional Constituyente. “Constitución Política 1 de 1896”. Función Pública, 21 de julio de 2023.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?153#>

Beneficencia de Cundinamarca, “Contratos del personal científico. Dr. Pablo Sánchez San Miguel, médico de órganos de los sentidos del manicomio”, Sibaté, 1948, Archivo de la Beneficencia de Cundinamarca, Bogotá, Sección indeterminada, Fondo indeterminado, Serie indeterminada, legajos indeterminados, hojas sueltas.

Beneficencia de Cundinamarca, “Contratos del personal científico. Dr. Guillermo Sierra, médico técnico de electroterapia del manicomio”, Sibaté, 1948, Archivo de la

Beneficencia de Cundinamarca, Bogotá, Sección indeterminada, Fondo indeterminado, Serie indeterminada, legajos indeterminados, hojas sueltas.

Beneficencia de Cundinamarca. *Informe de la Junta general de la Beneficencia de Cundinamarca y del síndico gerente a la honorable Asamblea del departamento en sus sesiones de 1939*. Bogotá: Editorial Santafé, 1939.

Beneficencia de Cundinamarca. *Informe de la Junta general de la Beneficencia de Cundinamarca y del síndico gerente a la honorable Asamblea departamental*. Bogotá: Departamento de Cundinamarca, 1969.

Beneficencia de Cundinamarca. *Informe que rinde la Junta general de Beneficencia de Cundinamarca a la Asamblea general en sus sesiones de 1941*. Bogotá: Imprenta de la luz, 1941.

Beneficencia de Cundinamarca. *Informe que rinde la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca a la Asamblea General en sus sesiones de 1945*. Bogotá: Imprenta de la luz, 1945.

Beneficencia de Cundinamarca. *Memoria de la Junta general a la honorable Asamblea*. Bogotá: Imprenta de la luz, 1942.

Beneficencia de Cundinamarca. *Memoria de la Junta General de Beneficencia a la honorable Asamblea*. Bogotá: Editorial Minerva, 1945.

Bernate Ochoa, Francisco y Francisco José Sintura (eds). *Ley 95 de 1936 (Abril 24). Sobre Código Penal*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, 2019.

Cundinamarca. *Compilación de leyes y ordenanzas de la beneficencia y asistencia social de Cundinamarca 1869-1942*. Bogotá: Imprenta del Departamento, 1942.

Franco, Lisandro. *Informe Que Rinde La Junta General de Beneficencia de Cundinamarca a La Asamblea General En Sus Sesiones de 1934*. Bogotá: Imprenta de la luz, 1934.

Gobernación del Departamento de Cundinamarca. “Decreto 1437 de 1954 por el cual se aprueba el Decreto 0322”. Sistema Único de Información Normativa (SUIN-

Juriscol). 21 de julio de 2023. <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1286910>.

Humphreys II, George H. "Unitarian Medical Mission to Colombia. October 15- November 10, 1948", USC Medical Mission to Colombia, 1948.

Laverde, Ernesto. "Resolución 58 de 1958, por la cual se ordena el internamiento de un preso", Sibaté, 1958, Archivo de la Beneficencia de Cundinamarca, Bogotá, Sección indeterminada, Fondo indeterminado, legajo indeterminado, hojas sueltas.

Artículos y libros de psiquiatría, psicología y psicoanálisis

Aluma, Tufik Meluk. "Neurosis de angustia (aspecto teórico)". *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia* 25, n.º 5-8 (1957) 226-240.

Anónimo. "La Beneficencia de Cundinamarca". Diana 7 (Cali), 1958.

Anzola, Pedro Pablo. "De la locura moral". Tesis para el doctorado en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional de Colombia, 1904.

Bejarano, Jorge. "Por una política de educación y de higiene". *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia* 6, n.º 9 (1938): 500-503.

Camacho, Mario. "Lóbulos frontales y psicocirugía". *Anales Neuropsiquiátricos* 1, n.º 1 (1942): 71-102.

Colegio Médico de Honduras. "La biotipología y sus aplicaciones". *Revista médica hondureña* n.º 6 (1943): 297-309.

De Zachmann, Ester W. "Técnicas proyectivas". *Revista de Psicología* 2, n.º 2 (1957): 229-234. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/32406>.

Dudek, Frank J. y Harry O. Peterson, "Relationships among the Szondi Test Items". *Journal of Consulting Psychology* 16-5 (oct., 1952): 392-393.

Fals Borda, Orlando. "Soluciones sociales para el problema del odio". *Actualidad Cristiana* 20 (1960): 94-108.

- Gómez Pinzón, Francisco. “Higiene mental: conferencia dictada por la Radiodifusora Nacional”. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia* 9, n.º 7 (1941): 526-531.
- Gómez Pinzón, Francisco. “Higiene mental”. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia* 9, n.º 2 (1940): 89-97.
- Gutiérrez de Pineda, Virginia. “El odio y las tensiones en las comunidades pequeñas”. *Actualidad Cristiana* 20 (1960): 44-48.
- Jahrgang, N. “El "largactil" nuevo modificador del sistema nervioso con efectos neuroplejicos”. *Instantáneas médicas colombianas y del mundo entero* 6, (1953).
- Lopeztricas, José. “La historia del cardiazol”, Infofarmacia, 21 julio del 2023. <http://www.info-farmacia.com/historia/la-historia-del-cardiazol>
- Lourido, Francisco. “Tratamiento quirúrgico de algunos trastornos mentales”. *Revista de la Facultad de Medicina* 19, n.º 4 (1950): 144-154. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/30934>
- Márquez, Campo. “La orientación profesional, necesidad apremiante de la juventud colombiana”. *Revista Colombiana de Psicología* 2 n.º 2 (1957): 235-239.
- Moreno, Campo Elías. “Manicomio de varones de Sibaté”. *Revista órgano cultural de la Orden de San Juan de Dios. Hospitalarios* n.º 3 (1956): 34.
- Otero, Benjamin. “Manicomio de Varones de Sibaté”. *Instantáneas Médicas* n.º 26 (Bogotá), 1957, 6-8.
- Pastor, Agusti. “Tratamiento de la esquizofrenia por el coma insulínico”. Tesis Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional de Colombia, 1937.
- Paz Otero, Gerardo. “Higiene mental”. Tesis para grado en Medicina, Universidad del Cauca, 1958.
- Pigem, José. “La piroterapia, las curas de choque y asociación de métodos en psiquiatría”. *Anales de medicina y cirugía* 2, n.º 3 (1945): 260-264. <https://raco.cat/index.php/AnalesMedicina/article/view/183360>

- Rodrigo, Mercedes. "Introducción al estudio de la psicología en Colombia". *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia* 14, n.º 10 (1946): 705-723.
- Rodríguez Aranza, Ricardo. "Realidad del movimiento científico de Escuela Biológica en la América Latina". *Revista de la Facultad de Medicina* 6, n.º 12 (1938): 619-622.
- Sánchez, Luis Jaime. "Introducción al estudio de la psiquiatría". *Anales Neuropsiquiátricos* 3, n.º 15 (1949): 944-970.
- Sánchez, Luis Jaime. "La psicología en el mundo moderno". *Revista Colombiana de Psicología* 1, n.º 1 (1956): 9-21.
- Sánchez, Luis Jaime. "Orientaciones y desorientaciones de la psiquiatría en Colombia". *Anales Neuropsiquiátricos* 9, n.º 35 y 36 (1955): 15-25.
- Sánchez, Luis Jaime. *Tratado de la clínica de las enfermedades mentales*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 1952.
- Stahelin, J. y P. Kiehlolz. "El largactil, nuevo inhibidor del sistema vegetativo, en los trastornos psíquicos". *Instantáneas médicas colombianas y del mundo entero* 6 (1953).
- Uribe Cualla, Guillermo. "La personalidad psíquica". *Revista de la Facultad de Medicina* 9, n.º 6 (1940): 380-395.
- Uribe Cualla, Guillermo. "La psiquiatría en el código penal colombiano". *Anales neuropsiquiátricos* 3, n.º 11 (1949): 823-850.
- Uribe Cualla, Guillermo. "Problemas sociales de la comunidad". *Revista Colombiana de Medicina Legal y Ciencias Forenses* 15, n.º 83-84 (1959): 51-78.
- Uribe Cualla, Guillermo. "Tercer Congreso latinoamericano de salud mental en Lima del 27 de octubre al 1 de noviembre de 1958". *Revista de Medicina Legal de Colombia* 83, n.º 84 (1959): 19-48.

- Vergara, Hernán. "Combatividad contra agresividad en la higiene mental: la cultura occidental debe revisar su estatuto de valores". *Revista Colombiana de Psicología* 1, n.º 2 (1956): 130-141.
- Villar, Álvaro. "El odio, la violencia y la guerra". *Actualidad Cristiana*, n.º 20 (1960): 77-93.
- Villarreal, Jaime. "El odio a través de la adolescencia". *Actualidad Cristiana*, n.º 20 (1960): 22-43.
- Wallis, Robert. "Desarrollo y clasificación psicodinámica de los instintos". *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia* 18, n.º 6 (1949): 419-442.
- Zúñiga de Núñez, Concepción. "Acción de la clorpromazina en los trastornos emocionales y mentales". *Revista Colombiana de Psicología* 1, n.º 1 (1956): 60-67.

Artículos religiosos

- Alonso, Luis Alberto. "¿Por qué hay odio entre hermanos?". *Actualidad Cristiana* 20 (1960): 1-21.
- Anónimo. "Ecos", *Hospitalarios* 2 (1956) 3-5.
- Anónimo. "De los cuerpos a las almas". *Revista ecos hospitalarios* 1-3 (1949) 192.
- Anónimo. "Noticiario de Sibaté". *Ecos hospitalarios* n.º 4 (1949) 154.
- Anónimo. "Presentación". Órgano cultural de la Orden de San Juan de Dios. *Hospitalarios* n.º 33 (1956) 2.
- Anónimo. "Sibaté". *Revista ecos hospitalarios* 1, n.º 3 (1949): 77-79.
- Castro Silva, José Vicente. "Panorama". *Hospitalarios* 3 n.º 2 (1955): 71.

Historias clínicas

“Historia 15585”, Sibaté, 1946, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 2, folios sueltos.

“Historia 15944”, Sibaté, 1956, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja sin numerar, folios sueltos.

“Historia 16723”, Sibaté, 1955, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 2, folios sueltos.

“Historia 17447”, Sibaté, 1955, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja sin numerar, folios sueltos.

“Historia 19275”, Sibaté, 1958, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 2, folios sueltos.

“Historia 20209”, Sibaté, 1957, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja sin numerar, folios sueltos.

“Historia 25753”, Sibaté, 1955, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja sin numerar, folios sueltos.

“Historia 25892”, Sibaté, 1955, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja sin numerar, folios sueltos.

“Historia 26225”, Sibaté, 1955, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 2, folios sueltos.

- “Historia 2671”, Sibaté, 1955, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 5, folios sueltos.
- “Historia 27082”, Sibaté, 1956, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 2, folios sueltos.
- “Historia 27085”, Sibaté, 1956, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja sin numerar, folios sueltos.
- “Historia 27093”, Sibaté, 1956, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja sin numerar, folios sueltos.
- “Historia 27099”, Sibaté, 1955, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja sin numerar, folios sueltos.
- “Historia 27590”, Sibaté, 1957, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja sin numerar, folios sueltos.
- “Historia 27593”, Sibaté, 1957, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja sin numerar, folios sueltos.
- “Historia 27901”, Sibaté, 1956, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja sin numerar, folios sueltos.
- “Historia 29035”, Sibaté, 1956, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 6, folios sueltos.

“Historia 29044”, Sibaté, 1958, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 6, folios sueltos.

“Historia 29046”, Sibaté, 1958, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 6, folios sueltos.

“Historia 29156”, Sibaté, 1956, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja sin numerar, folios sueltos.

“Historia 29165”, Sibaté, 1958, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 6, folios sueltos.

“Historia 29275”, Sibaté, 1958, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 6, hojas sueltas.

“Historia 5062019”, Sibaté, 1958, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja 6, folios sueltos.

“Historia 77463”, Sibaté, 1958, Archivo General de la Nación (AGN), Bogotá, Sección Beneficencia de Cundinamarca, Fondo Historias clínicas del Manicomio de Varones de Sibaté, caja sin numerar, folios sueltos.

Otras fuentes

Beneficencia de Cundinamarca. *Boletín del cincuentenario del Hospital Neuropsiquiátrico Julio Manrique*. Bogotá: Archivo de la Beneficencia de Cundinamarca, 1987.

Fuentes secundarias

Abel, Christopher. *Ensayos de historia de la salud en Colombia, 1920-1990*. Bogotá: Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales, 1996.

- Ablard, Jonathan. “Una reevaluación de los archivos, los derechos humanos y la psiquiatría en la Argentina del Proceso (1976-1983)”. En *Locura en el archivo. Fuentes y metodologías para el estudio de las disciplinas psi*, coordinado por Aída Golcman. México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2022.
- Álvarez, Santiago. “¿A qué llamamos violencia en las ciencias sociales?”. *Hallazgos* 10, n.º 20 (2013): 61-71. <https://doi.org/10.15332/s1794-3841.2013.0020.04>.
- Alzate, Cindy. “El trastorno de estrés postraumático en la Segunda Guerra Mundial: Fundamentos conceptuales y prácticas psicosociales. Aspectos psicológicos de la guerra”. Tesis de pregrado, Universidad de Antioquia, 2016.
- Amar, Mauricio. “Cogito y locura. en torno al debate Foucault-Derrida”. *Fragmentos de filosofía*, n.º 10 (2012): 33-52. https://institucional.us.es/revistas/fragmentos/10/art_2.pdf.
- Aparicio, Sol. “Psicosis: de la Verdrängung a la forclusión”. *Revista Escansión* n.º 1 (1984): 95-117.
- Archila, Mauricio. “Voces subalternas e historia oral”. *Anuario colombiano de historia social y de la cultura* n.º 32 (2005): 293-308, <https://revistas.unal.edu.co/index.php/achsc/article/view/8196>.
- Ardila, Rubén. “Orígenes de la psicología profesional en Colombia: la significación histórica del 20 de noviembre de 1947”. *Revista Colombiana de Psicología* n.º 7 (1998): 227-231. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/16345>.
- Arendt, Hannah. *Sobre la violencia*. Madrid: Alianza, 2005.
- Ayala Diago, César Augusto. "Entre la religión y la política: Hernán Vergara Delgado, in memoriam". *Historia Crítica* n.º 19 (2000): 49-66. <https://doi.org/10.7440/historicrit19.2000.04>
- Banco de la República. “Historia del Banco de la República”. Website del Banco de la República. <https://www.banrep.gov.co/es/el-banco/contenidos/page/historia>

- Barrera Ortiz, Silvana Elizabeth. "Carl Gustav Jung: biografía y desarrollo de la psicología analítica", tesis de maestría en Docencia Universitaria, Universidad de San Carlos de Guatemala, 2008.
- Becerra, Dayana. "Historia de la policía en Colombia: actor social, político y partidista". *Diálogos de saberes*, n.º 34 (2011): 253-272.
- Benítez, Jorge Esteban. "Componentes estratégicos de la psicotecnia y sus proyecciones en el ámbito de la escuela, la fábrica y el mercado laboral (1930-1967)". *Revista de psicología (Santiago)* 27 n.º 1 (2018): 1-13. <https://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2018.50745>
- Betancourt, Darío. "Las cuadrillas bandoleras del norte de Valle, en La Violencia de los años cincuenta". *Historia crítica* n.º 4 (1990): 87-68. <https://doi.org/10.7440/histcrit4.1990.03>
- Blair Trujillo, Elsa. "Aproximación teórica al concepto de violencia". *Política y cultura*, n.º 32 (2009): 9-33. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26711870002>.
- Boggon, Laura. "Violencia, agresividad y agresión: una diferenciación necesaria". Ponencia, XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur, Universidad de Buenos Aires, 2006.
- Botticelli, Sebastián. "Prácticas discursivas. El abordaje del discurso en el pensamiento de Michel Foucault". *Instantes y Azares. Escrituras nietzscheanas*, n.º 9 (2011): 111-126.
- Caballero, Antonio. "La Violencia", Biblioteca Nacional de Colombia". Website, 21 de julio de 2023. <https://bibliotecanacional.gov.co/es-co/proyectos-digitales/historia-de-colombia/libro/capitulo11.html>
- Cadavid Castrillón, Ana Isabel. "Los locos también hacen historia". *Salus. Historia de la salud* 1, n.º 1 (2015): 27-58.
- Canguilhem, Georges. *Lo normal y lo patológico*. Buenos aires: Siglo XXI editores, 1971.

- Caponi, Sandra. "Para una genealogía de la anormalidad: la teoría de la degeneración de Morel". *Scientle Studia* 7, n.º 3 (2009): 425-445. <https://doi.org/10.1590/S1678-31662009000300004>
- Caponi, Sandra. "Sobre la llamada revolución psicofarmacológica: el descubrimiento de la clorpromazina y la gestión de la locura". *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 28, n.º 3 (2021): 661-683. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021000300003>
- Carpintero, Enrique y Alejandro Vainer, *Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70*. Buenos Aires: Editorial Topia, 2004.
- Castañeda, Sandra Lucía. "Una genealogía del racismo en Colombia: continuidades y discontinuidades del siglo XIX al siglo XX". En *Pensar el siglo XIX. Cultura, biopolítica y modernidad en Colombia*, editado por Santiago Castro Gómez. 286-319. Pittsburgh: Biblioteca de América, 2004.
- Centro Universitario Internacional de Barcelona. "¿Conoces el origen de la psicopedagogía?", Website, 10 de diciembre de 2015. <https://www.unibarcelona.com/int/actualidad/noticias/conoces-los-origenes-de-la-psicopedagogia>
- Colón Llamas, Luis Carlos y Germán Mejía Pavony. *Atlas histórico de barrios de Bogotá 1884-1954*. Bogotá: Alcaldía de Bogotá, 2019.
- Correa Gómez, María José. "De la casa de orates al Open Door: el paisaje del proyecto asilar chileno, 1852-1928". *Asclepio: Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* 69, n.º 2 (2017): 192. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2017.15>
- Correa Montoya, Guillermo. "La invención clínica del homosexual en Colombia, 1890-1980", *Revista de Psicología de la Universidad de Antioquia* 8-2 (2016): 121-145. <https://doi.org/10.17533/udea.rpsua.v8n2a08>
- Cruz, Olga Marcela. "Expresiones de la locura en el Virreinato de la Nueva Granada durante el siglo XVIII". *Frenia* 11, n.º 47-66 (2011): 47-66. <http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16520/16360>.

- Cueto, Marcos, Theodore Brown y Elizabeth Fee. “El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría”. *Apuntes* 38, n.º 69 (2011): 129-156.
- Culturas psi. “Quiénes somos”. Website, 16 de julio del 2023. https://www.culturaspsi.org/who_we_are.
- Del Cura, Mercedes y Rafael Huertas. “Higiene mental y educación terapéutica: la pedagogía ortofrénica en la España del primer tercio del siglo XX”. *Historia de la Educación* n.º 28 (2009): 89-107. <https://revistas.usal.es/tres/index.php/0212-0267/article/view/10263>
- Ferrari, José, Fernando Polanco, Miguel Gallegos, Rodrigo Lopes. “De las ciencias del comportamiento a los saberes psi: ¿un cambio de concepción histórica?”. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento* 8, n.º 2 (2016): 2-4. <http://www.scielo.org.ar/pdf/radcc/v8n2/v8n2a01.pdf>.
- Ferrero, Andrea. “El surgimiento de la deontología profesional en el campo de la psicología”. *Fundamentos en Humanidades* 6, n.º 11 (2005): 182-190.
- Foucault, Michael. *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2000.
- Foucault, Michael. *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI, 2009.
- Foucault, Michel. *Historia de La Locura En La Época Clásica I*. México: FCE, 1967.
- Freud, Sigmund. “El yo y el ello”. *Los textos fundamentales del psicoanálisis*, editado por Anna Freud. Barcelona: Ediciones Atalaya, 1993.
- Freud, Sigmund. “El yo y el ello”. *Los textos fundamentales del psicoanálisis*, editado por Anna Freud. Barcelona: Ediciones Atalaya, 1993.
- Freud, Sigmund. *Más allá del principio del placer*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2012.
- García Márquez, Gabriel. “De Corea a la realidad”. Website El Espectador, 23 de octubre de 2012. <https://www.elespectador.com/el-magazin-cultural/de-corea-a-la-realidad-article-382895/>

- Garzón, Alexandra. “Cuando la locura moraba en Ningunaparte. El Asilo de Locas de Bogotá y sus voces 1930-1950”. Tesis de doctorado, Universidad Nacional de Colombia, 2019.
- Giraldo, Santiago. “¿Puede hablar el subalterno?”. *Revista colombiana de antropología* 39, (2003): 298. <https://www.redalyc.org/pdf/1050/105018181010.pdf>.
- Goffman, Ervin. *Internados. Ensayo Sobre La Situación Social de Los Enfermos Mentales*. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2001.
- González González, Fernán E. *Poder y violencia en Colombia*. Bogotá: Odecofi, Cinep, 2014.
- González, Enrique. “Guerra civil: una psiquiatría para la represión”. En *Violencia y Salud mental*, coordinado por Iñaki Márquez Alonso, Alberto Fernández Liria y Pau Pérez. 45-60. Madrid: Asociación española de neuropsiquiatría, 2009.
- Gutiérrez Avendaño, Jairo y Yamid Arturo Marín Monsalve. “Poder psiquiátrico, formas clínicas y clasificación de la locura como enfermedad social en el caso del Manicomio Departamental de Antioquia 1920-1959”. *Katharsis* 14 (jul.-dic., 2012): 197-224. <https://doi.org/10.25057/25005731.457>.
- Gutiérrez Avendaño, Jairo. “Del régimen asistencialista a la psiquiatría dinámica en las primeras instituciones de salud mental en Cundinamarca, Antioquia y Valle del Cauca, 1900-1968”. En *Actualizando discursos. Trazos de historia de la psiquiatría y de la salud pública en el contexto iberoamericano*, coordinado por Álvaro Casas. 103-138. Medellín: Universidad de Antioquia, 2015.
- Gutiérrez Avendaño, Jairo. “Historiografía de la locura y de la psiquiatría en Colombia. De los médicos escritores a la perspectiva crítica, 1968-2018”. *HiSTOReLo. Revista de Historia Regional y Local* 11, n.º 21 (2019): 285-318. <https://doi.org/10.15446/historelo.v11n21.65660>
- Gutiérrez Márquez, María Teresa. “Pobres los pobres: debates políticos alrededor de la beneficencia de Cundinamarca en 1910 y 1920. Una aproximación desde el Estado colombiano”. *Historia y sociedad*, n.º 26 (2014): 121-148.

- Gutiérrez, Jairo. “Mens sana in corpore sano: incorporación de la higiene mental en la salud pública en la primera mitad del siglo XX en Colombia”. *Historia Caribe* 14, n.º 34 (2019): 91-121. <http://dx.doi.org/10.15648/hc.34.2019.3>
- Gutiérrez, Jairo. *Locura y sociedad. Alienismo tardío, psicopatología e higiene mental en la modernidad colombiana, 1870-1968*. Medellín: Institución Universitaria de Envigado, 2019.
- Guzmán Campos, Germán, Orlando Fals Borda y Eduardo Umaña Luna, *La violencia en Colombia*. Bogotá: Taurus, 2016.
- Henaó Holguín, Diana. “Bandolerismo rural en el Bajo Cauca, Magdalena Medio y el Nordeste antioqueño (Colombia), 1953-1958” *Historelo* 7, n.º 14 (2015): 285-319. <http://dx.doi.org/10.15446/historelo.v7n14.48708>
- Hering, Max. *Cuerpos anómalos*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2013.
- Hernández, Myriam, Catalina Riveros Gómez, Mónica Johanna Rueda, Yamile Salinas Abdala y Juan Manuel Zarama Santacruz. *Una nación desplazada. Informe nacional de desplazamiento forzado en Colombia*. Bogotá, Centro Nacional de Memoria histórica, 2015.
- Hurtado Albarracín, Alexander. “Construcción del Código Penal colombiano de 1936”. Tesis de maestría en Historia, Universidad Nacional de Colombia, 2019.
- Jaramillo Marín, Jefferson. “El libro La Violencia en Colombia (1962-1964): radiografía emblemática de una época tristemente célebre”. *Revista Colombiana de Sociología* 35, n.º 2 (2012): 35-64. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/recs/article/view/37196>
- Jaramillo Marín, Jefferson. “La Comisión Investigadora de 1958 y la Violencia en Colombia”. *Universitas Humanística* n.º 72 (2011): 37-62.
- Jiménez, Eliana. “La voz del paciente en cartas del Manicomio Departamental de Antioquia, 1930-1958”. Tesis de especialización, Universidad de Antioquia, 2019.

- Kierbel, Valeria, Emilia Freston y Sofía Degaudencio, “La Asociación de Psicólogos de la Plata (aplp) durante la última dictadura cívicomilitar: las jornadas platenses de psicología (1976 – 1980)”. Ponencia, Congreso V Internacional de Investigación, 11 al 13 de noviembre de 2015.
- Kleinman, Arthur. *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. California: University of California Press, 1981.
- Koch, Matías y Cristian Montés. “Psicopatía: una revisión acerca de su definición y evolución conceptual en la historia de la psiquiatría”. *Revista de psiquiatría clínica* 56, n.º 1-2 (2018): 45-60.
<https://revistas.uchile.cl/index.php/RPSC/article/view/65043>
- Le Bon, Gustave. *La psicología de las masas*. Madrid: Editorial Verbum, 2018.
- Liberman, Jeffrey y Ogi Ogas. *Historia de la psiquiatría*. Madrid: Penguin Random House, 2016.
- López de Mesa, Luis Eduardo. "Elogio de la bondad". *Textos e imágenes rescatadas de Luis López de Mesa*, editado por Jaime Eduardo Molina y Darío Ruiz. Medellín: Universidad Nacional de Colombia, 2012.
- López, Sebastián. “Revisión de la psicopatía: pasado, presente y futuro”. *Revista puertorriqueña de psicología* 24, n.º 2 (2013): 1-16.
<https://www.redalyc.org/pdf/2332/233229143007.pdf>
- Mariano Rupertuz y Lévy Lazcano. “¿Qué les pasa a estos niños? Respuestas desde los saberes psi en Buenos Aires (1900-1940)”. *Psicoperspectivas* n.º 3 (2017): 55-70.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v10n3/v10n3a06.pdf>.
- Márquez Valderrama, Jorge Humberto y Oscar Gallo Vélez. “Eufemismos para el hambre: saber médico, mortalidad infantil y desnutrición en Colombia, 1888-1940”. *Historia y Sociedad* n.º 32 (2017): 21-48.

- Martínez, Agustín. “La violencia. Conceptualización y elementos para su estudio”, *Política y cultura* n.º 46 (2016): 7-31. <https://polcul.xoc.uam.mx/index.php/polcul/article/view/1300/1275>.
- McAvoy, Jean. “Psy disciplines”. *Encyclopedia of Critical Psychology* (2014). https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5583-7_611.
- Meléndez Camargo, Juan David. “Colombia y su participación en la Guerra de Corea: una reflexión tras 64 años de iniciado el conflicto”. *Historia y Memoria* 10, (2015): 199-239. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5757162>
- Mendoza, Constanza. “Sociología y salud mental: una reseña de su asociación”. *Revista colombiana de psiquiatría* 38 n.º 3 (2009): 555-573.
- Mol, Annemarie. *El cuerpo múltiple. Ontología en la práctica médica*. Bogotá: Ediciones Uniandes, Editorial Universidad del Cauca, 2021.
- Moreno, Florentino. “Violencia colectiva, violencia política, violencia social. aproximaciones conceptuales” en *Violencia y Salud mental*, coordinado por Iñaki Márquez Alonso, Alberto Fernández Liria y Pau Pérez. 19-36. Madrid: Asociación española de neuropsiquiatría, 2009.
- Muñoz Rojas, Catalina. *Los problemas de la raza en Colombia. Más allá del problema racial: el determinismo geográfico y las “dolencias sociales”*. Bogotá: Universidad del Rosario, 2011.
- Navarro, María José. “De hospitales para el alma a dispositivos de poder: arquitectura en las instituciones psiquiátricas aragonesas (1809-1930)”. Tesis de doctorado, Universidad Nacional de Educación a Distancia, 2015.
- Oquist, Paul. *Violencia, conflicto y política en Colombia*. Bogotá D.C.: Instituto de Estudios Colombianos, 1978.
- Organización Mundial de la Salud. “Constitución”. Website. 18 de febrero de 2022. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

- Organización Panamericana de la Salud. *Directorio de psiquiatras de América Latina*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1968.
- Ospina, María Angélica. *Entre el amor y el fármaco. Los pacientes afectivos frente a la psiquiatría institucional en Bogotá, Colombia*. Bogotá: Ediciones Uniandes, 2010.
- Ospina, Mireya y Clavijo, Kelly. “Una mirada sistémica a la violencia de pareja: dinámica relacional, ¿configuradora del ciclo de violencia conyugal?”. *Textos y sentidos* n.º 14 (2019): 107-122. <https://revistas.ucp.edu.co/index.php/textosysentidos/article/view/219>.
- Pacheco Yáñez, Luis, Daniel Padró Moreno, Wendy Dávila Wood, Sofía Alvarez de Ulate Unibaso y Pablo Gómez de Maintenant de Cabo. “Reseña histórica sobre las llamadas terapéuticas biológicas en psiquiatría”. *Norte de Salud Mental* 13, n.º 52 (2015): 89-99. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5191745>.
- Pinzón, Carlos y Rosa Suárez. “Etnocidio y locura”. *Revista Colombia de Antropología* 27, (1989): 93-116. <https://doi.org/10.22380/2539472X.1658>
- Pizarro, Francisco y Mariano Ruperthuz. “Presencia y función de los saberes psi en la Edad de oro. De la literatura de Ciencia Ficción chilena (1959- 1973)”. *Estudios filológicos*, n.º 65 (2020): 45-63. <https://www.scielo.cl/pdf/efilolo/n65/0717-6171-efilolo-65-45.pdf>.
- Planella, Jordi. “Repensar la violencia: usos y abusos de la violencia como forma de comunicación en niños y adolescentes en situación de riesgo social”. *Intercambio* n.º 8 (1998): 92-107. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=188718>.
- Plumed, José y Luis Moreno. “El tratamiento de las psicosis funcionales en España a principios del siglo XX (1917-1931)”. *Actas Españolas de Psiquiatría* 38, n.º 3 (2010): 163-169. <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/11/63/ESP/11-63-ESP-163-169-278851.pdf>.
- Porter, Roy. “Historia del cuerpo revisada”. En *Formas de hacer historia*. Madrid: Alianza editorial, 2009.

- Porter, Roy. *A Social History of madness. Stories of the insane*. Londres: Weidenfeld and Nicolson, 1987.
- Postel, Jacques y Claude Quérel. *La nueva historia de la psiquiatría*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 2001.
- Puerta, Catalina. “Discurso político y violencia en Colombia, o cómo se construye un enemigo 1949-1980”. *Estudios de Derecho* 65, n.º 145 (2008): 191-220.
- Quevedo, Emilio, Germán Enrique Pérez, Néstor Miranda C., Juan Carlos Eslava C., Mario Hernández A. *Historia de la medicina en Colombia. De la Práctica Liberal a la Socialización Limitada (1918-1975)*. Bogotá: Grupo Editorial Norma, 2010.
- Quiroga Cubides, Sebastián. *Reinventar un héroe: narrativas sobre los soldados rasos de la guerra de Corea*. Bogotá: Universidad del Rosario, 2015.
- Ramírez, María Teresa y Juana Patricia Téllez. “La educación primaria y secundaria en Colombia en el siglo XX”. Banco de la República Website. 12 de enero de 2006. <https://www.banrep.gov.co/docum/ftp/borra379.pdf>
- Resúmenes Entelekia, “Freud, Más allá del principio del placer”. YouTube. 10 de junio de 2019. <https://www.youtube.com/watch?v=pISfQdbdooM>
- Ríos, Andrés. “La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910–1920”. Tesis de doctorado, El Colegio de México, 2007.
- Rivera, Cristina. *La Castañeda*. México: Debolsillo, 2022.
- Rodríguez Hernández, Saúl Mauricio. “¡Las fuerzas voluntarias chinas, dicen a las tropas colombianas: ¡Bienvenidas al frente de batalla! Colombia en la Guerra de Corea (1950-1953)”. *Revista de Historia de América* 134, (ene.-jun., 2004): 89-113.
- Rodríguez, Diana. “Los locos de Bogotá: del tratamiento y las representaciones de la locura en Bogotá, 1850-1930”. Tesis de pregrado en Historia, Pontificia Universidad Javeriana, 2015.
- Roselli, Humberto. *Historia de la psiquiatría en Colombia, Tomo I*. Bogotá: Editorial horizontes, 1968.

- Rosselli, Humberto. "La psiquiatría de la violencia en Colombia". Ponencia, Reunión Anual de la ASHP, 1986.
- Ruperthuz, Mariano y Lévy Lazcano. "¿Qué les pasa a estos niños? Respuestas desde los saberes psi en Buenos Aires (1900-1940)". *Psicoperspectivas* 3 (2017). <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v10n3/v10n3a06.pdf>.
- Sacristán, Cristina. "Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna". *Frenia* 5, n.º 1 (2005): 9-33. <https://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16413/16259>.
- Safford, Frank y Marco Palacios, *Historia de Colombia. País fragmentado, sociedad dividida*. Bogotá: Universidad de los Andes, 2012.
- Salazar, Alejandro. "Alcoholismo y Degeneración en el Manicomio Departamental de Antioquia, Colombia, 1920-1930". *Asclepio* 69, no. 2 (2017): 191. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2017.14>.
- Salcedo Serna, Marco Alexis. "El aparato psíquico freudiano: ¿una máquina mental". *Revista de Psicología GEPU* 1, n.º 2 (2010): 89-127.
- Sánchez Moreno, Esteban. "Sociología y salud mental: reflexiones en torno a un desencuentro" *Revista internacional de sociología* 60, n.º 31 (2002): 35-58. <https://doi.org/10.3989/ris.2002.i31.704>
- Sánchez, José Fernando. "Los hospicios y asilos de la Beneficencia de Cundinamarca entre 1917-1928: discursos y prácticas". *Sociedad y Economía*, n.º 26 (2014): 65-92. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-63572014000100004&lng=en&nrm=iso.
- Sanín, Álvaro. "Laborterapia en un hospital psiquiátrico". *Revista Latinoamericana de Psicología* 8, n.º 3 (1976): 496-507. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80580318.pdf>.
- Schroeder González, Christian. "La influencia de la participación de Colombia en la Guerra de Corea en la construcción de la nueva mentalidad del Ejército Nacional desde 1951 hasta 1982". Tesis de pregrado, Universidad del Rosario, 2009.

- Segato, Rita Laura. *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes, 2003.
- Silva Pertuz, Marta. “La enseñanza de la psicología en Colombia. El legado rodriguista. Cambios y perspectivas”. *Psicogente* 10 n.º 17 (2007): 60-73.
- Simpson Beltrán, Valentina. “Psiquiatría, moralidad y locura: la construcción del Hospital Psiquiátrico de Sibaté y discurso psiquiátrico de 1916 a 1966”. Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Colombia, 2015.
- Skladowska, Bárbara. “Los nombres de la patria en la Guerra de Corea, 1951-1953: ocaso de un mito”. Tesis de maestría, Universidad de los Andes, 2006.
- Stem, Alexandra. “Mestizofilia, biotipología y eugenesia en el México posrevolucionario: hacia una historia de la ciencia y el Estado, 1920-1960”. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad* 21 n.º 81 (2000): 57-91.
- Szurmuk, Mónica y Robert Mckee, *Diccionario de estudios culturales latinoamericanos* México: Siglo XXI Editores, 2009.
- The United States Holocaust Memorial Museum. “El asesinato de los discapacitados”, Website Enciclopedia del holocausto, 16 de julio de 2023, <https://encyclopedia.ushmm.org/content/es/article/the-murder-of-people-with-disabilities>
- Torrano, Andrea. “Canguilhem y Foucault de la norma biológica a la norma política”. *Estudios de epistemología*, n.º 10 (2013): 122-144. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/864>
- Torres, Luis. “Tratamiento moral y condiciones de encierro en la casa de orates: los límites del proceso de medicalización en santiago, 1852 – 1891”. *Revista de Historia Social y de las Mentalidades* 18, n.º 2 (2014): 85-108. <https://www.revistas.usach.cl/ojs/index.php/historiasocial/article/view/2024>.

- Tovar Mosquera, Juan Vianey. “Eugenesia en Colombia: un problema de justicia social”. *Revista Colombiana de Bioética* 11, n.º 1 (2016) 35-53. <https://doi.org/10.18270/rcb.v11i1.1623>
- Universidad Complutense de Madrid. “El test de Szondi”. Website Biblioteca de Exposiciones Virtuales de la Universidad Complutense de Madrid. <http://bibliotecaexposiciones.ucm.es/exhibits/show/testspsicologicos/tecnicasproyectivas/otrastecnicas/szondi>
- Uribe Tobón, Carlos Alberto y Santiago Martínez Medina, “Aprender a hacer historias clínicas, aprender a ser médico: el diagnóstico clínico como práctica, comunicación y relación”. En *Habilidades de comunicación en la formación médica contemporánea, una experiencia pedagógica*, editado por Elena Trujillo y Daniel Suárez. Bogotá: Ediciones Uniandes, 2019.
- Uribe Tobón, Carlos Alberto. “Magia y locura: la violencia simbólica y la enfermedad mental” *Revista de la Facultad de Medicina* 45, n.º 4 (1997): 189-194.
- Vanadia, Laura. “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* 18, n.º 2 (2021): 106-119. <http://dx.doi.org/10.32467/issn.1982-1492v18n1p106-119>.
- Vanegas, Samuel. “El trabajo de la Misión de Economía y Humanismo en Colombia 1954-1958”, tesis de Sociología, Pontificia Universidad Javeriana, 2015.
- Vázquez, María del Rosario. “La Iglesia y la violencia bipartidista en Colombia (1946-1953): análisis historiográfico”. *Anuario de Historia de la Iglesia* 16 (2007): 309-334.
- Vissani, Laura, Elena Scherman, Patricia Fantini y Nilda Delfina. “Exilio interno y campo psi en Córdoba durante la última dictadura militar. Del poder y las experiencias de resistencia”. Ponencia, Congreso XI Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, 2019.
- Wallace, Arturo. “Los soldados colombianos que combatieron en la Guerra de Corea”. Website BBC. 24 de julio de 2013.

<https://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/07/130724>

[america latina colombia soldados veteranos guerra corea aw](#)

Wieviorka, Michel. “La violencia: destrucción y constitución del sujeto”. *Espacio Abierto*

10, n.º 3 (2006): 337-347.

<https://produccioncientificaluz.org/index.php/espacio/article/view/2149>.