



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Universidad de la República
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Trabajo

Programa de Doctorado en Ciencias Sociales con especialización en Trabajo Social

Tesis de Doctorado

**Higienismo, psiquiatría y peligrosidad: un análisis genealógico sobre la
medicalización del crimen en Uruguay**

Autora: María José Beltrán Pigni

Montevideo

2024



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Ciencias
Sociales



Trabajo
Social

Higienismo, psiquiatría y peligrosidad: un análisis genealógico sobre la medicalización del crimen en el Uruguay

Autora: María José Beltrán Pigni

Tesis presentada con el objetivo de obtener el título de Doctora en Ciencias Sociales con especialización en Trabajo Social.

Orientadora: Prof.^a Dra. Myriam Mitjavila

Co-orientadora: Prof.^a Dra. Elizabeth Ortega

Montevideo

2024

Agradecimientos

A Myriam Mitjavila, quien me orientó en los trabajos de maestría y doctorado brindando sus rigurosos análisis, siempre generosa en todo sentido con sus devoluciones. Gracias por compartir proyectos y saberes, gracias por el tiempo y la dedicación para corregir este trabajo.

A Elizabeth Ortega, quien también me acompañó en todas las etapas de este trabajo, con sus lecturas atentas y comprometidas. Gracias por tus aportes que me han ayudado a comprender, entre otras cosas, el lugar de lo institucional en estos procesos.

Agradezco a la vida universitaria por haberme cruzado con ambas. Estaré eternamente agradecida con ustedes. He aprendido muchísimo y seguro compartiremos muchos otros proyectos.

A quienes han coordinado el Doctorado en Ciencias Sociales en este periodo: Pablo Bentura, Laura Vecinday y Carolina González, por la oportunidad de continuar formándome en nuestra casa de estudios, por los cursos y seminarios que supieron gestionar, que siempre fueron de la mejor calidad académica.

A la Comisión Académica de Posgrado por la beca que me permitió realizar parte de los cursos obligatorios, principalmente, el relevamiento de todo el material documental con el que se trabaja en esta tesis.

A las funcionarias y funcionarios de las bibliotecas en donde se encontró el material documental: a Amparo de los Santos de la sección Hemeroteca de la Facultad de Medicina, a Sandra Burgues y Ángela Santuorio de la biblioteca de la Cátedra de Historia de la Medicina, a quienes trabajan en la Sala Uruguay de Biblioteca Nacional y del Archivo General de la Nación.

A las compañeras del Doctorado, generación 2013, por los aprendizajes compartidos y el aliento permanente para finalizar esta etapa de la formación: Natalia Magnone, Sandra Sande, Cecilia Espasandín y Mariana Aguirre.

A los compañeros y compañeras del Departamento de Trabajo Social, en especial a los integrantes del Proyecto Integral *Protección Social, instituciones y práctica profesional*, por la comprensión en las ausencias, por el apoyo que me dieron en todo el proceso: Elizabeth Ortega, Celmira Bentura, Cecilia Sapriza, Alicia Tommasino, Alejandro Mariatti, Cecilia Rodríguez, Mónica Brun, Florencia Bentancor, Renzo De León, Gimena Pérez.

A Fabricio Vomero, por compartir materiales y discutir conmigo parte de los contenidos de este trabajo.

A mamá, Graciela Pigni, a mi hermano Juan Pablo Beltrán y a Carlos Melgarejo (Q.E.P.D). Gracias por acompañarme todo este tiempo y colaborar en los cuidados de los niños mientras me dediqué a escribir y corregir este trabajo.

A Rosana Acosta y Uriel Noria, quienes me recibieron generosamente en su casa y cuidaron a Julián en la etapa final de corrección de este trabajo.

A mis amigas de la Facultad: Claudia Espeldoye, Carolina Borges, Bárbara Silveira y Leticia Bassi. Gracias amigas por los momentos que pasamos juntas y por todo lo que me alentaron este tiempo.

A mi compañero de vida y hermosa persona, Andrés Techera, que me apoyó y alentó en todo este proceso, quien ha sido sostén emocional y de la vida cotidiana para que pudiera finalizar esta etapa. Gracias por cuidar a los niños, la casa y a mí.

Este trabajo está dedicado a los hermosos hijos que tenemos juntos, fuentes de amor e inspiración: Amadeo y Julián.

Resumen

En esta tesis se analiza la intervención de la medicina en la gestión del comportamiento criminal y la peligrosidad, en Uruguay, en las primeras cuatro décadas del siglo XX; dando respuesta a las siguientes preguntas: ¿qué particularidades adoptó la intervención del saber médico en la gestión del crimen en Uruguay, y, qué papel desempeñó la peligrosidad en ese proceso? Metodológicamente se optó por un enfoque genealógico de cuño Foucaultiano, por entender que a través de este se podía dar cuenta de la constitución de saberes, discursos y prácticas respecto de la asociación entre crimen, locura y anormalidad, en un contexto sociohistórico que ofreció condiciones de posibilidad para ello. Esas condiciones fueron: el proceso de modernización y secularización de la sociedad uruguaya; la creciente consolidación del saber y el poder médico; una notoria preocupación por la composición y la reproducción biológica y social de los sectores populares; y la necesidad de gestionar un conjunto de comportamientos considerados desviados. El periodo seleccionado se basa en la premisa de que fue entonces donde se construyeron los elementos matriciales de la conversión del crimen en objeto del saber y la práctica médica, los cuales se muestran persistentes en gran parte de las concepciones actuales sobre el crimen y la peligrosidad. A partir de la segunda década del siglo XX, el discurso de la defensa social se instaló nítidamente a nivel social, y el tejido normativo creado pudo promover y sostener medidas tendientes a prevenir comportamientos considerados peligrosos. La psiquiatría comienza a producir saber acerca de la peligrosidad e intervenir en diversas áreas de la vida social, cumpliendo una función política de regulación y control. Dos fueron los espacios donde se puede destacar esa injerencia del saber médico: el alcoholismo y la infancia “socialmente problemática”. En ambos espacios se inauguraron formas de intervención basadas en el despliegue de acciones educativas, de fuerte carácter moralizador. Los modelos etiológicos que organizaron la medicalización del crimen y la peligrosidad se basaron en una asociación entre factores biológicos y sociales, de carácter constitucional. Las «condiciones malsanas» de existencia, los hábitos de vida «desajustados» tales como la ausencia de hábitos de trabajo o el consumo de alcohol fueron factores explicativos de peligrosidad. Hacia mediados de siglo XX, comenzó a delimitarse una tendencia a ubicar en la biografía del individuo las causas del crimen y la peligrosidad.

Palabras clave: Medicalización del crimen; Peligrosidad; Higienismo; Psiquiatría

Abstract

This doctoral thesis examines the intervention of medicine in the management of criminal behavior and dangerousness in Uruguay during the first four decades of the 20th century, addressing the following questions: What particularities did medical knowledge take on in the management of crime in Uruguay, and what role did dangerousness play in this process? In terms of methodology, a Foucauldian-inspired genealogical approach was embraced, recognizing its ability to elucidate the formation of knowledge, discourses, and practices concerning the nexus of crime, madness, and abnormality, in a socio-historical context that provided conditions for it. These conditions included the modernization and secularization of Uruguayan society, the growing consolidation of medical knowledge and power, a notable concern for the biological and social composition and reproduction of the lower classes, and the need to manage a set of behaviors considered deviant. The selected period is based on the premise that it was during this time that the foundational elements of the transformation of crime into an object of medical knowledge and practice were constructed, elements that persist in many current conceptions of crime and dangerousness. From the second decade of the 20th century, the discourse of social defense became firmly established at the social level, and the regulatory framework created could promote and sustain measures aimed at preventing behaviors deemed dangerous. Psychiatry began producing knowledge about dangerousness and intervening in various areas of social life, serving a political function of regulation and control. Two spaces where the medical knowledge's influence can be highlighted are alcoholism and «socially problematic» childhood. In both spaces, intervention forms were inaugurated based on the deployment of educational actions with a strong moralizing character. The etiological models that organized the medicalization of crime and dangerousness were based on an association between biological and constitutional social factors. «Unhealthy conditions» of existence, «misadjusted» lifestyle habits such as the absence of work habits or alcohol consumption, were explanatory factors for dangerousness. By the mid-20th century, a trend began to emerge, locating the causes of crime and dangerousness in the individual's biography.

Keywords: Medicalization of crime; Dangerousness; Hygienism; Psychiatry

Índice

| | |
|--|-----------|
| Introducción..... | 10 |
| Médicos y jueces para la gestión del crimen | 13 |
| Antecedentes | 16 |
| Fundamentación de la estrategia metodológica utilizada | 19 |
| Fuentes documentales..... | 22 |
| Publicaciones médicas..... | 23 |
| Revistas | 23 |
| Boletines | 24 |
| Informes médico-legales..... | 24 |
| Las Ligas y sus documentos..... | 24 |
| Otras publicaciones de difusión | 25 |
| Estructura de la tesis | 25 |
| Capítulo 1 La intervención de la medicina en el campo de la criminalidad | 27 |
| 1.1. La medicalización del crimen como estrategia biopolítica..... | 29 |
| 1.2. Poder psiquiátrico y medicalización del crimen..... | 32 |
| 1.3. La modernización uruguaya: secularización, medicalización e higienismo | 38 |
| 1.4. Higienismo y eugenesia: condiciones de posibilidad para el gobierno de la peligrosidad..... | 41 |
| 1.5. Condiciones sociopolíticas para el impulso del gobierno de la peligrosidad..... | 44 |
| 1.6. Sustento normativo para la gestión de la peligrosidad | 46 |
| 1.7. La trayectoria de la psiquiatría y su relación con la caracterización del loco-criminal | 50 |
| 1.8. La expansión de la psiquiatría en Uruguay: higiene mental y prevención | 56 |
| 1.9. La ampliación del rol de la psiquiatría en el gobierno de la locura, el crimen y la peligrosidad..... | 59 |
| Capítulo 2 Modelos etiológicos para la explicación del binomio locura-criminalidad..... | 61 |
| 2.1. Las explicaciones acerca del binomio locura y crimen: modelos etiológicos en la psiquiatría europea..... | 65 |
| 2.2. Las singularidades de la psiquiatría uruguaya para explicar la locura y el crimen | 68 |

| | |
|---|----|
| 2.3. El lugar de «la herencia y el ambiente» en las explicaciones acerca del crimen y la peligrosidad..... | 74 |
| 2.4. Los aspectos constitucionales y las explicaciones esencialistas acerca del crimen y la peligrosidad en José María Estapé | 79 |
| 2.5. La biotipología como una formalización de la mirada endógena sobre el crimen | 85 |
| 2.6. La personalidad como núcleo de la biografización. El psicópata y el psicopático | 88 |

Capítulo 3 La intervención de la psiquiatría en la construcción del individuo peligroso..99

| | |
|---|-----|
| 3.1. La noción de individuo peligroso | 103 |
| 3.2. Antecedentes de la intervención de la medicina en la caracterización de las clases peligrosas en Uruguay | 106 |
| 3.3. La caracterización de la peligrosidad en el marco normativo entre 1930 y 1942 | 109 |
| 3.4. Migración y peligrosidad | 109 |
| 3.5. El Código Penal de 1934: peligrosidad y defensa social | 111 |
| 3.6. La peligrosidad sin delito: la caracterización de ‘estados peligrosos’ | 113 |
| 3.7. La ley de psicópatas de 1936 y la percepción de la peligrosidad..... | 115 |
| 3.8. Etiología de la peligrosidad: las explicaciones de la psiquiatría nacional | 117 |
| 3.8.1. Degeneración y peligrosidad «por ausencia de moral»: el caso de los débiles mentales..... | 117 |
| 3.8.2. La imprevisibilidad del comportamiento: epilepsia, parálisis, demencia y peligrosidad | 121 |
| 3.8.3. La introducción de la histeria y su relación con la peligrosidad..... | 122 |
| 3.8.4. El biotipo criminal y su peligrosidad | 123 |
| 3.8.5. Los perversos morales: lo constitucional y el estudio de los «antecedentes personales» | 123 |
| 3.9. Estrategias de gobierno de la peligrosidad criminal | 130 |
| 3.9.1. Profilaxis y prevención del crimen | 135 |
| 3.10. Debate acerca de la responsabilidad y la peligrosidad de los alienados | 136 |

Capítulo 4 El problema del alcoholismo y su relación con el crimen y la peligrosidad ...143

| | |
|---|-----|
| 4.1. El problema del consumo de alcohol: vicio, enfermedad y clases populares | 145 |
| 4.2. Bases ‘científicas’ del problema del alcoholismo | 149 |
| 4.3. El problema del consumo de alcohol en Uruguay | 150 |

| | |
|--|------------|
| 4.4. Alcoholismo, locura, crimen y peligrosidad | 155 |
| 4.5. Las medidas de combate al consumo de alcohol..... | 158 |
| 4.5.1. <i>El Lazo Blanco</i> : Luchar sin tregua, triunfar sin alarde..... | 161 |
| 4.5.2. Medidas antialcohólicas en el espacio escolar | 163 |
| 4.5.3. Asistencia médico-social del alcoholista..... | 165 |
| Capítulo 5 Infancia, desviación y peligrosidad: hacia la detección de los niños socialmente problemáticos | 168 |
| 5.1. La invención de la infancia | 170 |
| 5.2. Peligrosidad en la infancia y espacio escolar | 173 |
| 5.3 Formas de detección de «la infancia desviada» | 175 |
| 5.4. La psiquiatría nacional: características y modelos etiológicos para diagnosticar la infancia patológica..... | 176 |
| 5.5. La caracterización del niño psicopático como futuro criminal | 180 |
| 5.6. La clínica de la conducta..... | 182 |
| 5.7. Corregir y encauzar a la infancia inadaptada | 184 |
| Consideraciones finales | 187 |
| Referencias bibliográficas..... | 192 |

Introducción

Este documento es producto de una investigación que tuvo como objetivo analizar la intervención de la medicina, y específicamente de la psiquiatría, en la gestión del comportamiento criminal, en las primeras cuatro décadas del siglo XX. La conversión del crimen en objeto del saber y de la práctica médica, y la articulación de este proceso con las nociones de peligrosidad y de anormalidad son los ejes de este trabajo.

La ubicación temporal no se ajusta a acontecimientos históricos específicos que a modo de hitos organicen la descripción y análisis del fenómeno, sino que se trata de abordar un proceso atravesado por profundas transformaciones socioinstitucionales, en el cual la medicina ocupó un papel central.

Este trabajo pretende dar una respuesta a las siguientes preguntas de investigación: ¿qué particularidades adoptó la intervención del saber médico en la gestión del crimen en Uruguay, y qué papel desempeñó la peligrosidad en ese proceso?

La pertinencia de estas preguntas se justifica a partir de un conjunto de supuestos: que en ese período se construyeron los elementos matriciales de la conversión del comportamiento criminal en objeto del saber y de la práctica médica; y que el proceso de medicalización del crimen en Uruguay habría adoptado un perfil diferenciado respecto de lo sucedido en el contexto europeo y en otros países de la región. Esos rasgos estructurales se muestran persistentes en gran parte de las concepciones actuales acerca de las relaciones entre el crimen, la peligrosidad y la anormalidad (Silva, 2014).

Ese proceso de medicalización del crimen se caracteriza por:

- La conformación, en las primeras cuatro décadas del siglo XX, de mecanismos y formatos institucionales que hicieron posible que la psiquiatría formara parte de un dispositivo biopolítico de gestión del comportamiento criminal.
- La confianza depositada en la profesión médica para identificar y gestionar aquellos comportamientos considerados desviados asociados a la peligrosidad, sobre los cuales implementó diversos dispositivos de corte higienista.
- La institucionalización de la psiquiatría como dominio disciplinario y profesional que intervino paulatinamente en la producción de saber sobre el

crimen y la peligrosidad, participando en la creación de un espacio de intersección entre anormalidad, locura y criminalidad.

- La inserción del proceso de medicalización del crimen en estrategias y tecnologías biopolíticas más amplias de gestión de los comportamientos humanos considerados anormales, los cuales dieron paso a la intervención de la psiquiatría en diversas áreas de la vida social (Ortega, Beltrán, Mitjavila, 2018; Mitjavila, 2010).

Las mencionadas transformaciones habrían tenido como soporte una serie de cambios en varios ámbitos de la vida social entre los que cabe destacar: el proceso de modernización de la sociedad uruguaya; la creciente consolidación del saber y el poder médico; una notoria preocupación por la composición y la reproducción biológica y social de los sectores populares; bien como la necesidad de conocer y gestionar un conjunto de comportamientos que eran considerados anormales o desviados, en los que la medicina fue llamada a intervenir.

El tejido normativo-institucional para la gestión del comportamiento criminal creado hacia fines del siglo XIX muestra en 1930 un punto de inflexión. La crisis económica de 1929, que tuvo su impacto en Uruguay, y el ambiente de inestabilidad política propiciaron, paulatinamente, la consolidación de un discurso basado en la peligrosidad y en la defensa social.

El sostén normativo que se creó al respecto fue amplio y variado e incluyó dos leyes de inmigración en 1932 y 1936; la ley de vagos y maleantes de 1934, la ley que caracterizó la peligrosidad sin delito y la promulgación, en el mismo año, del Código del Niño. En relación con la normativa que reguló la atención a la enfermedad mental, se promulgó en 1936, la ley del psicópata.

Considerando los elementos antes mencionados, la tesis que será sostenida en este trabajo es que la peligrosidad fue la noción a través de la cual la medicina pudo articular el binomio locura-criminalidad en la caracterización de aquellos comportamientos socialmente problemáticos sobre los que desarrolló formas de intervención de carácter higienista.

La definición de la peligrosidad fue asociada a la idea de anormalidad y sus usos sociopolíticos no se limitaron al campo de la medicina, sino que abarcaron un amplio abanico de situaciones o conductas no patológicas.

Así, la idea de peligrosidad adquiere un nuevo estatuto debido a la injerencia del saber médico en el campo penal. La criminalidad pasó a ser problematizada sobre nuevas bases: ya no por la locura o por el libre arbitrio, sino por aquellas condiciones consideradas anormales que permitieron asimilar trayectorias y situaciones individuales con el crimen.

El espacio jurídico penal, entonces, se convirtió en un laboratorio de producción de normas sociales que determinan quién es normal y quien es anormal y en qué condición de anormalidad es posible tornarse un individuo peligroso. Se observa que la idea de peligrosidad ya estaba presente en el campo del derecho debido a la injerencia del saber médico en el espacio jurídico penal. En esas circunstancias, la psiquiatría forense nace con un terreno más allanado, debido a que el campo del derecho ya estaba con un pensamiento más medicalizado que en otras sociedades.

En ese contexto se organizaron las respuestas médico-sanitarias a la problemática de la criminalidad, dirigidas fundamentalmente a los sectores obreros urbanos empobrecidos. En tal sentido, el saber y la práctica médica operaron sobre procesos socialmente problemáticos, cumpliendo la función política de controlar y moralizar a las clases populares. En este trabajo, entonces, no se estudia el saber médico psiquiátrico en el sentido de su desarrollo histórico-conceptual o como profesión, sino que se estudian las formas de inserción del discurso médico en tecnologías de saber y poder más amplias.

Los modelos etiológicos que explicaron los comportamientos socialmente problemáticos o desviados se sirvieron de diversas teorías bajo las cuales se establecieron conexiones causales entre factores biológicos, socioeducativos y morales, y perturbaciones mentales, bien como entre estas últimas y el comportamiento criminal (Ortega, Beltrán, Mitjavila, 2018). Se podría afirmar que el saber médico psiquiátrico en este período se conformó a partir de un integracionismo teórico-conceptual, caracterizado por la supremacía de la psiquiatría francesa de origen moreliano, por la criminología italiana y por el incipiente psicoanálisis de comienzo de siglo. El estudio de la personalidad, conductas e inclinaciones del sujeto producto de su biografía se convirtió en foco de preocupación por parte de los psiquiatras, a partir de la tercera década del siglo XX.

La psiquiatría nacional permitió incorporar a su espacio de intervención un conjunto de elementos que van desde el entorno familiar y social hasta las formas de crianza, la moralidad y los hábitos, así como el estudio de la personalidad. En particular, el

comportamiento criminal fue tempranamente asociado a los llamados «vicios sociales», considerados como causas de degeneración y consecuentemente, fuente de criminalidad. Sumado a ello, los discursos médicos en el período exhibieron un carácter eugenésico que se evidenció en una creciente preocupación por el tamaño y la composición de la población uruguaya, centrada principalmente en las condiciones de reproducción biológica y social de los sectores populares. El degeneracionismo y la eugenesia imperantes a partir de la segunda década del siglo XX derivaron, bajo la óptica estatal, en acciones de carácter preventivo tendientes a preservar o mejorar la calidad de la población uruguaya.

A partir de ello, los modelos terapéuticos observados en ese período mayoritariamente promovieron diversas medidas de corte higienista, principalmente a partir de la reforma moral de aquellos segmentos de población considerados portadores de hábitos que atentaban contra la especie. El consumo de alcohol fue uno de los elementos centrales que permitió explicar la degeneración de la raza, la locura y el crimen. La gestión del alcoholismo se estructuró, por lo tanto, como la estrategia que condensó las principales tendencias higienistas de la época.

Similar tratamiento recibió el abordaje de la infancia considerada socialmente problemática y fueron foco de intervenciones médicas aquellos niños que presentaban conductas disruptivas tanto en el espacio escolar como en el familiar.

Médicos y jueces para la gestión del crimen

Como estudiara Foucault (1992), la intervención de la psiquiatría en el campo penal surgió a comienzos del siglo XIX en relación con una serie de crímenes caracterizados por su alto nivel de crueldad y violencia, y por ser cometidos en la esfera doméstica, situados cronológicamente entre 1800 y 1835.

Esos crímenes fueron considerados «contra la naturaleza», puesto que atentaban «contra las leyes que se cree están inscritas en el mismo corazón humano», y los sujetos que los ejecutaban se constituían en la perfecta unidad de locura y crimen. La construcción del «gran monstruo humano» puso en jaque al aparato judicial, que por entonces se expresó sobre la base de crímenes que no estaban precedidos, acompañados o seguidos de los síntomas tradicionalmente reconocidos y visibles de la locura, tales como el delirio o la imbecilidad. Estos nuevos crímenes brutales fueron cometidos «sin razón»: sin interés,

sin pasión, sin motivo, sin estar fundados, por ejemplo, en un delirio; es decir que «el crimen surgía de lo que podría denominarse un grado cero de locura» (Foucault, 1992, p. 236).

Aquellos sujetos que habían sido catalogados como simples criminales parecían ahora, bajo el influjo de la medicina, ser poseedores de nuevas características que los particularizaban del resto de los delincuentes y por sobre los que debía pesar un diagnóstico específico para su condición.

A partir de estos grandes crímenes, «mediante un perpetuo mecanismo de ayuda y de interacción entre el saber médico o psicológico y la institución judicial» (Foucault, 1992, p. 260) se fue construyendo el problema del sujeto peligroso, su detección temprana y los estigmas físicos y rasgos comportamentales que permitían su detección. El carácter del sujeto, su conducta, sus antecedentes, comienzan a formar parte de los nuevos elementos considerados esenciales para tornar inteligible no el comportamiento criminal en sí, sino el encadenamiento causal que podría determinar la consecución de un delito posterior, un sujeto que «es responsable pues por su sola existencia engendra riesgo, incluso si no es culpable puesto que no ha elegido con completa libertad el mal en lugar del bien» (Foucault, 1992, p. 259).

Considerando lo antes mencionado, se sigue la afirmación de Foucault (1992, p. 241) de que la intervención de la psiquiatría en el crimen —asociando anormalidad, locura y crimen— operó como un espacio para el despliegue de estrategias de corte higienista:

Si el crimen se convirtió entonces para los psiquiatras en un problema importante es porque se trataba menos de un terreno de conocimiento a conquistar que de una modalidad de poder a garantizar y justificar. Si la psiquiatría se convirtió en algo tan importante en el siglo XIX no es simplemente porque aplicase una nueva racionalidad médica a los desórdenes de la mente o de la conducta, sino porque funcionaba como una forma de higiene pública.

La sociedad uruguaya de fines del siglo XIX y principios del XX, que atribuyó al saber médico la posibilidad de intervenir en objetos que anteriormente eran ajenas a su injerencia, construyó las bases socioinstitucionales para que la medicina comenzara a discriminar de forma ‘científica’ entre aquellas situaciones de la vida definidas como normales de aquellas que no lo eran.

La noción de peligrosidad, que fuera tempranamente asociada a la idea de anormalidad, se constituyó en el nexo que permitió la intervención de la psiquiatría en situaciones que vinculaban locura y crimen y que pusieron en juego una serie de saberes presentes en las instituciones que se venían afianzando en Uruguay en el período de referencia.

La caracterización del perfil del sujeto peligroso se presenta como una de las principales estrategias preventivas del período. Considerado bajo esta perspectiva, el hombre peligroso se encuentra inscripto tanto en la institución psiquiátrica como en la judicial, en la medida en que, como afirma Foucault (1992), en los siglos XIX y XX la tendencia es hacer del individuo peligroso el objetivo principal de la intervención punitiva.

La psiquiatría, por su parte, se encargó de buscar los estigmas patológicos que establecían marcas en los individuos peligrosos, apoyada en teorías tales como las del criminal nato de Lombroso (1835-1909) o la teoría de la degeneración de Bénédict-Augustin Morel (1809–1873), que determinaron, en última instancia si concibieron la existencia de existían individuos intrínsecamente peligrosos y cómo se los podría controlar, a través de estrictos criterios de identificación y clasificación.

En Uruguay, la medicalización del crimen se desarrolló a semejanza de los procesos acontecidos en Europa. En particular, se observan acciones colaborativas entre psiquiatría y derecho en la primera mitad del siglo XX. Específicamente, a partir de la segunda década del siglo XX con la construcción del *estado peligroso*, la medicina compartió estrategias de prevención con el derecho penal, en el mismo período.

La colonización médica de la problemática criminal ocurrió por medio del denominado proceso de medicalización, que implica la extensión de los dominios de la medicina hacia nuevos objetos previamente considerados como no médicos. Los procesos de medicalización forman parte de estrategias biopolíticas que, en sus vertientes anatomopolítica y biopolítica, intervienen organizando la vida en sociedad a través de mecanismos de normalización (Foucault, 1987; 2006). Ambas vertientes son expresión de un biopoder que se caracteriza por hacer que la vida, en su sustrato somático, se convierta en objeto de cálculos económicos y de estrategias políticas.

A partir del siglo XIX, y vinculado al surgimiento del capitalismo, el poder del soberano de decidir sobre la muerte se transforma en un poder que se ejerce positivamente sobre la vida, a través de dispositivos que buscan administrarla, ejerciendo sobre ella controles precisos y regulaciones generales. Ese biopoder fue

un elemento indispensable en el desarrollo del capitalismo; este no pudo afirmarse sino al precio de la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción y mediante un ajuste de los fenómenos de población a los procesos económicos. (Foucault, 1987, p. 170)

La noción de biopolítica está asociada al surgimiento de la urbanización como problema, frente a la necesidad de construir la ciudad como una entidad homogénea. Entendida esta como una unidad productiva, la aparición de la población obrera empobrecida generó preocupaciones en los sectores dirigentes, en la medida en que esto representaba un peligro ante el posible aumento de la conflictividad en ese espacio: «los conflictos urbanos se vuelven cada vez más frecuentes con la formación de una plebe en vías de proletarizarse. De ahí la necesidad de un poder político capaz de investigar el problema de esta población urbana» (Foucault, 1992, p. 135).

El concepto de higiene pública se torna aquí esencial para poder comprender las tecnologías implementadas en el período, vinculadas a los peligros asociados a la vida urbana. Este concepto ayudó a comprender la función social de la medicina, que fue definida como «la técnica de control y de modificación de los elementos del medio que pueden favorecer o perjudicar la salud» (Foucault, 1992, p. 145).

Como fuera mencionado en páginas anteriores, los modelos etiológicos-terapéuticos utilizados por el saber médico psiquiátrico de la época y su vínculo con estrategias de poder para el control de la población fueron ejes centrales de la investigación. Los discursos médicos que se desplegaron para explicar la locura y el crimen definieron un conjunto de pautas culturales de percepción de determinados comportamientos considerados peligrosos para el orden social, así como fueron la base sobre la cual se diagramaron medidas para administrarlos.

Antecedentes

El proyecto de investigación que dio origen a este trabajo deriva de la escasez de antecedentes nacionales acerca de la medicalización del crimen, bajo la perspectiva aquí propuesta. Una incursión previa en el tema fue realizada en el marco de un proyecto de investigación que tuvo por objetivo indagar algunos aspectos genealógicos de los procesos de medicalización del crimen en Brasil y Uruguay.¹

En líneas generales, la mayor parte de los estudios precedentes proviene de dos vertientes. Una de ellas ha sido desarrollada por investigadores de historia de la medicina, muchos de ellos volcados a estudiar la trayectoria de la psiquiatría en Uruguay, así como la función forense de esta (Casarotti, 2007, 2015, 2016; Soiza Larrosa, 1980, 1983; Ginés, 1997; Puppo Touriz, 1983; Do Campo, 1993, 2014, 2016; Mañé Garzón, 1996).

Un segundo grupo de antecedentes lo constituyen los trabajos historiográficos que se dedicaron fundamentalmente a tratar aspectos de las relaciones entre medicina y sociedad o entre medicina, Estado e instituciones del campo jurídico-penal. Por una parte, se destacan los ya conocidos trabajos de José Pedro Barrán, que analizan las relaciones entre medicina y sociedad en la modernización del Uruguay. También, es necesario mencionar las recientes investigaciones de Nicolás Duffau y de Daniel Fessler, que representan, aun con otra perspectiva, los principales antecedentes nacionales en la temática. Duffau da cuenta, a través de un exhaustivo relevamiento de documentos de época, del origen de la psiquiatría como especialidad, las ideas que la sustentaron y el tratamiento dado a la locura entre 1860 y 1911. A su vez, este autor analiza las articulaciones entre la construcción del poder estatal y la asistencia sanitaria. Duffau parte de un conjunto de hipótesis que intentan explicar el surgimiento de la especialidad y su función socio-política en la construcción de la figura del loco como lo *no deseable*:

El discurso disciplinante incorporó a los enfermos psiquiátricos para irradiar temor y señalar aquello que no se ajustaba a lo previsto por la moral establecida y el nuevo modelo de subordinación que se instaló en el segunda mitad del siglo XIX.
(Duffau, 2019, p. 11)

A su vez, dicho autor considera que el campo de la psiquiatría dependió de la actuación de juristas que delinearon propuestas «para la contención de los alienados» (Duffau, 2019, p. 11). Afirma que la psiquiatría no solo operó como un poder en el espacio manicomial para «corregir la locura», sino que se convirtió en un poder para controlar aspectos de la vida cotidiana de la población en general. Bajo la noción de *defensa social*, se tejió un entramado institucional que categorizó al loco trascendiendo su

1 Proyecto «A medicalização do crime no Brasil e Uruguay: uma indagação genealógica» coordinado por Myriam Mitjavila y financiado por el Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, 2013-2016.

enfermedad y lo colocó en el lugar del *inadaptado social* en función de su falta de productividad y por llevar un estilo de vida *condenable* (Duffau, 2013).

Del mismo modo, Daniel Fessler (2012, 2021), trabajó sobre el crimen y las formas que adoptó el castigo entre 1878 y 1934. Afirma este autor que entre 1878 y 1907 se produjeron un conjunto de transformaciones que propiciaron la caracterización del sujeto criminal como objeto de intervención. En cuanto a la legislación, en ese período se produjo una modernización de la normativa penal que muestra una transición en las características de la pena: de la aplicación de castigos físicos se transitó a la pena por privación de libertad. El autor indica que una de las transformaciones fundamentales acontecidas a fines del siglo XIX fue que «el crimen dejó de ser una sumatoria de actos aislados para convertirse en una patología» (Fessler, 2012, p. 59).

La tesis de Cecilia Silva (2014) respecto de la noción contemporánea de peligrosidad utilizada por la psiquiatría es un aporte ineludible para observar rupturas, inflexiones y permanencias en cuanto a la concepción y usos de este concepto.

Los trabajos de Daniela Bouret (2012, 2018), aunque centrados en el consumo de alcohol en el novecientos, son un antecedente de suma relevancia para entender la relación entre alcoholismo y crimen. Específicamente, en cuanto a la relación entre alcoholismo, locura y crimen, se destacan las producciones de Ortega y Beltrán (2016), y Mitjavila, Ortega y Beltrán (2019).

Fabrizio Vomero (2009, 2021), analiza el caso de Pedro Rodríguez Bonaparte y la articulación del discurso psiquiátrico con la represión del anarquismo. También, se destaca el aporte de Fernando García Press (2020), en cuanto a la relación entre la psiquiatría y los saberes psicológicos utilizados para el asunto criminal.

Se destaca la producción sobre el caso uruguayo particularmente vinculada a la trayectoria de la psiquiatría en la intervención de la infancia anormal a través de los aportes de Mitjavila (2020), y de los análisis de Fabrizio Vomero (2014a, 2014b, 2016) respecto de la intervención de la psiquiatría en la infancia, así como los aportes de Facundo Álvarez (2017) al abordar el tratamiento correccional de los menores indisciplinados.

Al mencionar antecedentes en la temática, debemos remitir a literatura especializada en el tópico en cuestión desde tres vertientes: aquellas producciones provenientes de Europa y que dan cuenta de cómo se ha manifestado el proceso de medicalización del

crimen en ese contexto (Castel, 1986; Harris, 1993; Darmon, 1991, Foucault, 1992). También, constituyen antecedentes en la temática los trabajos de Ricardo Campos (1997, 2013) y de este autor con Rafael Huertas (Campos y Huertas, 1992), principalmente los que han abordado la temática de la locura, la peligrosidad y el alcoholismo.

La segunda vertiente es latinoamericana y se refiere a cómo se manifestó este proceso en países del sur, concretamente en Argentina y Brasil. En Argentina, se conoce el aporte de Gabo Ferro (2010) y Máximo Sozzo (2015) quienes analizan la intervención de la medicina y el derecho en la cuestión criminal, a través del análisis de pericias o informes médico-legales, y en el caso de Ferro, atendiendo a las representaciones de la prensa y del cine en la construcción de la figura del criminal.

En Brasil, se destacan las producciones de Mitjavila (2010), Mathes (2010, 2014), Mitjavila y Mathes (2012a, 2012b, 2016), Uarth y Almeida (2004). A través de estas producciones es posible observar la trayectoria y el papel de la psiquiatría forense y la relación de esta con la declaración de la peligrosidad.

Fundamentación de la estrategia metodológica utilizada

Para llevar en consideración la complejidad de la trama de relaciones sociales involucradas, se considera que la adopción de una perspectiva genealógica de inspiración foucaultiana permitirá mostrar cómo se articulan el saber médico y las estrategias biopolíticas de medicalización del crimen en el período seleccionado.

La genealogía es una forma de abordaje histórico que da cuenta de la constitución de saberes, de los discursos, de los dominios de determinado objeto, los cuales se establecen en un determinado campo de fuerzas «sin tener que referirse a un sujeto que sea trascendente con relación al campo de los acontecimientos o que corre en su identidad vacía, a través de la historia» (Foucault, 1979, p. 181).

Varela y Álvarez-Uría (1997) plantean que el método genealógico es un método procesual en un doble sentido, que estudia procesos de cambio social como tales al mismo tiempo que intenta desentrañar la lógica del campo que se estudia. En el primer sentido, la metodología incluye el análisis de los procesos de larga duración a fin de establecer regularidades o discontinuidades en la constitución de un determinado campo; en un segundo aspecto, intenta establecer conexiones entre prácticas discursivas

y contexto material no discursivo. De esta forma, se estructura un tipo de análisis que establece relaciones entre el ámbito micro y las dimensiones de carácter general. La construcción de conexiones entre lo general y los micro-relatos es fundamental en la estrategia seleccionada: «la genealogía permite reconstruir en la historia el juego de los procesos materiales y simbólicos que atraviesan la formación de los saberes, su institucionalización y desarrollo, así como sacar a luz sus funciones sociales» (Varela y Álvarez-Uría, 1997, p. 64).

Se considera aquí, entonces, que el método genealógico es el más apropiado para examinar el objeto propuesto, dado que permite desentrañar lógicas de poder y saber envueltas bajo algunos procesos de institucionalización que las determinaron. En ese sentido, vale recordar la definición de genealogía propuesta por Nietzsche, retomada por Foucault (1979, p. 7): no se trata de una búsqueda histórica que recupere los relatos ideales, ordenados bajo una cronología exacta, sino que se opone «a la búsqueda del origen». El origen, para Foucault suele ser representado como un acto de solemnidad, una historia que encuentra su esencia en grandes relatos ordenados bajo premisas preestablecidas, pero no presenta la identidad del origen de las cosas, sino el «comienzo histórico de las cosas» ((Foucault, 1979, p. 10). El origen, presentado como tal, está asociado al lugar de la verdad, que la devela pero la recubre bajo discursos ordenados bajo una determinada lógica de sentido:

Hacer la genealogía de los valores, de la moral, del ascetismo, del conocimiento no será por tanto partir a la búsqueda de su «origen», minusvalorando como inaccesibles todos los episodios de la historia; será por el contrario ocuparse en las meticulosidades y en los azares de los comienzos. (Foucault, 1979, p. 11)

La historia, bajo la mirada de la genealogía, es la historia de las discontinuidades, de las rupturas, del origen entendido como fuente, como precedencia, como si se tratara de dar cuenta de un linaje, pero no el de las regularidades o las asimilaciones, sino lo contrario: aquel que da cuenta de las marcas sutiles que aparecen en él:

Es percibir los accidentes, las desviaciones ínfimas —o al contrario los retornos completos— los errores, los fallos de apreciación [...] es descubrir que en la raíz de lo que conocemos y de lo que somos no están en absoluto la verdad ni el ser, sino la exterioridad del accidente (Foucault, 1979, p. 13).

La genealogía es también la historia de las condiciones de posibilidad que propiciaron el surgimiento de un hecho o acontecimiento. Esta proviene de un campo que es concebido

como un espacio de convergencia, como un lugar de enfrentamiento, un campo abierto. Lo que emerge finalmente no es responsabilidad de nadie, sino que es producto del intersticio de fuerzas superpuestas (Foucault, 1979).

Se considera que los elementos fundantes en este campo concebido en disputa son el saber y el poder. En un vínculo imbricado entre ellos, se trata de saber «qué efectos de poder circulan entre los enunciados científicos; cuál es de algún modo su régimen interior de poder; cómo y por qué en ciertos momentos dicho régimen se modifica de forma global» (Foucault, 1979, p. 178). La verdad, en ese caso, no existe sin estar asociada al poder y no está fuera del poder, «la verdad es de este mundo; está producida aquí gracias a múltiples imposiciones. Tiene aquí efectos reglamentados de poder» (Foucault, 1979, p. 187).

Para este autor, cada sociedad tiene su «política general de la verdad» es decir, la validación de ciertos tipos de discursos que ella acoge y hace funcionar como verdaderos, así como

los mecanismos y las instancias que permiten distinguir los enunciados verdaderos o falsos, la manera de sancionar unos y otros; las técnicas y los procedimientos que son valorizados para la obtención de la verdad; el estatuto de aquellos encargados de decir qué es lo que funciona como verdadero. (Foucault, 1979, p. 188)

Se sigue la idea de que *la verdad* en nuestras sociedades está caracterizada por cinco rasgos específicos: está centrada en la forma del discurso científico y en las instituciones que lo producen; está sometida a una constante incitación económica y política, es decir, un tipo de verdad será necesaria para la producción económica y para el poder político; es difundida y consumida socialmente, es decir, circula en diferentes aparatos, tales como la educación o la prensa; es producida y transmitida bajo el control predominante de algunos grandes aparatos políticos o económicos tales como la universidad, el ejército o los medios de comunicación y, finalmente, genera un debate político y un enfrentamiento social, bajo la forma de «luchas ideológicas» (Foucault, 1979, p. 189).

En este trabajo se intenta analizar parte de esos elementos destacados por Foucault. En los capítulos que componen este trabajo, se buscará dar cuenta de la forma en que se fue desarrollando la intervención de la medicina en la cuestión criminal y cuáles fueron los soportes institucionales sobre los que se consolidó un conjunto de discursos a través de

los cuales se tejieron las relaciones entre crimen y locura, así como lo soportes «científicos» que sustentaron ambos elementos.

Esta perspectiva se va a diferenciar de una perspectiva historiográfica porque propone un tipo de indagación empírica que se origina en el saber médico no como un cuerpo compacto de conocimientos y sí como un conjunto de prácticas discursivas y no discursivas que establecen relaciones entre crimen y locura, con efectos políticos.

Bajo esta perspectiva, se busca una recuperación histórica con una mirada retrospectiva, que considera que los elementos del pasado mantienen tipos de incidencia en el momento presente. Esta perspectiva implica considerar tanto las relaciones de saber y poder que conlleva la práctica de la psiquiatría, especialmente en lo que concierne a sus funciones forenses a comienzos del siglo XX como la identificación de las condiciones que tornaron posible la emergencia de ciertos saberes y prácticas.

Fuentes documentales

La investigación tuvo como base empírica material documental sobre los discursos médicos acerca del tema y sus interlocuciones con el universo jurídico-penal. El uso de fuentes documentales que datan de un siglo atrás implicó un tratamiento especial en función de su volumen, dispersión o falta de continuidad cronológica. Al comenzar la búsqueda, se optó por recurrir a publicaciones oficiales del cuerpo médico —como es el caso de la Revista Médica del Uruguay y la Revista de Psiquiatría del Uruguay—, así como a las tesis y publicaciones de renombradas figuras de la medicina, como es el caso de Bernardo Etchepare, considerando el fundador de la psiquiatría en Uruguay. La elaboración de índices fue una estrategia necesaria para categorizar el material disponible.

Otro de los mecanismos utilizados consistió en la indagación de pericias o informes médico legales, según el lenguaje de época. Este tipo de documentos es ilustrativo en la medida en que opera en la articulación del saber médico con el campo jurídico, y es posible observar a través de ellos los elementos argumentativos que, basados en determinados modelos etiológicos, explicaron el comportamiento criminal.

Publicaciones médicas

Revistas

Revista de Psiquiatría: En 1923 se funda la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay y posteriormente, en 1929, comienza a publicarse la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, publicación oficial de la Sociedad. El primer número se editó en enero de ese año y de forma bimensual hasta octubre de 1930. En 1935 retoma su edición habitual hasta la actualidad. En ella encontramos diversidad de artículos que abarcan varias dimensiones de la profesión: las científicas, las clínicas y las periciales. En relación con las primeras, se destacan artículos que contienen reflexiones relevantes para la época, y que tenían como cometido acrecentar elementos al cuerpo teórico de la disciplina. La presentación de casos clínicos refiere a tópicos que por su relevancia, ameritaban ser publicados. Finalmente, los informes médico-legales dan cuenta de la actividad forense de los médicos, quienes publicaban casos que por su relevancia fueron representativos del universo de problemáticas involucrado en las de pericias elaboradas por ellos. Estos documentos no solo referían a casos solicitados por la justicia para la declaración o no de imputabilidad, sino a otras situaciones en las que la medicina fue llamada a intervenir como, por ejemplo, para la evaluación de capacidad jurídica.

Revista de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal: comienza a publicarse en Montevideo, en setiembre de 1927. El Comité de colaboradores estaba integrado por destacadas figuras de la medicina y el derecho del período, tales como Américo Ricaldoni (profesor titular y director del Instituto de Neurología de la Universidad), Elías Regules (rector de la Universidad y profesor titular de medicina legal), Miguel Becerro de Bengoa (médico inspector de Sanidad Social), Julio Carrere (médico de la cárcel correccional), Antonio Barcala (médico inspector del cuerpo médico escolar), Fernando Acosta y Lara (médico de la Colonia Educacional de Varones y de sala del Hospital Pasteur), entre otros. Vinculados al campo de la clínica psiquiátrica y a los servicios hospitalarios se destacan los siguientes médicos: Camilo Paysée (profesor agregado de la clínica psiquiátrica y jefe de clínica del Hospital Vilardebó), Abel Zamora (profesor titular de Medicina Legal y médico asesor de los tribunales), Elio García Austt (profesor de clínica psiquiátrica y jefe de clínica del Hospital Vilardebó), Félix Olivera (director del Hospital Vilardebó), José María Estapé (profesor de la

clínica psiquiátrica y médico de los hospitales Vilardebó y Maciel), Bentura Darder (jefe de la clínica psiquiátrica y médico de la Colonia de Alienados), entre otros.

Boletines

El *Boletín de Criminología y Ciencias Afines* fue una publicación del Instituto de Estudios Superiores de Montevideo que cuenta con su primera edición en 1935. Su edición estaba a cargo de un Consejo Directivo integrado por abogados y médicos. Como parte del Consejo se destaca la presencia del médico psiquiatra José María Estapé, quien fuera, por ejemplo, médico de la clínica de neuropsiquiatría del Hospital Militar en 1923 y 1924, profesor de Antropología Criminal del Instituto de Estudios Superiores y director del Establecimiento Penitenciario. Estapé tuvo amplia participación en el Boletín, tanto en su rol como consejero del Instituto como en las publicaciones que realizó. Se destaca, principalmente, su propuesta de clasificación aproximada de los penados recluidos en el Establecimiento Penitenciario según el método criminológico del Profesor Ferri y el Proyecto de creación de la Sección de investigaciones en Criminología y Ciencias Afines presentado al Consejo Directivo de la institución en marzo de 1936 y publicada en el Boletín en el mismo año.

Informes médico-legales

La función forense de la medicina puede rastrearse, en Uruguay, a partir de la segunda mitad del siglo XIX. El Código de Instrucción Penal (1989) determinó por ley la competencia de los médicos para entender en aquellos casos donde la capacidad de razonar del sujeto parecía estar afectada, previéndose si existía algún estado de alienación.

Los informes médico-legales fueron una forma de caracterizar al sujeto no solo por el crimen cometido y su imputabilidad, sino que daban cuenta de los modelos etiológicos utilizados para entender este tipo de comportamientos, así como la caracterización de la peligrosidad.

Las Ligas y sus documentos

Estas organizaciones fueron creadas durante la primera y la tercera década del siglo XX y sus textos se consideran relevantes para entender las estrategias preventivas utilizadas en el período. La que desarrolló la actividad más profusa fue la Liga Nacional contra el

Alcoholismo (LNCA), que contó con un estatuto y con *El Lazo Blanco*, su órgano de propaganda. Este se publicó desde 1917 hasta 1948 y se especializó en publicar las acciones desarrolladas por la Liga. El órgano que gestionó la publicación estuvo integrado por una Comisión Honoraria y una Comisión de Damas. La primera estaba presidida por el médico Joaquín de Salterain y por el abogado Pablo de María, además de un grupo de vocales integrado por médicos, psiquiatras, políticos y abogados, entre los que se destaca el ya mencionado psiquiatra Bernardo Etchepare, como delegado de la Facultad de Medicina. La presencia de mujeres es notoria en todas las actividades como lo revela la existencia de la Comisión de Damas de la LNCA, que estuvo integrada mayoritariamente por las esposas de los integrantes de la Comisión Honoraria, así como por representantes extranjeros de organizaciones internacionales de combate al alcoholismo.

Otras publicaciones de difusión

Se cuenta con otro tipo de publicaciones que sin tener una regularidad en su edición, funcionaron como documentos propagandísticos o de difusión de ideas. Tal es el caso, por ejemplo, de algunas publicaciones referidas a la relación entre locura, alcoholismo y crimen, a cargo de Francisco García y Santos o Antonio Valeta.

Estructura de la tesis

La exposición de la tesis está organizada en cinco capítulos en los que se intenta mostrar los resultados más relevantes de la investigación sobre el tema. En el primer capítulo se expone el contexto socio-político e institucional en el que emergieron los discursos asociados a la peligrosidad, caracterizado por la secularización, el higienismo, la eugenesia y la medicalización de la vida social. En la segunda parte del capítulo, se expone el proceso de la psiquiatría en este contexto y el desarrollo que fue adquiriendo como profesión encargada de caracterizar determinados comportamientos como anormales. Todos esos elementos ayudan a entender el proceso de intervención médica en la cuestión criminal.

El primer capítulo tiene un componente historiográfico pero no es su objetivo mostrar acontecimientos cronológicamente organizados, sino que se rastrearon objetos y formas de problematización que participaron en la proliferación de discursos y de estrategias de gobierno de los comportamientos considerados socialmente problemáticos.

El segundo capítulo presenta una indagación de cómo fueron establecidas las relaciones etiológicas entre crimen, locura y crimen y lo que esas conexiones sugieren sobre los factores criminogénicos que deben ser combatidos por la sociedad.

El tercer capítulo hace foco en la noción de peligrosidad y de qué forma fue concebida por la psiquiatría. La primera parte del capítulo es principalmente teórica y remite a entender la noción y sus usos sociopolíticos. En un segundo momento, se expone cómo esta noción fue construida en Uruguay en el período de estudio, en qué medida la psiquiatría contribuyó a su configuración y qué uso se le dio.

El cuarto capítulo aborda la cuestión del alcoholismo y su relación con la locura y el crimen. Se parte de la base de que el combate a lo que era considerado un consumo excesivo de alcohol fue la estrategia que condensó la perspectiva higienista del período y la que mostró con claridad la tendencia eugenésica predominante, de la mano, principalmente, de la teoría de la degeneración.

En el quinto capítulo se examina la infancia como espacio estratégico para la intervención de la psiquiatría, dirigida a regular determinados comportamientos considerados desviados. En este capítulo lo que se discute principalmente son las formas de detección de estas conductas en la edad escolar y las medidas adoptadas para su corrección, básicamente reducidas a la reclusión disciplinante para aquellos menores considerados incorregibles y sus familias, desplegando medidas de tipo moral con el objetivo de dotar a los padres de pautas de crianza.

Para finalizar el documento, se exponen las consideraciones finales, en las cuales se exponen las principales conclusiones de la investigación y algunas hipótesis a partir de las persistencias observadas.

Capítulo 1

La intervención de la medicina en el campo de la criminalidad

El objetivo de este capítulo es presentar los elementos centrales a través de los cuales se fue estructurando la conversión del crimen en objeto del saber y de la práctica médica. Esto implicará, en primer lugar, definir la medicalización del crimen como parte de procesos de medicalización de la vida social y su implicancia en términos biopolíticos. Con esta perspectiva se intenta rastrear la expansión de la medicina hacia otros campos considerados externos a su influencia o que se encontraban fuera de la distinción sobre lo normal y lo patológico.

Especialmente con relación al crimen, la psiquiatría intervino en la creación de un espacio de intersección entre anormalidad, locura y crimen, el cual operó como un espacio para el despliegue de estrategias de alcance poblacional, basadas en la noción de peligrosidad y de defensa social.

En la primera parte del capítulo, además de revisar estas dimensiones, se describen los elementos centrales de la conversión del crimen en objeto de la medicina en Europa. Se retoman las discusiones centradas en la responsabilidad penal y la etiología de los crímenes «sin razón», que habrían dado paso a la intervención médica en la conducta criminal.

En la segunda parte del capítulo, se exponen aquellos elementos estructurantes de la conversión del crimen en objeto de la medicina en Uruguay, en las primeras cuatro décadas del siglo XX.

Este proceso reveló similitudes y particularidades con respecto a lo analizado en otros contextos europeos y latinoamericanos. Comparte la preocupación por la reproducción biológica y social de los sectores populares basados en las concepciones de higienismo y eugenesia; la influencia de la teoría de la degeneración de Morel para explicar el comportamiento criminal y la concepción del consumo de alcohol como factor etiológico de la locura y el crimen (Darmon, 1991; Harris, 1993; Carrara, 1998; Freire Costa, 1976; Ferro, 2010; Sozzo, 2015).

En cuanto a sus particularidades, el proceso de medicalización del crimen en Uruguay evidenció un énfasis en el higienismo, la secularización temprana y la pacífica relación

entre medicina y derecho. También se destaca la temprana injerencia de la medicina en la gestión de lo social y la ausencia del factor racial como elemento explicativo (Ortega, Beltrán, Mitjavila, 2018).

Se describe como en las primeras cuatro décadas del siglo XX se asistió a un proceso socio-político e institucional que permitió que la psiquiatría formara parte de un dispositivo biopolítico de gestión del comportamiento criminal. Así, se tornó posible la medicalización del crimen mediante la interconexión de condiciones sociopolíticas e institucionales que permitieron el estudio de la personalidad criminal y principalmente, la gestión de la peligrosidad. La medicina participó activamente en la categorización de los individuos considerados peligrosos y construyó, basada en la ciencia, una discursividad acerca de las condiciones de vida que tornarían a algunas personas proclives al crimen.

A lo largo de este capítulo se apela a la noción de problematización propuesta por Foucault, quien la define como un conjunto de condiciones que permiten ingresar elementos tanto materiales como simbólicos en los juegos de verdad y en las relaciones de poder de las cuales emergen objetos biopolíticos (Vega, 2019; Mitjavila, 2015; Correio, 2014; Gros, 2015).

Así, Foucault (1999, p. 371) define la noción de problematización en los siguientes términos:

Problematización no quiere decir representación de un objeto preexistente, así como tampoco creación mediante el discurso de un objeto que no existe. Es el conjunto de las prácticas discursivas o no discursivas que hace que algo entre en el juego de lo verdadero y de lo falso y lo constituye como objeto para el pensamiento (bien sea en la forma de la reflexión moral, del conocimiento científico, del análisis político, etcétera).

Se trata, entonces, de concebir la problematización como «las condiciones que han proyectado sobre determinados objetos el estatuto de problemas, así como sobre el modo en que tales objetos han sido moldeados para hacerse pensables» (Vega, 2019, p. 81).

En ese sentido, de la misma forma como ocurrió con la locura y la sexualidad, ciertos tipos de crímenes se convirtieron, fundamentalmente a partir de las últimas décadas del siglo XIX, en objeto de una nítida problematización social.

Indagar las condiciones que propiciaron ese tipo de problematización, constituye una parte medular del presente capítulo.

1.1. La medicalización del crimen como estrategia biopolítica

La medicalización del crimen puede entenderse como el proceso por medio del cual la medicina interviene en la comprensión y la gestión de los comportamientos criminales y de la peligrosidad. Se trata, principalmente, de las respuestas de la medicina para comprender las causas de aquellos crímenes que, por sus características, resultaban ininteligibles o no podían ser explicados por las causas tradicionales de la razón o la locura. La medicina entonces, fue la encargada de dotar de inteligibilidad a este tipo de comportamientos considerados desviados. El estudio de la gestión de la conducta criminal y de la peligrosidad a ella asociada es relevante, pues revela una estrategia más amplia de abordaje de las incertidumbres y amenazas a la integridad del tejido social (Foucault, 2001; Mitjavila, 2015; Mitjavila y Mathes, 2016).

La medicalización del crimen es comprendida como parte de procesos de medicalización de la vida social. La medicalización puede ser definida como un proceso por medio del cual problemas no médicos son definidos y tratados como problemas médicos, usualmente en términos de enfermedades o desórdenes (Conrad, 1992). La medicalización es un proceso por medio del cual cada vez un mayor número y diversidad de conductas o experiencias se incorporan al campo de saber y ejercicio de la medicina, categorizados bajo la forma de enfermedades, trastornos o desórdenes. Implica la elaboración de categorías que informan normas, discursos de saber y diversas prácticas que se amplían a cada vez más ámbitos de la vida. Estos procesos se llevan a cabo de las formas más diversas y refiere a un proceso sociocultural en donde no siempre la intervención médica está presente. Para que un fenómeno sea medicalizado, la enfermedad no necesariamente se presenta como factor esencial para la intervención médica, sino que la salud se convierte en objeto de la intervención: «la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de enfermedades y de la demanda del enfermo» (Foucault, 1992, p. 108), transformándose así en una medicina de lo no patológico, de carácter eminentemente preventivo.

Los procesos de medicalización remiten al rol protagónico de la medicina en la construcción de una sociedad basada en la distinción entre lo normal y lo anormal, una

sociedad ya no basada en la ley, sino en la norma. Comportamientos tales como el crimen o las desviaciones sexuales pasan a ser objeto del saber médico bajo una reconfiguración basada en la norma. Se trataría de una forma de categorizar a las personas y los comportamientos que abarca dimensiones morales y políticas. En ese sentido, la medicina funciona como una de las instituciones fundamentales para el ordenamiento y control de las poblaciones basadas en la noción de normalidad: «lo que rige a la sociedad no son los códigos sino la perpetua distinción entre lo normal y lo anormal, la perpetua empresa de restituir el sistema de normalidad» (Foucault, 1976, p. 161).

El criterio de normalidad usualmente empleado por la medicina es de carácter tanto estadístico como axiológico. En el primer sentido, el concepto de normalidad se asocia a la media o frecuencia estadística de una población: «a partir del momento en que se asocia el concepto de salud al de normalidad, entendida como frecuencia estadística, toda y cualquier anomalía quedará inevitablemente asociada a la patología» (Caponi, 2009, p. 535).²

Así, «todo concepto empírico de enfermedad conserva una relación con el concepto axiológico de la enfermedad». Hecho estadístico y valor se entrelazan, y pese a que un objeto pueda estar objetiva e imparcialmente construido, será concebido con una calificación positiva o negativa: «por referencia al médico que la practica, se la puede denominar “objetiva” [...] Pero la intención del patólogo no determina que su objeto sea una materia vacía de subjetividad» (Canguilhem, 1978, p. 177).

En una segunda acepción, esa variabilidad valorada negativamente o como patológica refiere a aquello considerado peligroso o una amenaza a las normas.

En este sentido, se considera que el saber y la práctica médica instituyen normas que operan para la gestión de otro tipo de conductas consideradas «socialmente desviadas» (Mitjavila, 1998). Para que ciertos desvíos comportamentales sean medicalizados, es necesario que estos se caractericen como un problema social, en la medida en que generan incertidumbre o «escapan a los soportes institucionales de control social, principalmente en lo que se refiere al arbitraje o al juzgamiento de comportamientos que representan algún tipo de desvío normativo»³ (Mitjavila, 2015). La norma ofrece

2 Traducción propia del original.

3 Traducción propia del original.

inteligibilidad. Tiene la doble función de calificar y corregir, bajo preceptos técnicos y políticos.

En este sentido y en lo que respecta al objeto de estudio, la psiquiatría intervino en la creación de un espacio de intersección entre locura, crimen y anormalidad. Así, la anormalidad se constituyó como fuente de peligrosidad y bajo la perspectiva aquí propuesta, operó como un espacio para el despliegue de estrategias de alcance poblacional, basadas en la noción de peligrosidad y de defensa social.

El problema de la anomalía, dirá Foucault (2001), se expresa a través de la construcción de tres figuras: el monstruo humano, el individuo a corregir, el onanista. La aparición del monstruo se da en un dominio tanto jurídico como biológico; es decir, se trata de aquello que viola las leyes de la naturaleza y las de la sociedad, aquello que interroga tanto al sistema médico como al sistema judicial.

El crimen monstruoso se inscribe en esta línea argumentativa, pero con transformaciones: hasta mediados del siglo XVIII, la monstruosidad era criminal en sí misma. A partir de allí, aparece otra noción: la naturaleza monstruosa de la criminalidad. Posteriormente, se buscarán las expresiones de esa monstruosidad, se procurará, «buscar cuál es el fondo de monstruosidad que hay detrás de las pequeñas anomalías, las pequeñas desviaciones, las pequeñas irregularidades: ese es el problema que vamos a encontrar a lo largo de todo el siglo XIX» (Foucault, 2001, p. 62).

La segunda figura, el individuo a corregir, se desarrolla en un marco de referencia vinculado principalmente al espacio familiar. Si el monstruo humano es la excepción, el individuo a corregir es más frecuente, siendo más dificultosa su detección: «en la medida en que el individuo a corregir es muy frecuente, en la medida en que está inmediatamente próximo a la regla, siempre va a ser muy difícil determinarlo.» (Foucault, 2001, p. 64).

Finalmente, el onanista emerge en un campo aún más restringido: es la cama, el dormitorio, el cuerpo, los padres, los supervisores directos. Esta figura habilitará las intervenciones individuales y familiares a través del descubrimiento de la naturaleza sexual del instinto.

Estas tres figuras dialogarán entre sí y se entrecruzarán sus rasgos a lo largo del siglo XIX, construyéndose, a partir de esa interacción, la figura del anormal. La psiquiatría participará en la construcción de la figura del anormal y se destacarán las

discusiones referidas a la naturaleza monstruosa del criminal y las referidas a la incorregibilidad y la corregibilidad.

Cierto tipo de crímenes que no pertenecían ni al orden de la locura ni al orden de la transgresión penal entendida como acción racional, en su carácter de crimen monstruoso, se convirtieron rápidamente en un laboratorio para la elaboración de dispositivos, discursos y conocimientos sobre la figura de los anormales y cómo una sociedad debe defenderse de ellos (Foucault, 2001).

La noción de defensa social que, como fue dicho, se constituyó en otra de las bases que permitieron organizar estrategias de alcance poblacional, surgió a partir de la obra *La défense sociale et les transformations du droit pénal* del belga Adolphe Prins, en 1910. Adopta algunos principios básicos que intentan trascender la tradición represiva del derecho penal. El primero de esos principios refiere a la función del derecho penal, el cual debe garantizar «la estabilidad de las relaciones humanas contra la perturbación criminal, sea voluntaria ó necesaria, sea libre ó fatalmente determinada» (Castejón en Prins, 1912, p. 6). En segundo lugar, el derecho de defensa está basado en la peligrosidad del individuo y, finalmente, la pena será del tipo correctiva y ajustada al peligro criminal.

Estas ideas implicaron una nueva postura frente al delincuente: la medida de defensa social debe adaptarse a la personalidad y la amenaza que represente un individuo y ya no en relación con el delito cometido (Pérez, 2019).

En las páginas que siguen se examinará a través de qué mecanismos la medicina comenzó a intervenir en el campo penal, asociando crimen, locura y peligrosidad bajo diversas etiologías. Se mostrará cómo, paulatinamente, la peligrosidad será un atributo del criminal y no del acto criminal en sí mismo. Las explicaciones médicas respecto del crimen monstruoso dotarán de elementos para el desarrollo de acciones preventivas en diversos ámbitos de la vida social.

1.2. Poder psiquiátrico y medicalización del crimen

Como ya fuera mencionado en la introducción, la intervención de la psiquiatría en el campo penal surgió a comienzos del siglo XIX, a partir de una serie de casos que presentaron manifestaciones similares, situados cronológicamente entre 1800 y 1835. Esos crímenes se destacaron por una serie de características vinculadas a la crueldad y

la violencia con la que fueron cometidos, principalmente en la esfera doméstica. Se trató de casos criminales que no seguían la lógica de la racionalidad (Foucault, 1992).

Los sujetos que los ejecutaron, se convirtieron en una perfecta unidad entre locura y crimen, dando paso a la construcción del *gran monstruo humano*. Aquellos sujetos que habían sido catalogados como simples criminales parecían ahora, bajo el influjo de la medicina, ser poseedores de nuevas características que los particularizaban del resto de los delincuentes y por sobre los que debía pesar un diagnóstico específico para su condición. En la medida en que el libre arbitrio y la responsabilidad estaban siendo cuestionadas por las características mismas del hecho, la cuestión central era saber en qué medida determinados individuos estaban predestinados al crimen, concibiendo los crímenes más allá de la locura. En palabras de Darmon (1991, p. 16), «la criminalidad se transformó, hacia fines del siglo XIX, en un trampolín para la medicina en su conquista de poderes».

La justicia depositó en la medicina la responsabilidad de juzgar si un sujeto autor de ciertos delitos puede ser procesado o no, si es responsable de un delito o si presenta peligrosidad. La propia psiquiatría pasaba a tener así, en la función forense su marca de origen, por su acción para interpretar el comportamiento criminal. La criminología entonces nace influenciada por la medicina, como área de conocimiento y como profesión (Mitjavila, 2010, 2015; Mitjavila, Mathes, 2012a).

La noción de responsabilidad penal se fue transformando ante el surgimiento de nuevas condiciones de los sujetos que cometían este tipo de crímenes. La noción clásica de responsabilidad estaba asociada a la imputación de una infracción de un sujeto que fuese libre, consciente y que no padeciera alienación. En esa transformación, la inteligibilidad ya no estará ligada a la conciencia sobre el acto, «sino a la inteligibilidad del acto en relación con la conducta, el carácter y los antecedentes del individuo» (Foucault, 1992, p. 249). Paulatinamente, se irá tras la búsqueda de la semejanza del sujeto con su acto, a través de la búsqueda de antecedentes personales y familiares anticipatorios del acto en sí (Foucault, 2001).

Al explicar este tipo de crímenes *sin razón*, se pretendió demostrar que la locura es en última instancia peligrosa y se mostró la imposibilidad de los jueces de dar cuenta de este tipo de delitos, pues no se identificaban motivos ligados ni a la razón ni a las manifestaciones clásicas de la locura. El individuo peligroso «se encuentra así inscripto

tanto en la institución psiquiátrica como en la institución judicial». La tendencia de la teoría y la práctica penal en los siglos XIX y XX es «hacer del individuo peligroso el objetivo principal de la intervención punitiva» (Foucault, 1992, p. 249).

La forma de dotar de inteligibilidad a ese crimen monstruoso fue en su codificación como enfermedad, es decir, a través de un diagnóstico. Para que la psiquiatría pudiera transformarse en saber médico tuvo que efectuar dos codificaciones: codificar la locura como enfermedad y codificar la locura como peligro. El desarrollo de la figura que asoció locura y crimen puede concebirse como un proceso que experimentó variaciones y en el que se procesó esa doble codificación.

El primer antecedente de esa codificación se sitúa en el concepto de *manía sin delirio* de Phillipe Pinel (1745-1826). Este describía a sujetos que parecían racionalizar bien, pero que ante determinadas interrogantes mostraban incoherencias. Fue Esquirol (1772-1840) quien en 1819 retomó y amplió esta noción y le otorgó una nueva dimensión bajo la noción de *monomanía*, «restringiendo su aplicación a los delirios intelectuales localizados en los cuales el paciente demostraba casi siempre preocupaciones y comportamientos exagerados y, a veces, violentos» (Harris, 1993, p. 17).⁴ Un discípulo de Esquirol, E. Georget (1795-1828), retoma el concepto y lo denomina *monomanía instintiva*, en donde el sujeto estaba en uso de su razón al cometer un crimen y que incluso su condición moral decretaba que ese acto no era correcto. Llega a decir entonces que estos asesinos eran locos aunque no mostrasen signos de alienación. En este contexto, y considerando que este tipo de sujetos tenía una lesión de la voluntad y no de la razón, se tornaba extremadamente difícil tener la capacidad de distinguir entre simples criminales o criminales alienados.

Otro de los hitos en este proceso lo instituye la creación de la craneología a mitad del siglo XVIII. En la búsqueda de esa «naturaleza criminal», se estableció la relación entre la forma y las medidas del cráneo y la predisposición al crimen (Harris, 1993; Darmon, 1991). Posteriormente y a partir de la craneología, las explicaciones se encaminaron a la fisonomía del criminal. La búsqueda de respuestas acerca de la naturaleza criminal en la morfología del cerebro se desarrolló tanto en Francia como en otros países europeos⁵ y la frenología convivió con teorías como la de *moral insanity* o las explicaciones

4 Traducción propia del original.

5 Los discípulos de Gall, Vimont y Barthel, continuaron sus ideas, y en 1843 se funda la Sociedad de Frenología, tanto en Francia como en otros países, por ejemplo, en Alemania (1843). Por su parte, en Francia en 1876 se fundó la Sociedad de la Autopsia, con el objetivo de realizar el estudio del cerebro.

derivadas de la herencia.⁶ Morel en 1857 desarrolla su teoría de la degeneración,⁷ retomando así la idea de herencia en los siguientes términos: «la especie humana se perpetuaría a partir de un tipo de primitivo ideal que contendría el conjunto de los elementos de la continuidad de la raza, y cualquier desvío de ese esquema correspondería a una degeneración de nuestra naturaleza» (Darmon, 1991, p. 41).

Es Cesare Lombroso (1826-1909)⁸ quien retoma estas ideas y enuncia su teoría del criminal nato. Esta surge de la observación positiva de los hechos, es decir, identificar la naturaleza del individuo peligroso a través de estigmas corporales. El criminal nato de Lombroso es un subproducto del atavismo y la degeneración. La predestinación al crimen estaría dada por un conjunto de elementos visibles en la fisonomía del individuo, tales como orejas en ébano, cráneos achatados, frentes deprimidas, pómulos salientes, maxilares prominentes, estrabismo, fisonomía senil, bocas deformadas, asimetrías faciales, narices con desvío, tatuajes. Así, también, se observan conductas tales como la ausencia de dolor y emotividad (Darmon, 1991). En 1906, en su libro *El crimen, causas y remedios*, Lombroso reafirma la influencia de la herencia en la criminalidad, junto a factores comportamentales tales como el alcoholismo o la prostitución. Una versión más sociológica del criminal fue encarnada por un discípulo de Lombroso, Enrico Ferri, quien estableció que el medio social es lo que «moldea» la predisposición al crimen (Darmon, 1991).

En la primera década del siglo XX, las críticas a la teoría lombrosiana surgieron en Europa; la figura del criminal nato fue progresivamente abandonada y la antropometría fue debilitándose como herramienta para detectar la peligrosidad (Darmon, 1991). Pese a ello, la criminología italiana tuvo influencia en diversos ámbitos, logrando instalar la idea de una predestinación al crimen, de carácter constitucional y biológico.

6 En 1835 Pritchard formula la teoría de *moral insanity*. El francés Ferrus en 1850 plantea el mismo postulado. Según ellos, los criminales son locos morales incapaces de discernir el bien del mal: «a pesar de que comprenden muy bien que la acción que ejecutan es pasible de castigo, los criminales no comprenden que ella es anormal en sí. En otros términos, ellos conocen los derechos de la sociedad, pero no comprenden los deberes dictados por la conciencia (Darmon, 1991, p. 40). En 1841, Lauvergne investigó la forma física y moral de varios delincuentes y afirmó que existe una relación entre la propensión al crimen y el desarrollo exagerado del cerebelo.

7 Debido a la relevancia que adoptó la teoría de la degeneración en el contexto uruguayo, se profundizará en ella en el capítulo 2.

8 En 1864, la Universidad de Pavia en Viena le encarga el curso de psiquiatría y la dirección del Asilo de alienados. En 1876 obtiene la Cátedra de Medicina legal de la Facultad de Turín. En 1876 publica *El hombre criminal*. En 1880 funda su periódico y otras publicaciones.

En términos etiológicos, al igual que Morel y Magnan, Kraepelin diferenció entre enfermedades hereditarias y aquellas provocadas por factores externos, tales como el consumo de alcohol. Kraepelin (1856-1926) agrupó las enfermedades en dos grandes conjuntos: las locuras maníaco-depresivas (tales como la melancolía, los delirios, las manías) consideradas curables y la demencia precoz (más tarde llamada esquizofrenia) considerada incurable (Caponi, 2014, Novella y Huertas, 2010).

La figura del criminal nato y los estigmas que acompañaban su constitución física persistieron en la concepción kraepeliniana, ya que «evidencias de una profunda degeneración física acompañan frecuentemente la naturaleza criminal» (Kraepelin, 1907, citado en Caponi, 2014, p. 153).

La etiología antes presentada permitió mostrar cómo se apeló a teorías deterministas acerca de la explicación del crimen monstruoso y procesando, paulatinamente, una nueva visión del crimen, el criminal y las formas de castigo (Harris, 1993). Así, fue instalándose la idea de que un individuo es portador «de un índice particularmente elevado de probabilidad» de cometer un crimen,

se puede determinar una responsabilidad civil sin establecer culpa, a partir únicamente del riesgo creado con el que hay que defenderse sin anularlo, del mismo modo se puede hacer responsable penalmente a un individuo sin tener que determinar si es libre y si hay culpa, ligando el acto cometido al riesgo de criminalidad constituido por su propia personalidad. Es responsable pues por su sola existencia engendra riesgo, incluso si no es culpable puesto que no ha elegido con completa libertad el mal en lugar del bien. (Foucault, 1992, p. 259)

La medicina se presentó como la profesión capaz de detectar a este tipo de individuos, portadores de características físicas y comportamentales que los hacían peligrosos. En el tránsito del siglo XVIII al XIX la psiquiatría adquirió prestigio y autonomía, «porque pudo inscribirse en el marco de una medicina concebida como reacción a los peligros inherentes al cuerpo social» (Foucault, 1992, p. 242).

A partir de entonces la medicina será la encargada de dar cuenta de las relaciones entre el acto con los intereses, los hábitos, las inclinaciones y el carácter del sujeto. Esta intervención de la medicina en lo penal no es consecuencia del desarrollo de la teoría tradicional de la responsabilidad penal, sino de la necesidad de que la medicina funcione como higiene pública:

Si el crimen se convirtió entonces para los psiquiatras en un problema importante es porque se trataba menos de un terreno de conocimiento a conquistar que de una modalidad de poder a garantizar y justificar. Si la psiquiatría se convirtió en algo tan importante en el siglo XIX no es simplemente porque aplicase una nueva racionalidad médica a los desórdenes de la mente o de la conducta, sino porque funcionaba como una forma de higiene pública. (Foucault, 1992, p. 241)

Bajo la perspectiva adoptada en este trabajo, lo que posibilitó la medicalización del crimen de manera decisiva fue su problematización en términos propiamente biopolíticos o poblacionales. En ese sentido, es preciso reconocer su asociación con el surgimiento y desarrollo del capitalismo, el cual demandó la intervención, ya no del soberano -en términos de decisión sobre la vida y la muerte de los súbditos-, sino del propio Estado-Nación sobre la masa de individuos que pasa a ser concebida como población. En cuanto tal, esta pasa a ser, fundamentalmente a partir del siglo XIX, un objeto privilegiado de conocimiento y del ejercicio de «un poder destinado a producir fuerzas, a hacerlas crecer y ordenarlas más que a obstaculizarlas, doblarlas o destruirlas» (Foucault, 2018, p. 128).

Se trata de un poder que opera en términos positivos sobre el sustrato biológico de la vida humana, a través de dispositivos que buscan administrarla, ejerciendo sobre ella controles precisos y regulaciones generales. En palabras de Foucault (2018, p. 133), ese biopoder fue «un elemento indispensable en el desarrollo del capitalismo; este no pudo afirmarse sino al precio de la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción y mediante un ajuste de los fenómenos de población a los procesos económicos».

Al mismo tiempo, la emergencia y desarrollo de estrategias biopolíticas está asociada al surgimiento de la problematización del espacio urbano en las sociedades capitalistas, en la medida en que la población obrera empobrecida se convirtió en objeto de preocupación por constituir una fuente de amenazas o peligros vinculados a la conflictividad social registrada en las ciudades. El espacio urbano pasa entonces a ser problematizado en cuanto tal, principalmente en lo que se refiere a la pobreza, a las condiciones insalubres del ambiente y su impacto en la reproducción de la fuerza de trabajo, al crecimiento de comportamientos y formas de sociabilidad que se desviaban de los parámetros de la moralidad burguesa, y a lo que se refiere a los conflictos políticos y sociales propios de la relación capital-trabajo (Foucault, 1977).

En el proceso de modernización del Uruguay, el establecimiento de parámetros para regular la vida en el espacio urbano se hizo evidente. En ese sentido, el crimen se convirtió en uno de los principales problemas sociales a resolver y la medicina fue convocada para la comprensión e intervención sobre el crimen y principalmente, para la detección de individuos peligrosos, bajo determinadas etiologías.

La mirada médica sobre el crimen se basó, además, en una preocupación por las condiciones de reproducción biológica y social de los sectores populares. La influencia que ejerció la teoría de la degeneración fue determinante en la etiología del crimen y la reproducción poblacional. En el caso uruguayo, los llamados «vicios sociales» (cuyo énfasis está colocado en el alcoholismo) se constituyeron como fuente de degeneración y de peligrosidad (Ortega, Beltrán, Mitjavila, 2018).

Sobre estos aspectos se avanzará en las páginas que siguen.

1.3. La modernización uruguaya: secularización, medicalización e higienismo

En Uruguay, el primer impulso modernizador ocurre entre 1870 y 1903, período denominado como ‘civilista’, en el cual se consolida y centraliza el poder del Estado como ‘juez y gendarme’. Este proceso permitió no solo fortalecer el poder del Estado, sino ampliar su esfera de acción, hecho que habilitó el rumbo hacia la segunda modernización, ubicada históricamente entre 1903 y 1933. En términos conceptuales, la modernización puede identificarse con un conjunto de cambios sociales, políticos y culturales tales como la disolución de los agrupamientos sociales tradicionales, el incremento de la movilidad geográfica y social de la población, la expansión de la educación, la salud y la comunicación. Políticamente, la modernización implicó un Estado robustecido, un proceso de laicización de la autoridad, una diferenciación institucional y la expansión de la participación política. Económicamente, el Estado uruguayo consolidó este proceso a través de su integración a los mercados internacionales, extendiendo la educación e instaurando una cultura urbana y secularizada, propia de las sociedades capitalistas (Caetano y Rilla, 1994).

El período de gobierno que abarcó las tres primeras décadas del siglo XX estuvo marcado por un fuerte carácter reformista, a partir de la figura de José Batlle y Ordoñez,

que continúa en gobiernos posteriores.⁹ El período batllista se caracterizó por un fuerte perfil intervencionista, con una práctica interventora en lo económico y lo social: una sociedad de consenso y democrática: «el Estado formó la sociedad de acuerdo con las prioridades de integración social, de institucionalización y de identificación entre sociedad y Estado a través del proceso político democrático» (Rama, citado en Caetano y Rilla, 1994, p. 109).

El *reformismo batllista* (1900-1930) podría ser caracterizado como un período de profundas reformas impulsadas por el Estado uruguayo a efectos de consolidar el proyecto de la modernización. Dichas reformas buscaron promover una política de desarrollo industrial, principalmente asociada a la producción rural, así como una fuerte legislación laboral, la expansión de la atención en salud, vivienda, saneamiento y vialidad y la ampliación de la oferta educativa: «para el batllismo, la reforma social se justificaba y hasta se explicaba por razones de carácter moral, por mandato ético para con ‘los humildes’» (Caetano y Rilla, 1994, p. 116).

Para la refundación de un Estado centralizado, se desarrollaron algunas estrategias que consistieron básicamente en reforzar el poder coactivo del Estado, por ejemplo, a través de la presencia de la policía urbana y rural, así como el monopolio de la tecnología militar y el desarrollo de las vías de comunicación favorables a Montevideo. Hacia fines del siglo XIX, el avance del alambramiento de los campos, además de propiciar la represión policial de la delincuencia rural, generó «las condiciones ideales no solo para asegurar la propiedad y disciplinar a la población, sino también para acelerar la implantación de nuevas tecnologías de mestizaje y refinamiento de los ganados» (Caetano y Rilla, 1994, p. 78). El medio rural se vio conmocionado económica y socialmente por el cercamiento de los campos, lo que generó que vastos sectores de la población se trasladaran a los centros poblados y a Montevideo en busca de sustento: «las insuficiencias de la economía urbana no permitieron reincorporar en un sentido productivo el éxodo proveniente de la campaña» (Caetano y Rilla, 1994, p. 81).

El proceso de modernización en Uruguay estuvo determinado por dos elementos centrales: el avance del pensamiento positivista y el proceso de secularización. El primero tuvo su correlato principal a través de la reforma educativa impulsada por José

⁹ El período mencionado abarca los gobiernos de: José Batlle y Ordoñez (1903-1907), Claudio Williman (1907-1911), José Batlle y Ordoñez (1911-1915), Feliciano Viera (1915-1919), Baltasar Brum (1919-1923) y Juan Campisteguy (1927-1931) (Panizza, 1990).

Pedro Varela hacia 1868 y en la creación de la Universidad de la República a partir de 1875, siendo las primeras facultades creadas las de Derecho, Medicina y Matemáticas.

El proceso de secularización se debió a una serie de factores entre los cuales se destacan la implantación tardía de la religión católica durante la Colonia, la rápida y creciente urbanización y la pobreza material e institucional de la Iglesia.¹⁰ Una de las dimensiones culturales del reformismo batllista pretendía «un hombre nuevo, liberado de los prejuicios seculares», promotor del anticlericalismo y de iniciativas tales como el divorcio a partir de la sola voluntad de la mujer, entre otras (Caetano y Rilla, 1994, p. 120).

En el caso uruguayo al igual que en otros contextos, los procesos de modernización y de influencia del positivismo fueron determinantes para la intervención de la medicina en el despliegue de estrategias biopolíticas para la gestión de las amenazas sociales. En tal sentido, el proyecto del iluminismo adoptado por Uruguay no compitió «contra proyectos alternativos o estructuras institucionales fuertemente definidas» (Methol, 1999, p. 14), lo que llevó a adoptar el discurso de la ciencia como válido y verdadero.

La instalación de procesos de medicalización del crimen en Uruguay fue posible gracias a varios factores, entre los que se destacan, como ya fue mencionado, la secularización temprana y la legitimación social de la medicina. La sociedad uruguaya experimentó un proceso creciente de medicalización de la vida social, el cual ha sido interpretado por Barrán (1993, p. 11) como resultado de un cambio de sensibilidad, que se manifestó en el «pasaje de la preocupación por la enfermedad a la moderna obsesión por la salud». Esto estaría marcado por la creciente relevancia social del saber médico, considerado un engranaje clave del proceso de modernización:

La medicalización de la sociedad —la asunción por la cultura de los derechos de la salud— tuvo, pues, su contracara: la socialización del saber médico, es decir, la infiltración de los valores, la mentalidad y la sensibilidad dominantes en el saber científico. (Barrán, 1993, p. 17)

Entre 1900 y 1930 la sociedad uruguaya se medicalizó en tres niveles: el nivel de la atención, «el rol creciente que tuvo el médico en el tratamiento de la enfermedad»; el

10 Como manifestación del temprano proceso de secularización se destaca la gestión de los cementerios por parte del Estado, la enseñanza laica en las escuelas públicas, la obligatoriedad del matrimonio civil desde 1885, el establecimiento del Registro Civil (1879), la ley de divorcio absoluto (1907), la secularización de los feriados religiosos (1919), entre otros (Caetano y Rilla, 1994, pp. 82-83). En 1919 se vota una nueva constitución que establece la separación de la Iglesia del Estado, lo cual establece un hito más en la secularización de la sociedad.

nivel de la conversión de la salud en uno de los valores supremos de la sociedad; y el nivel «de la asunción por la sociedad de conductas cotidianas, valores colectivos e imágenes», derivados directamente de las propagación del saber médico (Barrán, 1993, p. 87).

Paulatinamente y en la medida en que la preservación de la salud se convirtió en una aspiración social, la medicina científico-técnica monopolizó el tratamiento de la enfermedad y se popularizaron los aspectos profilácticos de su saber. Por entonces,

el médico era ya una figura clave en cualquier familia uruguaya [...]. El silencio respetuoso, la solicitud, el ofrecimiento de lo mejor, el acatamiento a sus consejos y órdenes habían sustituido la antigua familiaridad, la irrespetuosidad, la desobediencia, la consulta a los otros saberes. (Barrán, 1993, p. 77)

La medicina fue desplazando, paulatinamente, la gestión religiosa de las instituciones sanitarias, ocupando lugares claves en la gestión pública de la salud (Methol, 1999; Duffau, 2019). Este cambio en el poder médico se aceleró bajo el primer gobierno de José Batlle y Ordoñez (1903-1907) y en el de Claudio Williman (1907-1911). En noviembre de 1910 se crea la Ley de Asistencia Pública Nacional y médicos empiezan a ocupar espacios claves de la gestión pública, como en el caso del Consejo Nacional de Higiene. La asistencia pública se hizo cargo de todos los hospitales del país, y las Hermanas de la Caridad fueron paulatinamente sustituidas por la figura del médico (Duffau, 2019).

1.4. Higienismo y eugenesia: condiciones de posibilidad para el gobierno de la peligrosidad

La medicalización del crimen y el gobierno de la peligrosidad en Uruguay se sustentaron principalmente en dos pilares que marcaron el período en el país: el higienismo y las estrategias de cuño eugenésico. La implantación del modelo higienista en Uruguay puede ubicarse históricamente hacia fines del siglo XIX y principios del siglo XX, en la primera modernización, producto de la importación de modelos explicativos basados en la importancia del medio externo para el desarrollo de enfermedades.

El higienismo fue la corriente de pensamiento que orientó la intervención médica en la salud pública durante el siglo XIX y buena parte del siglo XX: «como campo de

indagación científica, en el higienismo confluye una preocupación genérica por la salud pública, el intento de explicar el origen y mecanismos de determinadas enfermedades endémicas y epidémicas, y una reflexión amplia sobre lo que hoy llamaríamos la “calidad de la vida”» (Urteaga, 1985, p. 417).

El higienismo se desarrolló en diversas etapas, que se fueron traduciendo en influencias en la práctica médica y en las decisiones en cuanto al rumbo de la política sanitaria en cada país. A comienzo de siglo XIX bajo la perspectiva ambientalista, se concibió que la morbilidad estaba determinada por las condiciones geográficas y del ambiente. Concepciones tales como la doctrina miasmática, dieron paso a intervenciones en las condiciones ambientales en las ciudades. Conviviendo con esta perspectiva, se comenzó a concebir la enfermedad como consecuencia de una cierta condición social: «la miseria de amplios sectores de la población, y un extenso abanico de problemas sociales, como el alcoholismo, la prostitución o la violencia urbana, fueron descritos alternativamente como síntoma o causa, cuando no consecuencia del lamentable estado de la salud pública» (Urteaga, 1985, p. 422).

Parte de las hipótesis ambientales fueron desacreditadas por los descubrimientos de la microbiología: «El combate entre microbios y organismos será, visto como una variante de la darwiniana «lucha por la vida» (Urteaga, 1985, p. 423). Además, la influencia del degeneracionismo brindó condiciones para la intervención sobre las condiciones de transmisión por la herencia. El darwinismo fue permeando el pensamiento médico desde las últimas dos décadas del siglo XIX y gran parte del siglo XX, y las premisas de mejoramiento de la raza se hicieron presentes en los higienistas, que colocaron su foco sobre las condiciones biológicas y reproductivas de la población. Ambas concepciones permearon las intervenciones para combatir el crimen, detectando aquellas condiciones que -al igual que en biología- eran proclives a la conducta criminal.

El higienismo uruguayo tuvo dos dimensiones, la política y la moral. La primera, tuvo que ver con la construcción de un relato médico científico válido y diferenciado de los saberes populares, relato que se vio potenciado por la asociación entre medicina y política. Pese a su carácter disciplinador, el higienismo uruguayo, operó como eslabón clave para la construcción de «un programa político integrador, que tuviera una dimensión transformadora dentro del contexto histórico» (Methol, 1999, p. 61).

Una segunda dimensión refiere al sustrato moral del higienismo, en una asociación entre «el estado sanitario del individuo con las manifestaciones de su comportamiento moral

y social, dando lugar a una relación proporcional: a mayor ‘salud’, se corresponde una toma de decisiones más atinada y virtuosa» (Methol, 1999, p. 65). Esta concepción redundó en la adopción de pautas de conducta de cuidado y responsabilidad individual, tales como alejarse de los vicios, adoptar una dieta moderada y una vida ordenada en función del trabajo, regular los impulsos y las pasiones, entre otras.

En conclusión, en la construcción del Uruguay moderno el discurso médico higienista asumió un carácter central, como «un nuevo modo de explicación y ordenamiento de la vida social», con efectos múltiples a nivel discursivo y práctico. En síntesis, para Methol (1999, p. 66),

desde el punto de vista ideológico, el higienismo amplió el campo de su competencia hasta el punto de fundamentar la necesidad de su intervención en distintas facetas de la vida social, llegando a constituir de este modo un programa totalizante, que pretendía hacerse cargo no solamente de las situaciones mórbidas —esfera que ya le era propia— sino también de todos los comportamientos que pudiesen generar efectos de tipo sanitario, ya sean individuales o, con más razón, colectivos.

Las concepciones higienistas prevaecientes en el período permearon las prácticas del campo médico sanitario y se extendieron rápidamente a la sociedad en su conjunto: el campo educativo, las ciudades, las fábricas, la vida familiar e, incluso, las cuestiones vinculadas al delito y al crimen, tanto en lo referido a la víctima como al criminal (Barrán 1995; Morás, 2000; Methol, 1999; Ortega, 2008).

El higienismo adquirió un carácter estructural en la medicalización del crimen y la gestión de la peligrosidad, debido al predominio de explicaciones situadas en el medio social y en los hábitos y conductas de determinadas poblaciones, principalmente de los sectores más empobrecidos de la sociedad, que se entendía eran portadores de un conjunto de prácticas que atentaban contra el orden y el progreso social. En tal sentido, el pensamiento higienista fue «visto como una construcción bio-política con aspiraciones de racionalización y moralización de la vida que impacta sobre comportamientos y mentalidades» (Methol, 1999, p. 5).

La eugenesia, por su parte, surge en 1882 a partir de las ideas del inglés Francis Galton (1822-1911). Considerando los supuestos de la selección natural de Darwin y la herencia de caracteres adquiridos, se definió como «la ciencia que procuraría que cada especie, clase o raza, llegase al máximo de sus posibilidades mediante el cruzamiento

entre los mejores y la esterilización de los seres biológica y mentalmente defectuosos» (Barrán, 1995). En América latina, se desarrolló a partir de la primera década del siglo XX y según Sapriza (2001, 2021) en Uruguay la estrategia eugenista se desarrolló en el período entre guerras (1918-1939).

Estudios sobre la eugenesia destacan que, a diferencia de otros contextos como el norteamericano o el anglosajón, en América latina se desarrolló una «eugenesia positiva, medioambientalista y educativa». Esa eugenesia latina «estuvo empeñada en alentar la reproducción de individuos o grupos considerados mejores a los fines de modificar la media poblacional con campañas de educación eugénica, leyes reguladoras del matrimonio, iniciativas destinadas al cuidado de madres e hijos y medidas generales y específicas de salud pública» (Armus, 2016, pp. 150-151).

El eugenismo imperante en Uruguay también se inscribiría en esa modalidad «latina», pero presentando algunas singularidades: i) la ausencia de argumentos étnico-raciales, aunque sí una apelación a la noción de «especie»;¹¹ ii) una preocupación por la reproducción biológica y las medidas a ser tomadas para tener una población fuerte y sana iii) la atención al problema de la inmigración «indeseada» y su efecto en la población nacional y finalmente, iv) el énfasis en el efecto negativo de los llamados «vicios sociales», tales como el alcoholismo, la sífilis o la prostitución (Stepan, 2005; Ortega, Beltrán, Mitjavila, 2018; Mitjavila, Ortega, Beltrán, 2022).

1.5. Condiciones sociopolíticas para el impulso del gobierno de la peligrosidad

En 1929, la crisis capitalista afectó directamente a un país subordinado a las oscilaciones del comercio exterior. Los elementos más notorios de la crisis fueron la caída del volumen de exportaciones e importaciones (en casi un 50 %), caída de las recaudaciones y pérdida de valor del peso uruguayo (Caetano y Rilla, 1994). En este contexto, la desocupación creció fuertemente en Uruguay y se registraron cifras preocupantes hacia 1933, evidenciándose en el período «un descenso importante en las condiciones de vida de la población, en particular de los sectores populares» (Caetano y Rilla, 1994, p. 147).

¹¹ Barrán (1995, p. 216) expresa acerca del uso de ambas nociones: «La primera nota característica del eugenismo uruguayo fue su preferencia por el uso del término *especie* y no *raza*, aunque existieron, como hemos visto, excepciones, y de monta. Ese acento en la defensa de la especie humana y no de la raza específica de país, revelaba la presencia, también en el discurso científico, de ese nacionalismo cosmopolita que era el rasgo propio de la condición nacional, concluida de forjar precisamente en ese Novecientos y moldeada por el batllismo en la admiración de lo europeo».

En un contexto de incertidumbre, en las elecciones de 1930 triunfa Gabriel Terra, quien encabezó un golpe de Estado en 1933 guiado por las consignas de terminar con la «irresponsabilidad gubernamental», «el peligro de la agitación comunista» y para imponer un gobierno «ágil» y «barato» que sustituyera «la politiquería» (Caetano y Rilla, 1994, p. 152).

Las pautas establecidas por el reformismo batllista permanecieron, aunque fueron reorientadas «con un nuevo tono tecnocrático y conservador» (Caetano y Rilla, 1994, p. 157). La dictadura de Terra finaliza en 1938 y dejaría como legado un nuevo freno al reformismo batllista y una reforma de la Constitución aprobada luego del Golpe.

En 1942 se produce un nuevo golpe de Estado a cargo de Alfredo Baldomir, que terminó nueve meses después con una convocatoria a las urnas. De este proceso triunfó Juan José de Amézaga (1943-1947), quien retornó al rumbo de la democracia. La Segunda Guerra Mundial estaba impactando en la prosperidad económica del país y en la reinserción internacional del Uruguay: el alineamiento del país en la órbita norteamericana y con la estrategia panamericanista, «todos los gobiernos uruguayos de la época acompañaron sin fisuras las propuestas y sugerencias norteamericanas en materia de política exterior, en un itinerario que llevó al Uruguay a ser considerado el aliado más incondicional de Washington en la región» (Caetano y Rilla, 1994, p. 167).

En un contexto político de golpe de Estado y crisis económica, algunas conductas o poblaciones fueron caracterizadas como peligrosas, constituyéndose como focos de preocupación del período que antecede y que se consolida en esta década. El consumo de alcohol, los inmigrantes «indeseados», la mendicidad, los menores infractores, fueron rápidamente asociados a la peligrosidad. En las primeras cuatro décadas del siglo XX se desplegaron acciones que buscaron reprimir, controlar y prevenir este tipo de conductas o controlar el ingreso de extranjeros al país. Dichas acciones fueron legislativas, a través de la promulgación de leyes o decretos (por ejemplo leyes de inmigración o el Código del Niño) pero también, se desplegaron un conjunto de intervenciones educativas con foco en la familia y el espacio escolar.

1.6. Sustento normativo para la gestión de la peligrosidad

Entre 1934 y 1941 se creó en Uruguay un marco legal que acompañó los cambios relacionados a la consideración de determinadas poblaciones asociadas a la peligrosidad. En todas estas leyes primó la noción de defensa social y la peligrosidad.

El 4 de diciembre de 1933 se aprobó la Ley 9.155 y el 1.º de julio de 1934 comenzó a regir el nuevo Código penal. La redacción del Código estuvo a cargo del abogado penalista José Irureta Goyena¹² y se basó en el código italiano de 1931. Planteó en su exposición de motivos que el Código es «un trabajo de política criminal, inspirado en las exigencias de la defensa social» y que ha seguido «el propósito de atender las necesidades del orden social, que la posibilidad de destacar las excelencias de una determinada Escuela». Las tres características principales del Código, según su redactor, fueron: sin dejar de considerar las características del delito «tienen más en cuenta y le concede toda la importancia que merece, al estudio del delincuente»; «aumenta las medidas de defensa de la sociedad, en lucha con el hombre que intenta quebrantar el orden que debe regir en ella»; y que «la aplicación de las medidas se armonice con el concepto de justicia, que predomina en el espíritu de la sociedad» (Irureta Goyena citado en Rovira, 1960, p. 36).

Las tres premisas en las que se basó el proyecto son: (i) la consideración de las características del delincuente, aunque sin abandonar la consideración del delito; (ii) la aplicación de medidas preventivas en pro de la defensa social (curativas, educativas, eliminativas y preventivas) y, finalmente, (iii) la necesaria armonización de la legislación con el concepto de justicia predominante (Fessler, 2021).

El 22 de octubre de 1941 se aprobó la Ley 10.017 que consagró la peligrosidad sin delito. Esta ley penaliza un conjunto de comportamientos considerados predelictuales o socialmente peligrosos. Esas conductas expresadas en su artículo 2 refieren básicamente

12 Caetano (2021, pp. 213-214) identifica a José Irureta Goyena como una de las figuras más representativas del liberalismo conservador de la época. Entre los principios más generales de su pensamiento destaca: «la existencia de un ‘orden social orgánico y cohesionado’, sancionado desde y para siempre por la naturaleza y la tradición; una sólida convicción en torno a la imperfección radical de la condición humana, desde la perspectiva de una visión antropológica más ‘pesimista’ o ‘realista’; la consiguiente desvalorización de toda utopía, en particular si su norte suponía ‘igualitarismo’ o nivelación social; la afirmación del rol decisivo para la convivencia social de la propiedad privada y de la condición ‘natural’ de la desigualdad de clases, indispensables para que arraigara la competencia como soporte del dinamismo económico; cierta reticencia e incertidumbre ante la perspectiva política de la democracia, en particular desde una perspectiva siempre recelosa sobre las posibilidades abiertas de un desborde del ‘pueblo’, entre otras.

a la vagancia, la ociosidad, la mendicidad y la ebriedad en espacios públicos o privados que afecten el orden o pongan en peligro a los demás. Se incluyeron también los proxenetas; los portadores de falsa identidad y «los que observen conducta reveladora de inclinación al delito, manifestada por el trato asiduo y sin causa justificada, de delinquentes y personas de mal vivir, o por frecuentación -en las mismas condiciones- de lugares donde aquellos se reúnan». (Ley 10.071, de 1941 citada en Rovira, 1960, p. 321).

Otra de las poblaciones consideradas peligrosas fueron los niños y adolescentes en conflicto con la ley o «minoridad peligrosa». Comienza a crearse en el período una situación de creciente alarma pública frente a un aumento en número e intensidad de los delitos cometidos por menores y, por tanto, constituidos estos como fuente de peligrosidad. Esta situación se percibió «como resultado de un proceso de crisis socioeconómica y provisoria declinación del Estado de Bienestar, y no de una repentina madurez anticipada de los menores» (Morás, 2012, p. 71).

El Código del Niño se aprobó en abril de 1934 y tal como consignan quienes han abordado el tema (Leopold, 2002; Ortega, 2008), la corporación médica y la jurídica estuvieron presentes en la formulación del Código. Como antecedentes a la promulgación del Código se encuentra la aprobación de la ley de protección a menores (febrero de 1911) junto a la creación del Consejo de Protección de Menores. Fessler (2021, p. 39) indica que «la existencia de un discurso fuertemente asistencialista que tuvo como eje central la protección de la infancia, destacando la preocupación por el cuidado, generó cierta invisibilización de la existencia de un componente defensorista que las propuestas muchas veces encerraron». En esta intención debe tenerse presente el discurso alarmista respecto del aumento de delitos en manos de niños y adolescentes.

En lo asistencial, las acciones de protección, a partir del Código estarían bajo la órbita del Consejo del Niño, que «debería ocuparse de todos los problemas de la infancia, desde la gestación y el desarrollo del niño, hasta los que se relacionen con su bienestar, en el sentido más amplio posible» (Ortega, 2008, p. 54). En lo penal, se decretó la inimputabilidad de niños y adolescentes y toda privación de libertad estaría asociada a un proceso de re-educación.

Los antecedentes respecto de la minoridad socialmente peligrosa pueden situarse en la primera década del siglo XX, en textos tales como los de Irureta Goyena (1909)¹³ o Washington Beltrán (1910).¹⁴ Esa situación de incipiente alarma pública generó que el problema de la minoridad sea percibido como un problema que admitirá una serie de reformas concretas. La protección de la minoridad estuvo ligada al control social, adquiriendo un efecto ejemplarizante para el resto de la sociedad, pese a no existir datos certeros acerca del aumento real de delitos¹⁵: «la realidad real no permite afirmar el tan mentado crecimiento, ni definir características cualitativas del supuesto aumento de violencia en las acciones desarrolladas por los menores, debido a la notoria ausencia de estudios en la materia» (Morás, 2012, p. 60).

La influencia del paradigma positivista propició la reconfiguración de los infractores a la categoría de «enfermos», fortaleciendo entonces un proceso de medicalización y una creciente intervención de técnicos para la gestión de esas conductas socialmente problemáticas. Discursos de época consignaban que «en efecto, resulta mucho más rentable «prevenir» que curar los vicios sociales cuando ya es un hecho consumado» (Morás, 2012, p. 67).

Por su parte, la inmigración no deseada también fue foco de intervención mediante una serie de leyes del período, sumado a la represión hacia el movimiento obrero organizado y hacia integrantes del Partido Socialista y Anarquista (Porrini, 1994; Vomero, 2021).

A partir del último cuarto del siglo XIX, se destaca un fuerte proceso de emigración por medio del cual más de cincuenta millones de europeos dejaron el continente, elemento que influyó notoriamente en la consolidación de la nación uruguaya. Los emigrantes europeos fueron valorados positivamente en la medida en que eran portadores de condiciones para el trabajo: «la raza europea, según la denominación de la época, fue claramente positiva para el avance del país, en oposición a los criollos» (Caetano y Rilla, 1994, p. 73).

El carácter cosmopolita de Uruguay y la concepción hacia los países europeos consolidó la mirada al extranjero como una fuente de valor cultural para la joven nación uruguaya.

13 Morás (2012) se refiere al texto «Los menores ante la ley penal» escrito por Irureta Goyena en 1906.

14 Morás (2012) hace referencia al texto de Washington Beltrán «Cuestiones sociológicas. Lucha contra la criminalidad infantil» de 1910.

15 Al decir de Fessler (2021, p. 28) los cuestionamientos al Código penal de 1889 a mediados de la década de 1920 se agudizaron debido a la fuerte incidencia «de un conjunto de asaltos de particular violencia que sirvieron para ejemplificar el problema de la inseguridad que ya afectaba a todos los vecinos de Montevideo».

La imitación de las costumbres y el estilo de vida europeo irradiaron la cultura uruguaya considerada como capaz de absorber «lo mejor de cada país europeo». Pese a ello, la inmigración, tanto interna como externa, en un contexto de crisis económica o cambios a nivel productivo, fue considerada fuente de peligrosidad.

La presencia de un gran contingente de extranjeros, forjó una cultura nacional que trató de integrar población heterogénea: «Todo ello, claro está, no solo congregó voluntades entusiastas: también convocó los miedos y resistencias con que toda sociedad —para bien o para mal— se defiende del cambio» (Caetano y Rilla, 1994, p. 120).

La imagen del delincuente se sustentó con base en tres elementos: «la criminalidad como un hecho predominantemente urbano, especialmente montevideano; masculino y con un fuerte porcentaje de extranjeros en concordancia con su importante presencia en la sociedad uruguaya» (Fessler, 2012, p. 41).

Respecto de la inmigración, un conjunto de leyes fue aprobado en el período. En junio de 1932 se aprobó la ley 8.889, que decretaba restricciones a la inmigración, particularmente a «los condenados por delito de fuero común [...] los maleantes y vagos, los toxicómanos y los ebrios consuetudinarios» (Ley 8.889, artículo 2, en Armand Ugón et al., 1930).

La Ley 9.604 del 13 de octubre de 1936 es complementaria a la anterior y plantea aún más restricciones para la admisión de inmigrantes, como por ejemplo la solicitud de una carta consular.

La promulgación de estas leyes —a las que volveremos en los próximos capítulos— se fundó, además de la vigencia del discurso de defensa social, en una preocupación ante el supuesto aumento de delitos contra la persona y la necesidad de detectar a aquellos individuos que presentaban indicios de peligrosidad (Fessler, 2021).

Este contexto fue propiciando, paulatinamente, que el delito asociado a la locura se convirtiera en un fenómeno complejo y que el estudio de las características del criminal adquiriera gran relevancia.

1.7. La trayectoria de la psiquiatría y su relación con la caracterización del loco-criminal

Desde comienzos del siglo XX, en Uruguay, se produjeron un conjunto de transformaciones que propiciaron la caracterización del sujeto criminal como sujeto de intervención. Principalmente, se modernizó de la normativa penal a través de la promulgación del Código de 1889, que muestra una transición en las características de la pena: de la aplicación de castigos físicos se transitó a la pena por privación de la libertad. Una de esas transformaciones fundamentales acontecidas fue que «el crimen dejó de ser una sumatoria de actos aislados para convertirse en una patología» (Fessler, 2012, p. 59). En una sociedad que vivía un fuerte proceso de medicalización, este cambio en la consideración de la criminalidad hizo efectiva la relación entre medicina y derecho. La figura del criminal y los factores que intervinieron en su comportamiento fueron rápidamente asociados a la idea de «condiciones malsanas de vida», principalmente a aquellas vinculadas a las costumbres de la clase obrera urbana.

Bajo el discurso de un aumento de los delitos se fue procesando una demanda de represión y prevención que movilizó a políticos, magistrados y médicos para el estudio del criminal y su potencial peligro. Así, se consolida la idea de la pena a partir de las características del delincuente por sobre el comportamiento transgresor de la ley. La aplicación de las penas en función del delincuente llevó a un proceso de clasificación de los criminales, atravesado por la idea de su educación y corrección. En consecuencia, se crearon categorías para determinar el tratamiento en cada caso: «anormales, incorregibles-natos y habitualmente incorregibles, corregibles y pseudo-delincuentes» (Fessler, 2021, p. 32).

En esa nueva gestión del castigo se buscará, «la razón de ser» del criminal, de modo que sirva de «unidad de medida», y que esto permita prevenir crímenes similares (Foucault, 2001).

Así, la psiquiatría fundó su intervención en demostrar, no que todo criminal es un posible loco, sino que todo loco es un posible criminal:

la determinación, la atribución de una locura a un crimen –y en última instancia de la locura a cualquier crimen-, era el medio de fundar el poder psiquiátrico, no en términos de verdad, pues no se trata precisamente de verdad, sino términos de

peligro: estamos aquí para proteger a la sociedad porque, en el corazón de toda locura, está inscrita la posibilidad de un crimen. (Foucault, 2012, p. 297)

En ese sentido,

la psiquiatría, por un lado, hizo funcionar toda una parte de la higiene pública como medicina y, por el otro, hizo funcionar el saber, la prevención y la curación eventual de la enfermedad mental como precaución social, absolutamente necesaria si se querían evitar cierta cantidad de peligros fundamentales y ligados a la existencia misma de la locura. (Foucault, 2001, p. 116)

A través del estudio de la trayectoria de la formación del saber médico-psiquiátrico en Uruguay es posible observar como la psiquiatría se fue configurando como una rama específica de la medicina, logrando paulatinamente mayores niveles de reconocimiento académico, político y social. Esto le permitió que le fueran atribuidas y asumiera, funciones asistenciales, periciales y aquellas vinculadas a la higiene pública. También es posible observar la influencia de las diferentes corrientes europeas en el pensamiento psiquiátrico nacional, lo que permitirá posteriormente comprender la etiología del individuo criminal y la peligrosidad.

Especialmente, se enfatiza en la influencia que ejerció a nivel nacional la Cátedra de Psiquiatría del Hospital Vilardebó y las figuras que ocuparon ese cargo en la primera mitad del siglo XX. Se presupone que estos cambios estuvieron marcados por la figura que dirigía la cátedra, quien imprimió su orientación en cada período de gestión. Los antecedentes respecto de la creación de la psiquiatría en Uruguay son amplios y diversos (Duffau, 2019). En términos generales, es posible confirmar la influencia europea en la formación de la medicina en Uruguay y el impulso inicial que representó la creación de la Facultad de Medicina en 1875.

El hito más destacado respecto del surgimiento de la psiquiatría en Uruguay refiere a la creación de la cátedra en 1908. Esa responsabilidad estuvo a cargo de Bernardo Etchepare (1868-1925), considerado «el padre de la psiquiatría nacional», quien se formó en la Facultad de Medicina en Uruguay, pero se especializó en París realizando estadías en varios hospitales, y fundó, a su regreso, la Clínica Psiquiátrica en el Hospital Vilardebó.

En esos años es que comienzan a publicarse la *Revista Médica del Uruguay* (1853) y los *Anales de la Facultad de Medicina* (1916), publicaciones esenciales de las experiencias desarrolladas en la época por los noveles médicos, en donde se exponen sus avances

tanto en términos de experimentación clínica y quirúrgica, como de intervención médica en lo que respecta a la medicina social y la medicina legal.

En 1923 se crea la Sociedad de Psiquiatría y años después publica la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Hacia 1912, se crea el espacio asistencial del tipo colonia agrícola, como forma de comunidad terapéutica asociada a la creación de hogares protegidos o sistema de ‘asistencia familiar de alienados’. En 1936 fue aprobada la ley del psicópata para el tratamiento de la enfermedad mental, ley que se abordará más adelante.

El cuerpo médico se nutrió del saber europeo, rápidamente importado a comienzos del siglo XX. La formación de médicos, una vez egresados de la Facultad de Medicina, se realizaba predominantemente en Europa y principalmente en la Universidad de París.¹⁶ Se establecieron relaciones peculiares entre el saber científico acuñado en Europa y su adaptación a nuestro medio.

En palabras de Mieres (1997), desde 1875 y hasta 1920 la influencia de la escuela de medicina francesa fue determinante en la formación de los médicos uruguayos. Para dicha escuela, la observación, la descripción y la sistematicidad fueron elementos claves para el tratamiento de la enfermedad. La escuela alemana y norteamericana, aunque presente, tuvo una influencia menor en nuestro país (Mieres, 1997).

La Cátedra de Psiquiatría, entonces, nace del interés de los catedráticos nucleados en la Facultad de Medicina en el espacio asistencial: el Hospital Vilardebó. La Cátedra fue el espacio de convergencia de las ideas sobre psiquiatría existentes en el medio, hacia 1900.

Como antecedentes de la formación en psiquiatría, se destaca la actividad del profesor Elías Regules, catedrático de Medicina Legal, el cual concurría con sus alumnos al hospital psiquiátrico para analizar casos legales y forenses, mediante observación y entrevistas a los pacientes. Por entonces, Bernardo Etchepare, jefe de la sección de mujeres del Hospital Vilardebó y profesor de anatomía con especialidad quirúrgica, asume la Cátedra de Psiquiatría en 1908:¹⁷

16 El Estado francés y de sus elites académicas instituyeron, en este periodo, vínculos con América Latina con el objetivo de expandir la cultura francesa, estableciendo acuerdos de intercambio de estudiantes entre ambos continentes (Almeida, 2006).

17 En noviembre de 1912, por decisión del Consejo de Facultad de Medicina se resolvió la obligatoriedad de asistencias al curso y se puso el examen en el curso de 6.º año. La obligatoriedad estaría marcando la importancia que había adquirido la cátedra hacia principios de siglo XX.

Estudiante en Francia, traía de la escuela gala los fundamentos anatómo-funcionales que en tal momento tenían allí vigencia; por esa tendencia biologicista que le animaba, es que recibió con plácemes los aportes de las nuevas doctrinas alemanas que en el momento trataban de abrirse paso en el panorama científico de la época [...]. No solo enseñó y creó vocaciones, humanizó la asistencia psiquiátrica; trajo al país el eco galo de Poussin y Pinel, que quitaran cadenas en Bicêtre y La Salpêtrière respectivamente. (Puppo Touriz, 1983, p. 21)

Etchepare fue uno de los fundadores de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (1923) y elaboró numerosos artículos que remiten a las preocupaciones de la especialidad en la época. Al morir Bernardo Etchepare, Santín Carlos Rossi (1885-1936) ocupó la Cátedra de Psiquiatría hasta su fallecimiento en 1936.¹⁸ Quienes estudiaron la figura de Rossi afirman que imprimió en su obra y en su docencia un carácter « eminentemente biológico » (Puppo Touriz, 1983; Murguía y Soiza Larrosa, 1989). Apelando a este mismo carácter, escribió su deseo de que la psiquiatría se fundara en criterios biológicos: « la psiquiatría fundará su clínica sobre la anatomía y fisiología del encéfalo, o sus construcciones no tendrán más consistencia que la de simples creaciones verbales, variables con el criterio y el prestigio de cada autor » (Murguía y Soiza Larrosa, 1989, p. 143).

La figura de Santín Carlos Rossi, según Bielli (2012), dio continuidad a la perspectiva biológica predominante en la clínica psiquiátrica, la cual se mantiene hasta fines de los años cuarenta, generando posteriormente un vínculo más estrecho entre este enfoque y los enfoques de la psicopatología dinámica, constituyéndose de ese modo en una psiquiatría más plural.

Antonio Sicco (1894-1949) ocupó la cátedra de psiquiatría al fallecimiento de Santín Carlos Rossi, con carácter titular, en 1943, tras un largo período sin concretar la dirección de la cátedra por parte del Consejo de Facultad de Medicina. Sicco se graduó en medicina en 1919 y en 1926 viajó a Europa a efectos de conocer las principales corrientes de la psiquiatría de la época. A su regreso en 1931, dicta un curso libre de psiquiatría hasta 1934, y es designado jefe de servicio psiquiátrico en el Hospital

¹⁸ Egresado de la Facultad de Medicina en 1900, fue practicante del Manicomio Nacional, jefe de la Clínica Psiquiátrica del Profesor Etchepare, médico alienista del Hospital Vilardebó y profesor agregado de psiquiatría y medicina legal desde 1917. También fue presidente del Consejo de Enseñanza Primaria de Instrucción Pública. Apenas egresado, fue a un viaje de estudios por Europa, que lo llevó a las principales clínicas de Francia, Italia y Bélgica, y regresó al país para hacerse cargo de la Colonia de Alienados.

Vilardebó. Comenzó a publicar en 1924, principalmente en la *Revista de Psiquiatría* y en otras publicaciones de la región.¹⁹ Al final de su vida, publica el texto «Personalidades psicopáticas: hombres y vidas normales, anormales, antisociales» de 1948.²⁰

Según Murguía y Soiza Larrosa (1989, p. 144) que Sicco fue un hombre «inquieto y permeable a las ideas, recibió el impacto de los nuevos conceptos que comenzaban a tener vigencia en el mundo científico» y «lo muestran en el camino de las nuevas concepciones psico y sociogenéticas». Sicco fue el gran promotor de la necesidad de la higiene mental. Por ello, se preocupó por la expansión de una psiquiatría que ampliara sus funciones a un ámbito extrahospitalario. En este contexto, Sicco publica en 1929 «La Asistencia mental y la enseñanza de la psiquiatría», «Las imperfecciones del sistema actual de asistencia de alienados en nuestro país» y «Asistencia familiar en el Uruguay» en 1930, y presenta a la Asistencia Pública Nacional un «Plan de profilaxis mental» en el mismo año. En 1932, presenta en la Sociedad de Psiquiatría, las Bases para la creación y organización de la Liga de Higiene Mental del Uruguay.

En la enseñanza de la sintomatología y de la clasificación, Sicco realizaba los diagnósticos a partir de sus clases con los internos del hospital. Insistió en que se impartiera un curso de psicoterapia y de psicología, llegando a proponer la creación de una cátedra de psicología, integrada a la cátedra ya existente. Tantos fueron los esfuerzos en ese sentido, que logró que se dictaran clases semanales de psicoterapia en el Hospital Maciel y Pasteur y finalmente un curso de psicoterapia en Facultad de Medicina, que tuvo su aula inaugural en 1943.

Elio García Austt (1888-1954) asumió la Cátedra de Psiquiatría en 1949, al fallecer Antonio Sicco. Fue seguidor de las enseñanzas de Etchepare siendo alumno, practicante y jefe de clínica de este. Se desempeñó en el Consejo de Salud Pública y en el Consejo de Facultad de Medicina. La línea de pensamiento de García Austt fue biologicista, pero, al igual que Antonio Sicco, permeable a las nuevas ideas y concepciones

19 De las publicaciones, que son muchas, destacamos «Introducción a la psicoterapia», «Lecciones de psiquiatría clínica Histeria», «Lecciones de psiquiatría clínica Neurastenia», «La conducta», «El concepto unitario y singular de la personalidad».

20 Según Puppo Touriz, este texto tuvo la intención de dotar a la psiquiatría de un tratado nacional. Se destaca su intensa actividad de representación: fue representante en el exterior de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina en la 1.ª Conferencia Latinoamericana de Neurología, Psiquiatría y Medicina legal en Buenos Aires (1928) y en las Jornadas Neuropsiquiátricas del Pacífico (1935). En 1930, llevó la representación de la Sociedad de Psiquiatría en el 1.º Congreso Internacional de Higiene Mental en Washington, Estados Unidos.

psiquiátricas: «transita desde las sendas organicistas del pensamiento más biológico hasta los caminos dinámicos del pensamiento psicoanalista, sin desdeñar incursionar en los terrenos filosóficos, fenomenológico-existencial y social» (Murguía y Soiza Larrosa, 1989, p. 145).

Se afirma que fue a partir de estas dos figuras (Sicco y García Austt) la psiquiatría uruguaya adquiere un carácter ecléctico y plural, que «más bien que señalar contradicciones o debilidades conceptuales constituyen la expresión de una originalidad con base clínica, que acepta postulados diferentes aplicables, cada uno de ellos, a la mejor comprensión de situaciones clínicas singulares» (Murguía y Soiza Larrosa, 1989, p. 145). En la misma línea, Ginés (1997) reafirma el carácter integrador de las perspectivas psicoanalítica y psiquiátrica dentro del campo de la clínica psiquiátrica.

A partir de 1949, al asumir la Cátedra Elio García Austt, la apertura hacia otras corrientes se hace evidente. De allí en adelante este esfuerzo de integración permeó la psiquiatría uruguaya hacia distintos enfoques, tales como los de Kraepelin y Freud. Estos distintos enfoques quedarán de manifiesto en los trabajos entregados por los estudiantes, con variados enfoques que van desde perspectivas biológicas hasta otros apoyados en el psicoanálisis y el conductismo (Bielli, 2012).

Se podría catalogar a la escuela psiquiátrica uruguaya como *ecléctica*, aunque Murguía y Soiza Larrosa (1989) prefieren referirse a ella como *integracionista*. Afirman que la psiquiatría nacional,

no se ligó rápidamente a ninguna escuela de pensamiento. En sus inicios las teorías dominantes la mostraron organicista, pero al desarrollarse las ideas psico y sociogenética, la Escuela Uruguaya las aceptó, no para renunciar a los postulados biologicistas sino para tenerlas en cuenta e incorporarlas [...]. La Escuela Psiquiátrica Uruguaya no adhiere total ni enteramente a ninguna posición doctrinaria ni se solidariza con una sola clasificación nosográfica [...] rechaza la formulación de una clasificación diagnóstica que prescindiera de la comprensión psicológica y social. (Murguía y Soiza Larrosa, 1989, pp. 147-148)

A partir de lo expresado en este apartado, se destaca la importancia que fue adquiriendo la psiquiatría en las primeras décadas del siglo XX y las diferentes corrientes de pensamiento que la fueron permeando. Más allá de algunos énfasis, un signo de la psiquiatría nacional estaría dado por: una institucionalización ligada a la

formación universitaria, a la medicina legal y al espacio asistencial y, la convivencia pacífica entre diversas corrientes. Respecto de la importancia que fue adquiriendo la psiquiatría en la salud pública, se destaca la creciente intervención en eje de la higiene mental y la prevención. Sobre ello se trabajará en las páginas que siguen.

1.8. La expansión de la psiquiatría en Uruguay: higiene mental y prevención

Los orígenes de la noción de *higiene mental* pueden rastrearse en Estados Unidos, a partir de la experiencia y de la obra de Clifford Beers en 1908 y de la creación del Comité Nacional para la Higiene Mental en 1909. El movimiento de Higiene mental se expandió por Europa y América del Sur, a través de la realización de Congresos internacionales o de la creación de Comités (Talak, 2005).

El movimiento de higiene mental nace como un movimiento progresista y ecléctico que asume un enfoque psicológico de la etiología de las enfermedades mentales concentrándose en el problema de la personalidad del sujeto (Vásquez, 2016). En función del declive de la herencia como factor explicativo, «cobraron mayor significación y visibilidad los factores emocionales y los vínculos interpersonales en una concepción del síntoma como reacción a situaciones conflictivas» (Talak, 2005, p. 567).

De los registros con los que se cuenta, se desprende que la Liga Uruguaya de Higiene Mental (LUHM) fue un proyecto que psiquiatras de la clínica enviaron a la Sociedad de Psiquiatría para su consideración en abril de 1932, encabezados por la figura de Antonio Sicco.

Las referencias a la creación de Ligas de Higiene Mental ya estaban presentes antes de la propuesta de Sicco en la década de 1930. En 1924, el profesor Bernardo Etchepare envió una adhesión a la Liga de Higiene Mental de París. Posteriormente, el 14 de mayo de 1927 y a propuesta de Santín Carlos Rossi, la Sociedad de Psiquiatría inaugura la Liga Uruguaya de Higiene Mental, adoptando los estatutos de la Liga de París. A su vez, en el propio proyecto, se menciona el compromiso asumido en Washington con los miembros del Comité Internacional de Higiene Mental, en el cual Antonio Sicco fue participante.²¹

21 «La Liga creada por el Consejo de Salud Pública quedaría bajo el patronato del Consejo, que nombraría seis miembros de los doce que constituyen la Junta Directiva de la Liga. Sería un organismo mixto, oficial y privado. El Consejo no cede sino que delega una parte de sus funciones. Nombrar sus

En la *Revista de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal* de 1927 (pp. 191-192), se propone la adopción de medidas sanitarias que «tiendan a la profilaxia de la locura, que mejoren la asistencia médica y social del psicópata y del alienado y que condensen las reglas más indispensables de la higiene mental individual». Entre las secciones de la Liga mencionadas en la Revista, se destaca la de «la prevención de la criminalidad, delincuencia y vagabundez». Como antecedente también se menciona que la Liga Española de Higiene Mental tuvo su sede en la ciudad de Montevideo. Esta Liga fue creada en enero de 1927, y en 1928 comienza a funcionar una sede en nuestro país, a cargo del médico Augusto J. Medinaceli.²²

En el documento mencionado se define la higiene mental como «el arte de conservar y perfeccionar la salud mental». Entienden al hombre como un sujeto que modela su espíritu por agentes exteriores, la acción del ambiente físico y moral «que puede corregir o agravar la disposición psicopática» (LUHM, 1932, p. 3). Por tanto, hay que estudiar al hombre no como un órgano funcionando en el vacío, sino viviendo en sociedad. La propuesta convoca a otras profesiones a intervenir en un campo complejo, destacando que la sociología, la psicología y la moral son los pilares donde asentar la higiene mental de la población. Asimismo se afirma que «para alcanzar este inmenso ideal de la vida mental higiénica, social e individual, es necesario establecer científicamente los principios de la higiene psíquica y luego divulgarlos y conseguir que ellos presidan la vida de todos los humanos» (LUHM, 1932, p. 4). La creación de la Liga iría a cumplir justamente dicho objetivo, «congregando a los sabios y a los divulgadores, biologicistas, psicólogos, educacionistas, políticos, sociólogos, médicos: de este modo, llegará quizás algún día en el cual la nueva religión de la salud del espíritu tenga entre nosotros su dogma y sus ritos, sus maestros, sus apóstoles y sus devotos» (LUHM, 1932, p. 4).

La Liga se define como «un organismo destinado a defender la salud mental de la nación». Trabaja «por la educación del pueblo, divulgando los preceptos de higiene mental, aplicables a la vida individual, familiar y colectiva» (LUHM, 1932, p. 6).

La prevención y la eugenesia fueron los pilares de la Liga, según se expresa en uno de sus artículos:

representantes en el gobierno de la Liga a la vez busca, fomenta y se asegura la colaboración de asociaciones privadas con propósitos afines y de particulares entusiastas» (LHMU, 1932, p. 8).

22 «Tendrá por cometido la dirección y organización de la labor de la Liga; la gestión administrativa de la misma; la obra de divulgación y propaganda; la redacción del Boletín de Higiene Mental; y la representación exterior de la Liga» (LUHM, 1932, p. 9).

Tratará de realizar la profilaxia de las enfermedades nerviosas y mentales, reduciendo la herencia mórbida por la divulgación de las enseñanzas eugenésicas y combatiendo la propagación de las intoxicaciones y de las enfermedades infecciosas, especialmente del alcoholismo y la sífilis (LUHM, 1932, p. 7).

Asimismo se proponen corregir precozmente «las anomalías psíquicas, intelectuales, morales o afectivas» (LUHM, 1932, p. 7).

La Liga no estuvo exenta de conexiones con entidades similares en otras partes del mundo y se propuso afiliarse al Comité Internacional de Higiene Mental. Institucionalmente, la Liga se propuso estar en la órbita del Consejo de Salud, convencidos de que «la higiene mental colectiva corresponde por su naturaleza al Consejo de Salud Pública. Es una parte de la medicina social o medicina política y es por tanto función del Estado» (LUHM, 1932, p. 8).

Las secciones sobre las cuales estaría organizada la Liga son la expresión de los intereses de la psiquiatría de expandir su campo de influencia: *i*) la higiene mental de la infancia y la juventud; *ii*) profilaxia de las causas tóxicas e infecciosas de las enfermedades mentales; *iii*) prevención del vagabundaje, la delincuencia y la criminalidad; *iv*) aplicación de la higiene mental a la selección de inmigrantes, *v*) higiene mental de la sociedad y *vi*) enseñanza y asistencia psiquiátrica (LUHM, 1932, p. 12).

Todas las secciones y las funciones a desempeñar son de enorme relevancia, pero para los fines de este trabajo se mencionan los cometidos de la tercera sección. Entre ellos encontramos que abordará «el problema de la prevención de los antisociales. Los perversos constitucionales. La observación psiquiátrica de los vagabundos. Los alienados criminales. El internamiento de los alienados peligrosos» (LUHM, 1932, p. 11).

Al respecto de la higiene mental de la sociedad, esta sección se encargará de «la higiene mental de la familia, de la nación, de las colectividades, el juego, la gimnasia y el deporte en la higiene mental, la higiene mental del trabajo físico e intelectual» (LUHM, 1932, p. 11).

1.9. La ampliación del rol de la psiquiatría en el gobierno de la locura, el crimen y la peligrosidad

Los intentos de formalización de la atención de la alienación, así como los cometidos del psiquiatra dentro y fuera del hospital, se concretaron en la promulgación de la Ley 9.581 de 1936. Como antecedentes se puede mencionar las disposiciones de la Comisión de Caridad y del Ministerio de Gobierno de abril y mayo de 1895 respectivamente,²³ y la propuesta de Enrique Castro expresada en su tesis de grado *Legislación sobre alienados*, de 1899. Su propuesta implicaba un proceso de secularización de la gestión de los establecimientos psiquiátricos, a la vez que otorgaba importancia a la presencia de un diagnóstico previo al ingreso junto a una autorización judicial. El proyecto de Enrique Castro finalmente no se concretó, y estos problemas persistieron en las primeras décadas del siglo XX (Duffau, 2019).

La gestión de los establecimientos para el tratamiento de la enfermedad mental por parte de los médicos se consolida en los primeros artículos de la ley de 1936. En el artículo 4 se declara que en cada establecimiento dedicado a los psicópatas «deberá estar a cargo de un director que será médico con autorización oficial para el ejercicio de la profesión». Un segundo elemento importante a destacar es la forma de admisión de pacientes: el informe de autorización médica. El artículo 13 prevé las formas de ingreso de pacientes a los establecimientos psiquiátricos por propia voluntad, por indicación médica o por orden judicial. Tanto para el ingreso voluntario como involuntario, se solicitaría un informe médico con «los antecedentes, sintomatología y resultado del examen del enfermo, sin que sea necesario establecer un diagnóstico clínico». Además, será necesaria la admisión del paciente por parte del director-médico del establecimiento para el ingreso voluntario y para el involuntario un certificado de enfermedad psíquica expedido por dos médicos.²⁴

En caso de urgencia, conforme al artículo 17, el enfermo también podrá ingresar «bajo la responsabilidad del médico-director del establecimiento», comunicando debidamente al Inspector General de Psicópatas el ingreso del paciente y las razones de la urgencia.

23 Ambas disposiciones establecen requisitos para el envío de alienados al Manicomio Nacional que incluyeron una autorización judicial y la necesidad de adjuntar los antecedentes del individuo (Duffau, 2019).

24 Los médicos que expidan un certificado de enfermedad psíquica no podrán ser parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo por afinidad de la persona que formule el pedido de internación y tampoco podrá efectuarla ninguno de los médicos del establecimiento, ni el propietario o administrador (Artículo 15).

Por otra parte, en el capítulo VI, se crea la figura del Inspector General de Psicópatas, dependiente del Ministerio de Salud Pública, que tendrá a su cargo la vigilancia e inspección de la asistencia a psicópatas²⁵ en todo el país «así como todos los cometidos de la higiene mental».

Una de las posibles lecturas de la ley refiere a la ampliación de las funciones de la psiquiatría en espacios extrahospitalarios, justamente aquellas acciones relacionadas con la higiene mental.²⁶

A modo de cierre del primer capítulo se destaca que: el proceso de colonización médica de la problemática criminal ocurrió por medio de lo que conocemos hoy como proceso de medicalización, que implica la extensión de los dominios de la medicina a otros campos de la vida social por el que transitaron discursos de verdad de amplia influencia. Desde la perspectiva foucaultiana, se afirma que los abordajes de la conducta criminal tienen características asociadas al desarrollo de estrategias biopolíticas de gestión de lo social (Foucault, 2006).

En Uruguay, la asociación entre policía e higiene formó parte de los primeros pasos de institucionalización del papel forense de la medicina. A partir del siglo XIX, la justicia deposita en la medicina la responsabilidad de asesorar sobre la responsabilidad penal y la peligrosidad.

Ya a comienzos del siglo XX, la propia psiquiatría tiene en la función forense su marca de origen, por su acción para interpretar el comportamiento criminal. Esa función se comenzó a desarrollar y fue estructurada con base en el positivismo naciente y con la premisa de analizar la problemática moral, legal y la cuestión de la organización urbana.

La creación de la Cátedra de Psiquiatría en la Facultad de Medicina permitió una refundación de las competencias médicas para el abordaje de la enfermedad mental y legitimó al médico como profesional autorizado para determinar la responsabilidad de los alienados en los actos criminales.

25 El artículo 41 de la ley establece todas las tareas que ha de cumplir el Inspector General de Psicópatas.

26 Este proceso se complementa con la creación del Patronato del Psicópata en noviembre de 1948 (Ley 11.139). La finalidad central expresada en el artículo primero fue la de «Proteger al enfermo mental en todas las etapas de su asistencia —hospitalaria y externa— y durante su convalecencia». Ello se lograría mediante apoyos para reintegrarse a la sociedad a través del trabajo, vivienda, alimentación, etcétera.

Capítulo 2

Modelos etiológicos para la explicación del binomio locura-criminalidad

El objetivo de este capítulo es describir y analizar cuáles fueron los modelos etiológicos utilizados por la psiquiatría para explicar el comportamiento criminal durante el período que se propuso en este estudio, es decir, en las primeras cuatro décadas del siglo XX. En estas décadas, dentro de esta disciplina ocurrieron muchos cambios, entre los que se pueden destacar: la consolidación de la psiquiatría como profesión encargada de la enfermedad y de la higiene mental de la población; un crecimiento y desarrollo de su cuerpo teórico que implicó la incorporación de distintas explicaciones para entender la enfermedad y, finalmente, una injerencia cada vez mayor de la medicina en el desarrollo de acciones preventivas en diversos ámbitos de la vida social. Tal como fuera explicitado en el primer capítulo, esto último respondió a un proceso a través de la cual la medicina ejerció, paulatinamente, un mayor control sobre aquellas conductas que representaban un peligro para el orden social codificándolas como patológicas, y que era necesario detectar y prevenir.

La intervención de la psiquiatría en el terreno penal, como ya fuera mencionado, surge en el contexto europeo a partir de una serie de casos paradigmáticos registrados en las primeras décadas del siglo XIX. Se trata de crímenes «extremadamente violentos y extremadamente raros» (Foucault, 1992, p. 237) que no eran susceptibles de ser interpretados como resultado de la responsabilidad o del libre arbitrio y que, debido a eso, pusieron en jaque al aparato judicial,²⁷ que por entonces no pudo admitir la responsabilidad de los reos en esos crímenes, puesto que estos no presentaban signos claramente evidenciables para declarar la irresponsabilidad, tales como la demencia, la imbecilidad y el furor. La psiquiatría del crimen se inauguró alrededor de 1830, en Europa, a partir de la construcción de «una patología de lo monstruoso» (Foucault, 1992). Por entonces, todo un debate se desarrolló alrededor de esta figura, y la medicina intervino en estos crímenes que exhibían un tipo de alienación que se manifestaba únicamente en el propio acto criminal.²⁸

27 La relación entre medicina y derecho, las discusiones acerca de la doctrina del libre arbitrio, la defensa social y la peligrosidad serán profundizadas en el capítulo 3 de este trabajo.

28 Nuestro país no estuvo exento, en el período de estudio de esta tesis, de algunos casos paradigmáticos que sacudieron a la sociedad en general, tales como «la degollada de la rambla Wilson» en 1923, «los asesinatos en Yermal» en 1928-1930, el asesinato de Jacinta Correa a manos de su esposo José Saravia

Las explicaciones respecto de estos crímenes fueron cambiando y la medicina se fue posicionando como la profesión capacitada para explicar el crimen «sin razón». La mirada médica acerca el binomio locura-crimen sería bajo las siguientes premisas: que la locura, en sus formas extremas, aparece necesariamente ligada al crimen; que la locura trae desórdenes de la conducta pero también este tipo de crímenes contra-natura; y que en este tipo de individuos la locura puede permanecer invisible hasta el momento de su expresión criminal y solo el médico está capacitado para ver esos signos (Foucault, 1992).

Como se trabajará en este capítulo, la medicina se encargó, -además de explicar el crimen sin razón-, de la detección de aquellos signos que eran indicadores de peligrosidad criminal, bajo diversas etiologías. La idea de una locura que se desencadenaba solo en determinados momentos fue abandonada y fue sustituida por la idea de una enfermedad mental que puede afectar la conciencia o no, es decir, puede afectar la afectividad, los instintos, y dejar intactas las formas de la conciencia.

La imposibilidad de los jueces de explicar el tipo de crimen sin razón demandó a la medicina la intervención no solo para su diagnóstico, sino para el desarrollo de formas de detección temprana: «esta intervención se debe a dos necesidades derivadas del funcionamiento de la medicina como higiene pública y del funcionamiento de la punición legal como técnica de transformación individual» (Foucault, 1992, p. 248).

Bajo la figura del crimen sin razón se quiso mostrar que la locura es en última instancia peligrosa y que era imposible para los jueces dar cuenta de esos delitos ante la ausencia de motivos. Ante esta figura, dice Foucault (1992), la psiquiatría se encargará de buscar los estigmas patológicos para detectar individuos peligrosos.

En Uruguay y tal como fuera mencionado en el capítulo anterior, en la década de 1930 se expandieron los discursos acerca de la peligrosidad. La medicina no fue ajena al proceso sociopolítico y se le demandó una nueva mirada sobre aquellos individuos que tenían condiciones *malsanas* de existencia tales como el consumo de alcohol, la vagancia, la pertenencia a familias «inmorales», ausencia de hábitos de trabajo, condición de inmigrante. Algunas de estos atributos y conductas pasaron a ser interpretados como signos de peligrosidad. Como consecuencia, «la psiquiatría habría

en 1929, el asesinato del empresario José Salvo en 1933, o los crímenes cometidos por el adolescente apodado «El Cacho» en 1955, todos ellos caracterizados por Ivette Trochón (2008), o el caso del anarquista Pedro Rodríguez Bonaparte, analizado por Fabricio Vomero (2009).

dejado de ser el mero poder para controlar, e, incluso, corregir la locura, para convertirse en el poder para controlar aspectos de la vida cotidiana —prácticas condenables— de la población en general» (Duffau, 2019, p. 12).

En este capítulo se abordarán los modelos etiológicos de los que se nutrió la psiquiatría y que utilizó para explicar el crimen y la peligrosidad.

La definición de modelo etiológico a la que se hace referencia en este documento es la que propone Laplantine (1991, p. 34), definida por el autor como

construcciones teóricas de carácter operatorio, o sea, hipótesis de pesquisa elaboradas a partir de una ruptura epistemológica con relación a lo que es superado y que no pueden, por tanto, sustituir la realidad empírica, ya que tienen por objetivo precisamente pensar esta última y, en particular, poner en evidencia lo que ella no dice.²⁹

Laplantine (1991) establece distintos modelos en los que organiza los diversos conocimientos, discursos y prácticas (eruditas y populares) sobre la enfermedad y la respuesta terapéutica a esta. Así, el autor formula cuatro modelos etiológicos y cuatro modelos terapéuticos³⁰ combinando elementos opuestos tales como bien-mal, homogéneo-heterogéneo, individuo-sociedad, cantidad-cualidad.

El modelo ontológico es de carácter esencialista y se constituye a partir de la idea de que existe «un ser» de la enfermedad, localizado y de carácter específico. Su opuesto, el modelo relacional es definido como aquel en el que lo patológico es pensado en términos de equilibrio o desequilibrio en la medida que «la enfermedad, no es más considerada como una entidad enemiga o extraña, [...] sino como un desajuste, por exceso o por falta» (Laplantine, 1991, p. 55).³¹ La explicación relacional remite a «un pensamiento decididamente volcado para la historia»³² y no a la búsqueda de un lugar donde esté ubicada la enfermedad o un agente responsable (Laplantine, 1991, p. 60).

Una de las variantes de este modelo remite a un desequilibrio entre el ser humano y su medio social, involucrando al conjunto de interacciones entre el individuo y su familia, su comunidad, y la sociedad en general.

29 Traducción propia del original.

30 Los modelos terapéuticos son: modelo etiológico ontológico/relacional; modelo etiológico exógeno/endógeno; modelo etiológico subtrativo/aditivo; modelo etiológico benéfico/maléfico. Los modelos terapéuticos son: modelo terapéutico alopatóico/homeopático, modelo terapéutico exorcista/adorcista, modelo terapéutico aditivo/subtrativo, modelo terapéutico sedativo/excitante.

31 Traducción propia del original.

32 Traducción propia del original.

Tanto en el modelo esencialista como en el relacional, interactúan elementos exógenos y endógenos. Para Laplantine (1991), pueden ser interpretados como un modelo. En el modelo exógeno la enfermedad es producto de la acción de un agente extraño que proviene del exterior. Dentro de este modelo, dos son las causalidades: una química y otra social. Los factores exógenos dentro de esta segunda variante refieren a que las causas de la enfermedad están situadas por ejemplo en el medio físico, la educación, la política o la cultura.

El modelo endógeno es justamente la inversión del modelo precedente. En este modelo, la enfermedad parte del propio interior del individuo y se expresa en las nociones de temperamento, constitución, de hereditariadad, del patrimonio genético, del medio interior en general. En este modelo se destacan dos variantes: una variante genética, que atribuye la etiología a los ascendentes del enfermo y la enfermedad a un exterior temporal. La segunda vertiente es psicológica, con las distintas variantes que cada corriente advierta.

En los discursos de la psiquiatría esos dos modelos formulados por Laplantine (1991) (el ontológico/relacional y endógeno/exógeno) pueden ser útiles para describir y analizar las estrategias explicativas de la psiquiatría acerca de la etiología del crimen y de la peligrosidad. Se observan énfasis en las explicaciones respecto del crimen y la peligrosidad. Los modelos etiológicos transportan consigo determinados modelos terapéuticos, por tanto será posible a partir de esos énfasis comprender las perspectivas de las estrategias de prevención de la criminalidad en Uruguay durante las primeras cuatro décadas del siglo XX.

En particular, interpretando las explicaciones que la psiquiatría dio al crimen y la peligrosidad, en el desarrollo de este capítulo se trabajará sobre el siguiente supuesto: inicialmente la psiquiatría destacó el papel etiológico de factores exógenos para explicar el crimen y la peligrosidad social, centradas en el medio social pero rápidamente transitó hacia un modelo que explicó el crimen por factores endógenos. Esos elementos endógenos fueron la herencia, el temperamento, las conductas o la constitución psíquica del individuo. El estudio de la personalidad habría dado paso a una creciente biografización del comportamiento criminal. La utilización de explicaciones centradas en la trayectoria biográfica del individuo confluyó, en cierta medida, con la tendencia que desde el derecho penal se estaba desarrollando desde comienzos del siglo XX y que se consolidó en Uruguay, en el Código penal de 1934, al considerar al criminal como un

individuo con rasgos particulares y al individualizar la pena con base en la peligrosidad (Fessler, 2012).

La psiquiatría nacional funcionó con alternancias entre un modelo ontológico y otro relacional, integrando la dimensión individual a los factores socioambientales que explicaban el crimen y la peligrosidad. La medicina fue tras la búsqueda de aquellos rasgos, signos o síntomas presentes en individuos predestinados al crimen por su constitución, lo cual se acerca a una explicación esencialista u ontológica. Con todo, primó una combinación de elementos que reunió características físicas, aquellas vinculadas a la constitución biológica del sujeto como las enfermedades de tipo hereditario, la influencia del ambiente familiar, dando paso al estudio de la personalidad y la biografía del individuo. Según el estudio de las fuentes, las teorías utilizadas no abandonaron la influencia del ambiente social y familiar en sentido amplio, pero se volcaron a observar las biografías, en la búsqueda de rasgos patológicos o anormales.

Las teorías sobre las que se apoyó la psiquiatría fueron, en primera instancia, la teoría de la degeneración y posteriormente, explicaciones provenientes de la psicología y hasta la influencia del pensamiento de Kraepelin para el estudio de las personalidades psicopáticas. En los aspectos constitucionales, se consideraron la figura del criminal nato de Lombroso y la teoría sociológica de Enrico Ferri. Posteriormente, hacia la década de 1930, la biotipología estuvo presente en las clasificaciones de los criminales y principalmente, para la detección de individuos peligrosos.

Con estas ideas orientadoras, se avanzará en el capítulo. En la primera parte se abordarán las transformaciones en las explicaciones de la psiquiatría respecto de la conducta criminal y la locura, tanto en Europa como en Uruguay y posteriormente, se expone la forma en que esas etiologías fueron utilizadas, destacando permanencias, transformaciones y énfasis.

2.1. Las explicaciones acerca del binomio locura y crimen: modelos etiológicos en la psiquiatría europea

Como fuera mencionado en el primer capítulo, la figura diagnóstica que asoció locura y crimen adquirió distintas formas. Uno de los hitos más relevantes lo constituye la teoría de la degeneración, la cual tuvo una notoria influencia en la psiquiatría uruguaya, debido a la formación de los médicos en Europa y específicamente, en Francia.

La teoría de la degeneración surge a mediados del siglo XIX bajo la figura de Auguste Morel (1857) con la siguiente premisa general: «Los seres degenerados forman grupos y familias con elementos distintivos relacionados invariablemente a las causas que los transforman en eso que son: un desvío mórbido del tipo normal de la humanidad» (Morel en Caponi, 2009, p. 428). Morel es heredero de un pensamiento religioso que lo lleva a considerar la noción de un tipo primitivo, entendido como ópera prima de la creación, asociado este al tipo normal de humanidad. Todo desvío de ese tipo original representa una degradación física y moral de la especie (Caponi, 2009, 2012). Según Morel, la especie humana se perpetuará a través de ese tipo primitivo ideal que contiene los elementos de continuidad de la raza. Cualquier desvío de ese esquema representa una degeneración de la naturaleza (Darmon, 1991).

Este cambio establecido por Morel radica en la imputación de la degeneración, no por sus síntomas, sino más bien por sus causas. Para Morel «era preciso clasificar las patologías en familias y grupos nosológicos de acuerdo con la causa predominante» (Caponi, 2012, p. 83). Los alienados internados en los asilos eran aquellos que concentraban las principales degeneraciones de la especie humana, siendo su carácter incurable y los sujetos, condenados. En cada alienado sería posible rastrear las causas predisponentes y determinantes de su degradación, tales como padres alcohólicos o situaciones de vida miserables. La terapéutica derivada de esta forma de concebir la enfermedad mental y el destino de los alienados es la profilaxis, para los casos de degeneración extrema. Esta profilaxis permite disminuir o al menos paliar las consecuencias que la enfermedad trae en el entorno familiar y en la sociedad toda. Del mismo modo, es posible realizar una profilaxis preventiva que se atenga a intervenir en las causas de la degeneración. Así, se abre un amplio abanico de intervenciones que involucran desde la terapéutica hospitalaria hasta los padres de familia, educadores y otros agentes responsables de la profilaxis social preventiva.

Con la llegada del siglo XX, el degeneracionismo así como las ideas lombrosianas fueron desacreditadas por su falta de aplicación en los códigos penales, por exceso de radicalidad y por el propio desarrollo de la ciencia en el siglo XX, que demostró gran parte de los errores en su concepción del problema (Foucault, 1992).

Ambas teorías fueron relevadas por explicaciones psicosociológicas, más aceptables para el derecho penal. A pesar de ello y como afirmara Foucault (1992, p. 256), las tesis

más fundamentales de las ideas de Lombroso y de Morel «se han incardinado poco a poco en el pensamiento y en la práctica penal».

La introducción de las ideas de Kraepelin en la psiquiatría europea también tuvo repercusión en nuestras tierras, principalmente a través de las estadías de médicos uruguayos en el exterior. Kraepelin continuó las concepciones de Morel y «mantuvo viva e intacta la ambición de los higienistas del siglo XIX de pensar los problemas existenciales y sociales como categorías médicas e orgánicas» (Caponi 2014, p. 123).³³ Las preocupaciones morelianas tales como la degeneración hereditaria, los estigmas de degeneración y la transmisión de desvíos como el alcoholismo o el crimen fueron preocupaciones que permanecieron en Kraepelin, en sus textos desde 1908 hasta 1917.³⁴ Uno de los objetivos de Kraepelin fue «comprender las alteraciones biológicas que causan las patologías psiquiátricas»³⁵ intentando identificar «el contexto social en que surgen esos desvíos mórbidos»³⁶ (Caponi, 2014, p. 128). Al conjunto de factores predisponentes de orden biológico, se suman otros de tipo social, cultural y educativo, que, una vez combinados, darían origen a la enfermedad mental y a otros desvíos tales como el comportamiento criminal. Por otra parte, Kraepelin hizo énfasis en una psiquiatría preventiva,

capaz de anticipar futuros cuadros patológicos graves como la esquizofrenia. Es por medio de la teoría de la degeneración que pequeños desvíos de conducta, estados de humor alterados, sufrimientos psíquicos leves, pueden pasar a ser diagnosticados como síndromes o trastornos mentales. (Caponi, 2014, pp. 147-148)³⁷

El interés clasificatorio fue también una característica de la teoría de Kraepelin. Este trató de brindar objetividad al diagnóstico, atendiendo a los síntomas del paciente y a la historia patológica familiar. Afirma Caponi (2014, p. 148) que con Kraepelin se inaugura una psiquiatría dedicada a «construir una clasificación unificada y convincente de patologías psiquiátricas»,³⁸ con síntomas clínicamente detectables, apelando así a la objetividad del diagnóstico.

33 Traducción propia del original.

34 «Sobre la cuestión de la degeneración» (1908), «Lecciones de psiquiatría clínica» y «Cien años de psiquiatría» (1917), (Caponi, 2014).

35 Traducción propia del original.

36 Traducción propia del original.

37 Traducción propia del original.

38 Traducción propia del original.

Otro elemento a destacar se refiere a la metodología utilizada por el autor para elaborar el diagnóstico clínico. La anamnesis de la familia y la historia personal del paciente anterior a la enfermedad son parte de esa metodología utilizada.³⁹ Eso requiere de «un minucioso interrogatorio sobre hábitos, trazos y enfermedades de todas las ramas familiares, dedicando atención especial a detalles sobre particularidades mentales, consumo de alcohol, adicciones, tendencias criminales, etcétera» (Caponi, 2014, p. 155). En relación con la historia del paciente, lo sucedido en los primeros años de vida resultaba fundamental para explicar la enfermedad. No solo las enfermedades contagiosas fueron consideradas relevantes, sino también elementos tales como las dificultades de aprendizaje, el lenguaje, hábitos alimenticios, uso de alcohol y drogas, por ejemplo. Para Kraepelin, la escucha del paciente debe ser una forma de captar los síntomas de la enfermedad y no aquello «que el paciente tiene para decir» (Caponi, 2014).

Se puede concluir que la teoría de la degeneración y las nociones kraepelinianas se relacionan con «la historia familiar, las enfermedades del embarazo y de la infancia, la sexualidad infantil —particularmente el onanismo—, la búsqueda de estigmas físicos de degeneración. Pero es en el carácter hereditario o congénito de las patologías psiquiátricas que esas aproximaciones son más evidentes» Caponi (2014, p. 156).⁴⁰

En esta sección se enfatizó en algunas de las perspectivas que se desarrollaron en Europa y que se entiende la psiquiatría en Uruguay asimiló, con distintos énfasis. Así, se produjo una integración de vertientes, articuladas de diversas maneras para explicar el comportamiento criminal y la peligrosidad. Avanzaremos en este punto en la siguiente sección.

2.2. Las singularidades de la psiquiatría uruguaya para explicar la locura y el crimen

Como fuera expresado en el primer capítulo, en las primeras cuatro décadas del siglo XX ocurrieron muchos cambios en la orientación de la psiquiatría. En sus orígenes, la psiquiatría uruguaya se nutrió del saber europeo, producto de la formación

39 La metodología kraepeliniana incluye cuatro pasos que deben ser seguidos sucesivamente: i) la anamnesis de la familia; ii) la historia personal del paciente anterior a la enfermedad; iii) la anamnesis de la enfermedad y iv) las condiciones del paciente en el momento de la observación inicial del médico (denominada *status praesens*) (Caponi, 2014, p. 154).

40 Traducción propia del original.

de médicos en el exterior. Los cambios en la orientación de la cátedra de psiquiatría fueron determinantes a la hora de comprender los rumbos de la profesión en el período.

Hay consenso entre autores que estudiaron el período (Duffau, 2019; Bielli, 2012, Vomero, 2009) en que la psiquiatría uruguaya se caracterizó por su capacidad de integración de diversas perspectivas. De los documentos analizados se desprende la apelación a diversas corrientes que permitieron interpretar las conductas criminales: a la vez que se realizaban estudios antropométricos según la tradición de la criminología italiana, se consideraban otros factores de orden ambiental, pasando por la constitución familiar, el alcoholismo interpretado en los moldes de la tradición moreliana, y se incorporan, paulatinamente, aquellos aspectos vinculados a la personalidad, bajo la influencia del psicoanálisis y de la teoría de Kraepelin.

Las causas biológicas y las morales fueron consideradas parte de la etiología de la enfermedad mental. Algunos matices pueden ser destacados: al decir de Duffau (2019, p. 100), la psiquiatría «avanzó en una conceptualización organicista de la enfermedad e insistió en su origen físico-cerebral, aunque jamás abandonó, desde sus inicios, la obsesión por las llamadas causas morales. En este sentido, podríamos decir que lograron una síntesis de ambas posturas».

Por su parte, Bielli (2012, p. 68), expresa que el enfoque biologicista fue el predominante en la psiquiatría uruguaya desde su origen, bajo la dirección de Bernardo Etchepare. Con Santín Carlos Rossi, su sucesor en la cátedra, no se produjo un quiebre con este enfoque, sino que hubo continuidad hasta los años cuarenta, donde «algunos de sus directores comenzaron a mostrarse permeables a otras concepciones de corte psicosocial, y la psiquiatría uruguaya tomó un rumbo que la llevó a constituirse como una disciplina fundamentalmente plural».

En relación con la intervención de la medicina en el campo penal, desde las últimas décadas del siglo XIX se denota una clara influencia de la criminología positivista, principalmente en la forma de concebir al delincuente. A través de cuestionamientos a la «teoría clásica» se resaltó la importancia del análisis del criminal respecto «de su naturaleza más o menos peligrosa para la sociedad» (Fessler, 2019, p. 130). Con relación a los inimputables, la teoría positivista y la teoría moreliana de la degeneración, fueron las estrategias explicativas de mayor aceptación entre médicos y abogados (Duffau, 2019).

Posteriormente, pareció delinearse, bajo esa tradición «integracionista», la consideración de que el delito y la locura se podían explicar a partir de factores endógenos, tales como el atavismo, la epilepsia y la degeneración, bien como por factores exógenos, como el clima y el suelo, y los determinantes sociales: raza, religión, migración, educación (Murguía y Soiza Larrosa, 1989; Ortega, Beltrán, Mitjavila, 2020; Duffau, 2019, Vomero, 2009, 2021).

En particular, es posible observar la influencia de José Ingenieros (1877-1925) en la psiquiatría uruguaya, autor que ha sido considerado como el principal fundador de la criminología en Argentina en 1913 (Falcone, 2008). Se destacan publicaciones del autor, a modo de reseña, en la Revista de la Sociedad de Psiquiatría de Uruguay. Ingenieros, quien fuera director de los archivos de criminología entre 1902 y 1914, se abocó al estudio de la figura del criminal, que comprendería «el estudio científico del delincuente como actividad del individuo social y para ello, creemos, la psicología se convierte en la ciencia ‘necesaria’, ‘auxiliar’ o ‘complementaria’ de la criminología» (Falcone y Kisch, 2008). Ya en 1907, expresó en sus *Archivos de Criminología* que era necesario volcar la antropología criminal hacia el estudio de la conducta humana peligrosa, siendo sus referentes Lombroso y Ferri. Pese a ello, su propuesta se desacopla de la teoría lombrosiana y apela a las anomalías psíquicas para explicar la etiología del delito, fundamentalmente, aquellas derivadas de las perturbaciones de las funciones afectivas, intelectuales y volitivas:

Para Ingenieros el delito es considerado un acto psicológico activo, es decir, responde a una manera de obrar que se manifiesta como antisocial y es producida por el funcionamiento anormal de la psiquis [...] la psicología comienza a considerarse como una rama indispensable en la determinación de la causación del delito a través del diagnóstico clínico criminológico junto a la individualidad biológica, la psicológica y la social. Solo puede saberse la génesis delictiva y el perfil criminológico si es comprendida la historia familiar, personal y social. (Falcone, 2008, p. 83)

En Uruguay, las teorías de la criminología italiana empezaron a ser cuestionadas en los primeros tramos del siglo XX, pese a que su influencia en la prensa y a nivel popular perduró hasta mitad del siglo, cuando su declive «se hizo evidente» (Trochón, 2008, p. 11).

En la segunda década del siglo XX, los médicos nucleados en la Cátedra de psiquiatría,

ya estaban preparados para el descubrimiento de lo que comenzaba a llamarse psicogénesis, salto epistemológico iniciado por Charcot en sus estudios sobre las histerias y consolidado por la corriente psicoanalítica, que diferenció la sintomatología neurológica de las afecciones de tipo psíquico. (Duffau (2019, p. 104)

A partir de la década de 1930 surge una nueva concepción de la enfermedad mental, que convivió y se entrelazó con las concepciones que venían imperando en las primeras décadas del siglo XX. Las explicaciones buscadas en la enfermedad cerebral abrieron paso a la noción de enfermedad psíquica, donde lo que está enfermo no es el cerebro, sino la personalidad. Varias son las corrientes que permearon la psiquiatría del período para que se conjugara esta concepción del individuo, entre las se destaca la vertiente psicoanalítica y una mirada sociológica del sujeto, en tanto se concibe al ser humano inserto en su contexto socioambiental (Vomero, 2009).⁴¹

Hacia fines de la década de 1930, existían, entonces, dos corrientes predominantes: una de ellas centrada principalmente en lo biológico, que «somete todos los fenómenos mórbidos a una condición orgánica fundamental» y rechaza la comprensión fuera de este marco físico; y la otra que explica la enfermedad mental por la conjunción de elementos psicosociales (Vomero, 2009, p. 124). Al decir de este autor, «desde el nacimiento entonces, la psiquiatría uruguaya combinará un mundo causal complementario, componiendo orígenes psíquicos y ambientales, herencias con daños cerebrales» (Vomero, 2008, p. 30).

Desde sus orígenes, la cátedra de psiquiatría no fue ajena a la incorporación de elementos de corte psicológico y psicoanalítico en su orientación. Por ejemplo, expresándose sobre la figura de Etchepare, José María Estapé destaca la relevancia de que quien fuera fundador de la cátedra les diera importancia a los aspectos psicológicos del paciente y al carácter dinámico del diagnóstico.

Fue uno de los primeros, quizás el primero en el Río de la Plata, cultivando la medicina y la cirugía, orientó su actividad hacia la medicina psicosomática. Relacionar siempre los cuadros médico-quirúrgicos con la medicina general, teniendo en cuenta la psicología del paciente; estudiar las interrelaciones entre la

41 Las corrientes que empiezan a permear el saber psiquiátrico, según Vomero (2009), son: el psicoanálisis, la psicología de la Gestalt, las filosofías intuicionistas, las explicaciones sociológicas y el conductismo.

parte orgánica y la parte psicológica, entre la esfera orgánica y la esfera psicológica del ser humano. (Estapé, 1947, p. 7)

El sucesor de Etchepare en la Cátedra de Psiquiatría, Santín Carlos Rossi, en su ensayo *El Criterio Fisiológico* (1919, p. 137) definió el psicoanálisis como

una doctrina mitad médica, mitad filosófica, que funda una psicología humana sobre las manifestaciones del instinto sexual [...] a la sublimación de los instintos sexuales orientándolos por los cauces serenos de la función normal, sea neutralizándolos por una pedagogía que desarrolla los frenos morales e intelectuales del enfermo.

Se puede afirmar que fue Antonio Sicco en la década de 1940, quien le imprimió a la cátedra un tono volcado hacia la creciente incorporación del saber psicológico. Antonio Sicco fue un docente ecléctico que organizó la cátedra «incluyendo diferentes enfoques biológicos y psicodinámicos» (Bielli, 2012, p. 69).

Es posible ver en Antonio Sicco un saber que se apartó del estricto carácter biologicista, ya que concibió al individuo siempre en relación con su contexto e influenciado por éste: «las causas psíquicas se unen a las físicas en la provocación de las enfermedades [...] el individuo no vive aislado, sino que nace, se desarrolla y actúa en el medio social que ejerce una enorme influencia tanto en su formación como en su actuación» (Sicco, 1948, p. 16). Tal como se afirmó en el primer capítulo, a partir de la dirección de Antonio Sicco, y posteriormente de Elio García Austt, se produce una apertura mayor de la cátedra hacia una vertiente psicoanalítica sin abandonar su carácter integracionista (Murguía y Soiza Larrosa, 1989).

Es posible rastrear la influencia del psicoanálisis en los documentos estudiados, que, aunque menor, se entrelazó con el resto de las teorías explicativas respecto de la conducta criminal. Quienes estudian la introducción del psicoanálisis en Uruguay ubican esa influencia históricamente en la década de los cuarenta, concretamente a partir de iniciativas del médico psiquiatra Valentín Pérez Pastorino, quien en 1930 empieza a interiorizarse en las teorías freudianas y posteriormente viaja a Buenos Aires para formarse. La muerte de Pérez Pastorino se produjo en 1946, es decir que en los años precedentes fue cuando se asentaron las bases para la introducción del psicoanálisis en Uruguay, para lo cual se contó con el apoyo de la Asociación Analítica Argentina. La fundación de la Sociedad Psicoanalítica en Uruguay data de 1955

separándose posteriormente de la psiquiatría al desarrollarse como una rama de la psicología nacional (Bielli, 2012; García, 2020).

En lo que refiere al uso de las corrientes psicológicas en la práctica forense, la idea que se sigue en esta tesis es que ello aportó una mirada que empezó a considerar aspectos vinculados a la historia de vida del sujeto, sus vínculos primarios (el vínculo con los padres, principalmente) y los acontecimientos de la sexualidad en la infancia y su influencia en la vida adulta. Se entiende que estos aspectos habrían contribuido a una creciente biografización de la conducta criminal.

Se sigue también la idea de Castel (1980) según la cual la introducción del psicoanálisis en la psiquiatría habilitó un conjunto de prácticas entre las que se destaca lo que él llama «exigencia de la confesión». Esta confesión refiere a aquellos aspectos de la vida familiar que parecerían estar imprimiendo en el sujeto su personalidad anormal. Esta idea es seguida por García (2020), quien afirma que en Uruguay la práctica del interrogatorio de raíz confesional fue un espacio preciso para la introducción del psicoanálisis. Por ejemplo, en un artículo de 1928 de la revista *Vivir*, el psicoanálisis es definido como

procedimiento que consiste en esencia en que el médico trate de introducirse [...] en la mente y el espíritu de la persona [...] con el objeto de investigar la causa verdadera de su afección». El artículo destaca la importancia que esta corriente da «a los primeros años de la vida, a los choques morales, impresiones y sugerencias recibidas en la infancia», y que el procedimiento no busca simplemente «conocer los estados psicológicos [...] presentes en el instante del interrogatorio del enfermo», sino que «trata de ir más allá [...] y remontarse hasta los estados espirituales de la persona cuando era aún niño. (Revista *Vivir* citada en Peraza, 2017, p. 20)

Respecto de la relación del psicoanálisis con la peligrosidad, García (2020, p. 191) afirma: «El estudio de la peligrosidad no trata, entonces, de estudiar el *estado* sino los motivos. Este planteo no se aleja de los planteos de Freud (1917) al considerar que el Psicoanálisis se encarga de estudiar el plano constitucional mientras que la Psiquiatría algo más próximo a la expresión o el acto». En el período que se estudia, el psicoanálisis fue introducido por la propia psiquiatría y ambas disciplinas funcionaban en el mismo ámbito. Bajo esas condiciones, se comprende, por lo tanto, la influencia del psicoanálisis en la práctica forense de la psiquiatría, fundamentalmente en lo que

concierno a la búsqueda de los motivos del crimen a través de su creciente biografización.

Como ya ha sido registrado en páginas precedentes, la psiquiatría nacional respondió tanto a modelos biológicos-esencialistas como a modelos exógenos que exaltaron la influencia del medio para explicar la conducta criminal y la peligrosidad social. Pese a ello, como se intentó mostrar, las interpretaciones etiológicas del crimen y de la peligrosidad tendían a apuntar, cada vez más, hacia los aspectos comportamentales. De esta forma, el individuo pasa a ser responsabilizado por su historia personal, lo que estaría dando indicios de la creciente presencia de modelos explicativos de carácter endógeno.

La siguiente cita refleja, de alguna forma, la visión que se tenía del crimen y del criminal en la década de 1930. Se trata de la propuesta de creación de la Sociedad Uruguaya de Criminología (1936, p. 5), en donde se plantea que las dos grandes corrientes que hasta hace poco existieron en esta materia, la Clásica y la Positivista, se han dejado de lado para dar paso a «una nueva ciencia que encara el estudio del hombre en todo su complejo, con humanidad y dentro de los límites de la Justicia». Las distintas disciplinas, se menciona, deben actuar como «una doctrina unitaria y sintética del delincuente y del delito; estudiando conjuntamente en sus causas y en sus efectos y bajo todos sus aspectos: biológico, jurídico, psicológico, moral, social, y tendiendo, como fin, a la defensa social contra la criminalidad».

Se avanzará, en las páginas que siguen, en las principales perspectivas que explicaron el crimen y la peligrosidad y cómo se avanzó, desde la década de 1930 y hasta 1950, en el abordaje cada vez con mayor énfasis de la personalidad y de la trayectoria biográfica del criminal, sin abandonar la perspectiva constitucionalista y la relación «herencia-medio».

2.3. El lugar de «la herencia y el ambiente» en las explicaciones acerca del crimen y la peligrosidad

En un caso de estafa publicado en mayo de 1928 en la *Revista de Neurología, Medicina Legal y Criminología*, Augusto Medinaceli⁴² participa, junto con un abogado, en la determinación de imputabilidad de un individuo acusado de estafa. Indican que debe ser declarado irresponsable o con responsabilidad atenuada, por ser «débil de espíritu» y

⁴² Como se mencionó en el capítulo 1, Augusto J. Medinaceli fue el médico que dirigió la sede de la Liga Española de Higiene Mental en Montevideo, desde 1928.

haber sido objeto de «extorsión psíquica» y engaño, bajo condiciones de *debilidad mental*. La debilidad mental⁴³ fue una de las grandes preocupaciones de la psiquiatría en el período de estudio abarcado.

Quien fuera el fundador de la cátedra, Bernardo Etchepare (1913, p. 191), expresó al respecto que «la debilidad mental es fuente copiosa de criminalidad y locura». Uno de los rasgos predominantes de estos individuos sería la insensibilidad, tanto a nivel físico como moral. Para aquellos que nacían con un cerebro sano, el medio les podía «retardar» su desarrollo. En este punto la familia jugaba un rol fundamental. Otras de las características que los tornaban propensos al crimen serían la incapacidad de someterse a la autoridad y la sugestionabilidad.

Las causas de la debilidad, para Etchepare, eran de origen hereditario, pero también intervendrían las llamadas «causas personales», aplicables a aquellos individuos que, sin tener una influencia hereditaria, sufrieron enfermedades o situaciones que los llevaron a la debilidad (por ejemplo, un régimen alimenticio defectuoso) (Duffau, 2019, p. 116).

Volviendo al mencionado caso, y remitiéndose a la teoría de la degeneración, se plantea que «el carácter individual es un organismo, y como todos los organismos, tiene una formación y un desarrollo, tiene un ambiente en el que nace y se desenvuelve, tiene variaciones» (Medinaceli, 1928, p. 277). Al diagnóstico de debilidad mental se agrega que las disposiciones del carácter cooperan en la responsabilidad del sujeto al cometer un acto criminal. Medinaceli (1928, p. 278) expresó que el carácter se forma con «todas las potencias psíquicas y físicas, sentimientos e inteligencia, voliciones e impulsos, estados del elemento muscular y nervioso». También cooperan, según este psiquiatra, «las condiciones y relaciones sociales, el estado de un país, las condiciones orgánicas congénitas y hereditarias del individuo, la actividad continua de la vida».

Medinaceli sostuvo que el carácter «depende de dos factores: el individuo, por una parte, y el ambiente, por otra» (Medinaceli, 1928, p. 278). Entre los factores individuales se destacan la inteligencia, la voluntad, los sentimientos y entre los

43 Etchepare (1913) define la debilidad mental en los siguientes términos: «Llamaremos debilidades mentales en general los diversos grados de retraso mental, prefiriendo el término debilidad a los de idiotez, imbecilidad o degeneración, porque tiene una extensión, una elasticidad tan grandes como estos, y porque, por otra parte, dirigiéndose al eslabón más elevado de la serie en lugar de dirigirse, como el término «idiotez», al escalafón interior, presenta para el empleo corriente y general un sentido menos injusto y denigrante».

ambientales estarían las influencias sociales tales como, las condiciones económicas, la profesión, los amigos, la educación (Medinaceli, 1928, p. 278).

Para explicitar estas afirmaciones Medinaceli cita a Morel y su tratado sobre las degeneraciones, con relación a los «débiles de espíritu». Estos serían «sujetos de lenguaje más o menos perfeccionado, respondiendo a una inteligencia que se desarrolla en un círculo estrecho, pero que les permite ser útiles y desempeñar una función» (Morel, citado en Medinaceli, 1928, p. 278).

Clasifica al imputado en esta categoría y eso explica su condición de ser fácilmente influenciado, actuando como un autómatas. Medinaceli entiende que «los débiles de espíritu, en materia penal, deben considerarse casi siempre sin ninguna responsabilidad, y a veces, como quieren algunos, con una responsabilidad atenuada, o semi-responsabilidad» (Medinaceli, 1928, p. 281).

La misma concepción relacional entre factores biológicos y ambiente (en este caso, familiar) se aplicó a las manías. Las primeras consideraciones acerca de los maniáticos referían a seres inofensivos que podían estar en libertad. Pero, según consigna Duffau (2019, p. 33) «hacia fines del siglo XIX, el maniático pasó a ser el prototipo de enfermo psiquiátrico peligroso, ya que, como ocurría, podía protagonizar hechos de violencia e, incluso, generar la disyuntiva sobre su destino: la cárcel o el manicomio».

Una de las características de esta enfermedad fue la «impulsión violenta» de la que el individuo es consciente pero de la cual no puede resistirse y lo conduce al acto criminal. La familia una vez más se presentaba como causante de esta enfermedad, y tanto Etchepare como Santín Carlos Rossi retomaron el concepto de *familia neuropática* formulado por Dupré (1862-1921). Este neurólogo y psiquiatra francés «afirmó la existencia de las constituciones psíquicas, las cuales actuando sobre el feto perturbaban el desarrollo físico y psíquico del niño como factores de degeneración en general o como elementos etiológicos indirectos de disposiciones psicopáticas de origen hereditaria» (Vásquez, 2016, p. 90).

A partir de estos dos diagnósticos, debilidad mental y manía, se perfila un tipo de esencialismo hereditario, caracterizado por la identificación de predisposiciones que en determinado ambiente se desarrollan o prosperan. Pero, también, en ausencia de esas predisposiciones, el ambiente (especialmente el familiar) puede ser causante de enfermedad. La herencia y lo adquirido se entrecruzan en estas concepciones.

En la concepción de la personalidad y casi a mitad del siglo XX, la herencia y el medio permanecieron como elementos etiológicos. Antonio Sicco entendía que los dos grandes factores de la personalidad son la herencia y el medio, señalando «la gran importancia que ha adquirido en nuestra época la presión del ambiente psico-social». Se refiere con ello a

la mayor intervención de las fuerzas sociales en la vida personal por obra de la legislación social, de la organización política y de la mayor eficiencia de los medios de propaganda: la prensa, la radio, etcétera. Por la concurrencia de todos estos factores la personalidad individual se reduce cada vez más a expensas de la personalidad social. (Sicco, 1948, p. 7)

Consideró la personalidad, «como un conjunto heterogéneo pero unificado (la unidad de la multiplicidad) como una totalidad de tres naturalezas: la corporal, la psicológica y la social [...] el soma, la psiquis y la proyección social» (Sicco, 1948, p. 17). Afirma que en la formación de la personalidad intervienen dos clases de factores, «los individuales y los sociales, la influencia de la herencia y la del medio psicosocial».

Los primeros están representados por «las predisposiciones hereditarias a reproducir las características constitucionales de sus antepasados». Los otros factores son «las condiciones y las características del medio social que pueden favorecer o dificultar y aun contrariar la realización de las predisposiciones hereditarias» (Sicco, 1948, p. 18).

Sicco (1947, pp. 24-25) no desconoció la influencia de la herencia en la constitución de la personalidad, afirmando que

los hijos heredan generalmente las cualidades temperamentales de los padres pero combinadas en una forma individual y singular [...] el patrimonio hereditario constituye alrededor del 60 al 80 % de la personalidad [...] el patrimonio hereditario aporta la predisposición, ambiente la condición [sic], la vida la oportunidad.

Las definiciones de Sicco no estuvieron exentas de las categorías de lo normal y lo anormal. Sicco consideró que el tipo normal «es el hombre medio que resume las características más frecuentes de los hombres de su raza, de su edad, de su condición y de su misma sociedad» (Sicco, 1948, p. 23). A su vez, la conducta normal caracteriza la personalidad, siendo «aquella que se desenvuelve dentro de las normas de la conducta colectiva [...] la conducta normal es, en suma, la conducta adaptada a la sociedad. La personalidad normal es la personalidad integrada socialmente» (Sicco, 1948, p. 25).

Expresa también que «la historia de una vida es [...] la más auténtica expresión de las cualidades genuinas de su raza, de su carácter y de su cultura» (Sicco, 1948, p. 20).

Respecto de la etiología de las personalidades psicopáticas, recupera las nociones de herencia y degeneración. Afirma que «se han señalado también psicopáticos descendientes de psicópatas, especialmente en esquizofrénicos y sobre todo en portadores de una herencia tóxica o infecciosa, particularmente de alcoholistas y sifilíticos» (Sicco, 1948, p. 52). Estas «disposiciones congénitas» se agravan ante determinados factores ambientales. Las intoxicaciones en general, pero en especial el alcohol y los alcaloides, agravan la constitución biológica.

En síntesis, dice el autor, «tanto el factor hereditario como el ambiental y el biológico, obrando aisladamente, pueden determinar por sí solos un estado psicopático [...], la personalidad psicopática es ordinariamente un producto de la herencia y de la vida» (Sicco, 1948, p. 54). Como consecuencia de ello, este autor distingue dos tipos de personalidades psicopáticas: hereditarias y adquiridas. Los «trastornos perdurables» que caracterizan estas personalidades son la indisciplina, la indolencia, la agresividad, la mendacidad, la crueldad, las aberraciones sexuales y la comisión habitual de faltas y delitos. Según el autor, este tipo de individuos suele asociarse y formar «núcleos sociales anormales» separados de la comunidad, siendo la delincuencia uno de ellos. Para contribuir a la delimitación y clasificación de las personalidades psicopáticas cita a Morel, explicando que la herencia interviene en este tipo de personalidades y «no solamente la propiamente psíquica, sino también la herencia tóxica, la infecciosa y aun la influencia de las malas condiciones de vida de los progenitores sobre sus descendientes» (Sicco, 1948, p. 57). Citando a Kraepelin, define que las personalidades psicopáticas son de diverso tipo: 1) el delincuente nato; 2) el inestable; 3) el mentiroso y farsante y 4) el pseudo-querellante, a los que agrega el excitable, el impulsivo, el extravagante, el pendenciero (Sicco, 1948, p. 62).

2.4. Los aspectos constitucionales y las explicaciones esencialistas acerca del crimen y la peligrosidad en José María Estapé

En la década de 1930 se asiste a una caracterización de la figura del criminal presentada por el psiquiatra José María Estapé,⁴⁴ quien expresó en varias de sus publicaciones su interés por establecer categorizaciones o escalas, a ser aplicadas para fines diagnósticos.

Estapé establece, en primer lugar, tres tipos constitucionales: Esquizoide, Cicloide y Criminaloide. Define la constitución Esquizoide como una «fórmula psico-patológica constitucional, congénita o adquirida, cuyo núcleo fundamental es el autismo o sea la ausencia de contacto vital con la realidad» (Estapé, 1936, p. 15).

La constitución Cicloide se trata de una «fórmula psico-patológica, constitucional, congénita o adquirida, cuyo núcleo fundamental es el Heterotismo, o sea, la existencia del contacto vital con la realidad o Sintonía» (Estapé, 1936, p. 15)

Finalmente, la constitución criminaloide se trataría de una «fórmula psico-patológica, constitucional, congénita o adquirida, cuyo núcleo fundamental es la Amoralidad, o sea, la falta de adaptación a la Moral ambiente en un momento dado de la evolución histórica, social, económica y política de un pueblo» (Estapé, 1936, p. 15).

Agrega que la constitución criminaloide se caracteriza también por «un conjunto de elementos y de complejos Psico-afectivo-pragmático-sexuales y sociales que orientan la personalidad integral o Biotipo criminal en el sentido de una inadaptabilidad y peligrosidad manifiestas» (Estapé, 1936, p. 11). Un amplio abanico de elementos compone este tipo: orgullo, vanidad, egoísmo, impulsividad, pereza, amoralidad, perversiones psicosexuales, incorregibilidad, inadaptabilidad, reincidencia, peligrosidad, conducta antisocial.⁴⁵

Estas tres constituciones psicopáticas estarían definidas en base a cuatro principios fundamentales condicionados por tres funciones accesorias. Los principios fundamentales son: i) el «Ello», o el conjunto de tendencias «instintivo-afectivas que

44 José María Estapé fue profesor de la clínica psiquiátrica del Hospital Vilardebó. También se desempeñó como médico de la Clínica de Neuropsiquiatría del Hospital Militar en 1923 y 1924, como profesor de Antropología Criminal del Instituto de Estudios Superiores y como director del Establecimiento Penitenciario. La elaboración de la escala fue un producto de su trabajo en esta última institución.

45 Estos elementos se organizan, a su vez, en cuatro grupos. i) vida intelectual o fórmula psicológica (inteligencia más carácter). Orgullo y vanidad; ii) vida afectiva o fórmula fisiológica (temperamento más humor). Egoísmo, impulsividad, pereza, amoralidad (impiedad más improbidad más impudor); iii) vida psicosexual o fórmula génitosexual. Perversiones psicogénitosexuales; y iv) vida activa o fórmula pragmático-social. Incorregibilidad. Inadaptabilidad. Reincidencia. Peligrosidad y conducta antisocial.

integran la esfera de lo inconsciente y de lo preconciente»; ii) el principio de realidad, que corresponde la *Yo* o conciencia individual «vigilante»; iii) el principio de autoridad que hace referencia al Super yo o conciencia social y finalmente, iv) el principio de ideal refiere «a una especie de Ultra Super – Yo, o sea una conciencia luminosa» (Etapé, 1936, p. 15).

Las tres funciones accesorias serían la Oniropsiquia: tendencia del psiquismo al ensueño (ensueño o *Reverie*); la Esquizoideo-psiquia: tendencia del psiquismo a la introversión (Autismo) o la Sintono-psiquia: tendencia del psiquismo a la exteriorización o extroversión (Heterotismo) (Etapé, 1936).

Las tres constituciones (Esquizoide, Cicloide y Criminaloide) responderían, de distintas formas, a “la regresión a una etapa anterior y determinada del Psiquismo infantil en la evolución del individuo y a una etapa anterior del Psiquismo primitivo arcaico de la evolución de la especie» (Etapé, 1936, p. 15)

Estos estados pueden permanecer latentes, como antesala del crimen, y que en palabras del psiquiatra «pueden permanecer estacionarias o pueden evolucionar, ya al parecer espontáneamente, ya bajo la influencia de factores exógenos o endógenos». Este tipo de constituciones van evolucionando y manifiestan según cada tipo y su desarrollo, un carácter irreversible.

Cada tipo constitucional se expresa de cinco formas. La constitución esquizoide se expresa en la Esquizoidia, Esquizopatía, Esquizomanía, Esquizodemencia y Esquizofrenia. La Constitución Cicloide en: Cicliodía, Ciclopatía, Ciclomanía, Ciclofrenia y Ciclodemencia. Finalmente, la Constitución Criminaloide tiene como variantes: la Criminaloidía, Criminalopatía, Criminalomanía, Criminalodemencia y Criminalofrenia (Etapé, 1936, p. 16).

A efectos analíticos, se remite a las variantes que se relacionan con el crimen y la peligrosidad.

La criminaloidía se trataría de una aptitud criminógena que sometida a determinados factores ocasionales, «conduciría al predelincuente” al crimen. Son las tendencias constitucionales, “congénitas o adquiridas, orientadas hacia la acción anti-natural, anti-social y anti-jurídica”. Quienes tuvieran esa condición serían individuos en un ‘estado de Peligrosidad latente’, el cual estaría en el umbral de cualquier acto antihumano, antisocial o antijurídico» (Etapé, 1936, p. 11).

La criminalopatía se expresa en individuos con un psiquismo predispuesto al crimen, cuyo proceso o patogenia está regido por la «Ley de la pluralidad de las causas»: eficientes, ocasionales, y determinantes del delito. Las causas eficientes están representadas por la Constitución criminaloide o desequilibrio psíquico. Las causas ocasionales serían los factores exógenos (Mesología criminal, Meteorología criminal y la Sociología criminal) y los factores endógenos (Psicopatología criminal) que en un momento dado obran sobre el psiquismo predispuesto del delincuente. Finalmente, las causas determinantes están representadas «por un episodio agudo como por ejemplo, la oportunidad, la embriaguez, los celos, la avidez» (Estapé, 1936, p. 11).

Los criminalópatas deben ser considerados como «pequeños enfermos mentales y deben ser tratados como tales en los Dispensarios o Policlínicas de Higiene Mental y de Profilaxia Criminal». (Estapé, 1936, p. 16).

La criminalomanía se trata de una tendencia constitucional, congénita o adquirida y a menudo irresistible hacia el crimen, generalmente de carácter obsesivo-impulsivo, pero sometida muchas veces al auto-control del delincuente, mediante un esfuerzo intenso y doloroso. Se presenta clínicamente como «Raptus ansioso homicida, y el Furor epiléptico destructor, que obrando ambos a la manera de una tempestad bajo un cráneo» (llevará al delincuente a la) «determinación reflexiva, calculada y fría hacia el delito» (Estapé, 1936, p. 11).

Para los criminalómanos la defensa social «debe ser también preventiva y profiláctica, [...] represiva o curativa, reformadora en lo posible y también reparadora frente a los perjuicios individuales o colectivos originados por la infracción delictuosa» (Estapé, 1936, p. 17).

Menciona también a la demencia en su variante asociada al crimen o criminalodemencia, que comprende «verdaderos estados demenciales caracterizados por un debilitamiento global, uniforme, progresivo e irreversible del Psiquismo, proceso adquirido y de naturaleza orgánica, que afecta los diversos sectores del psiquismo» (Estapé, 1936, p. 17).

La criminalofrenia refiere clínicamente a la epilepsia psíquica, así como a la locura moral, la ceguera moral y el daltonismo moral. Este constituye un «estado psico-clínico-social permanente, de carácter congénito, constitucional o adquirido» caracterizado por

distintos niveles de peligrosidad, criminalidad también proporcional y un carácter antisocial (Etapé, 1936, p. 11).

Considerando estos tipos constitucionales, Estapé elaboró en el mismo año, una «Escala de los valores progresivos de la serie esquizofrénica», donde establece los tipos de esquizofrenia y su sintomatología. Esta fue asociada al crimen para lo cual creó una «Escala de los valores cuantitativos de la serie criminalofrénica». Esta escala tuvo cuatro grados, de menor a mayor intensidad: i) episodio criminalofrénico; ii) cataclismo criminalofrénico; iii) crisis criminalofrénica» y iv) «estado de mal criminalofrénico».

Respecto del primer grado señala que se trata de «una exacerbación de mediana o pequeña intensidad y que es «de carácter temporario y reversible». Según el psiquiatra y bajo una perspectiva lombrosiana, los «Delincuentes Natos o Constitucionales y un gran número de Delincuentes Habituales», son portadores de esta enfermedad (Etapé, 1936, p. 9).

El cataclismo reporta la misma exacerbación pero de intensidad «máxima o grande, de carácter temporario y generalmente reversible» (Etapé, 1936, p. 9).

La crisis, tercer nivel de esa escala, «corresponde a una exacerbación de intensidad grande, mediana o pequeña y de cierta duración [...] de elevado índice de peligrosidad y carácter antisocial» (Etapé, 1936, p. 9).

El cuarto y último grado de la escala se refiere a una serie de crisis casi continuas «de marcado carácter antisocial, antihumano y antijurídico, con un elevado índice de peligrosidad». (Etapé, 1936, pp. 9-10).

El factor más relevante y que determinará la peligrosidad es «la falta de adaptación a la Moral ambiente en un momento dado de la evolución histórica, social, económica y política de un pueblo» (Etapé, 1936, p. 11).

El mismo psiquiatra realiza, en 1935, una clasificación de los reclusos en el Establecimiento Penitenciario, del cual era director. Utiliza el método criminológico de Ferri, modificado por él mismo. Se trata de una clasificación organizada, en gran medida, a partir de las características de los delincuentes y no del acto en sí, acorde a la tendencia expresada a lo largo de este trabajo.

El primer grupo está constituido por los delincuentes *natos o constitucionales* integrado por los *atávicos y evolucionados*. Se destacan en esta categoría los homicidios brutales

y los delitos sexuales, como parte de la ‘constitución criminaloide’ o ‘psicopática’ de los individuos que cometen estos delitos. Otro elemento a destacar es la referencia a ciertos aspectos de corte psicoanalítico. Por ejemplo, en relación a un caso de parricidio cometido por un individuo que integraría este grupo, el psiquiatra se pregunta si se trata de un «Tipo introvertido y Complejo de Edipo», y en otro caso, si se trata de un «Tipo introvertido de Jung» (Estapé, 1935, p. 5).

El siguiente grupo estaría compuesto por ‘Delincuentes psicópatas’, conteniendo a su vez subgrupos. Dentro de este grupo destacamos el subgrupo de los ‘delincuentes desequilibrados y anormales’, caracterizados por la presencia, en gran parte de los casos, de ‘degeneración mental’ y, en otros casos, de ‘debilidad mental’. No deja de aparecer la referencia al complejo de Edipo y al complejo de Narciso.

El segundo subgrupo estaría integrado por ‘Delincuentes alienados o alienados delincuentes’. Se observa en este subgrupo el predominio del diagnóstico de ‘paranoia persecutoria’ y la presencia de algunos casos de debilidad mental, como en el subgrupo anterior.

En otro grupo se encuentran los ‘Delincuentes habituales, profesionales y reincidentes’; y el siguiente estaría conformado por ‘Delincuentes pasionales y emocionales’. Se mencionan casos de violación, incesto y sodomía o a la característica de ‘inversión sexual’.

El siguiente grupo está destinado a los ‘criminaloides y matoides’, no reportando ningún caso, al menos en la estadística presentada.

De los tipos constitucionales y de las escalas de Estapé se pueden obtener algunas conclusiones: i) hay un énfasis en considerar aquellos elementos llamados por el autor como ‘constitucionales’, que estarían funcionando como esenciales y predisponentes al crimen y que, frente a otros factores exógenos, darían paso a la conducta criminal, con distintos niveles de animosidad y peligrosidad. Lo «constitucional» remite a una mirada radicalmente esencialista respecto del crimen. En ese sentido y bajo esta perspectiva habría individuos predestinados al crimen y por lo tanto, peligrosos. ii) hay una referencia a un estado primitivo, que en esta propuesta remite al psiquismo infantil, lo que estaría expresando la relevancia que tendrían las acciones en la infancia para prevenir el crimen y finalmente, iii) las referencias al carácter reversible de algunas

condiciones, hecho que estaría expresando la preocupación por la corregibilidad-incorregibilidad de algunos individuos.

Por otra parte, José María Estapé presenta una ponencia en las Jornadas de Neuropsiquiatría Panamericana en Lima en marzo de 1938, acerca de los estados hipocondríacos en Medicina Legal. La importancia de este estado radicaría en su posible relación con la conducta homicida, fundamentalmente en ciertas variantes de hipocondríacos.⁴⁶ Básicamente, con el término hipocondría se hace referencia a una disposición neuro-psicopática, caracterizada por un conjunto de alteraciones orgánicas, humorales o funcionales que dan paso a la constitución hipocondríaca. A su vez, Estapé distingue un tipo hipocondríaco simple y otro delirante. Este último, se presenta «como enfermo perseguido y melancólico, irremediamente condenado, que espera la Muerte o si no como un enfermo perseguido y reivindicador, sediento de venganza» y por tanto, peligroso (Estapé, 1938, p. 8).

El artículo avanza en una gran cantidad de casos clínicos donde se pone en juego la mencionada clasificación. Algunos de ellos involucran homicidios brutales, cometidos en el entorno familiar, seguidos de suicidio. En uno de esos casos, se describe la muerte de una mujer en manos de su esposo. Lo primero que se destaca del homicida es que se trata de un árabe de raza judía, que también «padece una tuberculosis pleuropulmonar crónica y presenta un «Estado hipocondríaco delirante» con alucinaciones. Debido a su enfermedad, se deduce que se trata de «un Delincuente psicópata, tipo alienado delincuente, cuya evolución hacia una Demencia precoz es muy probable» (Estapé, 1938, p. 10).

En otro de los casos, se presenta a un joven portador de «neurastenia sexual» y de «paranoia hipocondríaca o delirio crónico interpretativo hipocondríaco». Se decide la internación urgente por su «Estado peligroso latente y, por lo tanto, debido a sus posibles reacciones médico-legales contra el propio enfermo (suicidio) o contra los que lo rodean (homicidio)» (Estapé, 1938, p. 16).

En un cuadro destinado a las conclusiones de los casos mencionados, se destaca que «el hipocondríaco simple o delirante, primitivo o secundario, está en «Estado peligroso latente», es decir, predispuesto a una reacción antisocial (fuga, deserción, vagabundaje),

46 Define la hipocondría como un «estado Psico-físico que presentan aquellos individuos que viven siempre preocupados por su Salud, exagerando sistemáticamente sus males o creándolos con la Imaginación». El propio Estapé llegó a denominar ese tipo de personalidad como «personalidad psicopática hipocondríaca» (Estapé, 1938, p. 5).

o a una reacción antihumana (suicidio, homicidio, automutilación, autocastración)». Cuando se trata de un «hipocondríaco delirante, interpretador y reivindicador [...] el coeficiente de peligrosidad adquiere una magnitud inaudita». En estos casos, «el médico se encuentra frente a un Peligro máximo, inmediato y trágicamente implacable: el Homicidio o Asesinato» (Estepé, 1938, p. 25).

A partir de esta clasificación, es posible observar la permanencia de la teoría de la degeneración en la psiquiatría en Uruguay y el uso de algunos conceptos del psicoanálisis, aun sin referencias específicas. Quizás el elemento más destacable de estas escalas es la extensa clasificación y la incorporación de la biotipología como herramienta para la detección de individuos peligrosos.

2.5. La biotipología como una formalización de la mirada endógena sobre el crimen

La biotipología nace como disciplina a través de la figura del italiano Nicola Pende (1880-1970). Este la define como la «ciencia de los biotipos humanos somáticos y psíquicos» (Pende citado en Galera, 2005, p. 369). Los aspectos constitucionales en el individuo estarían determinados por características morfológicas, fisiológicas y psicológicas. Si el «delincuente nato» de Lombroso estaba caracterizado por su morfología, la propuesta de Pende determinó su resignificación a partir del funcionamiento del sistema endócrino. En este sentido,

la biotipología de Pende complejizaba en extremo esta operación introduciendo otros elementos de análisis. En efecto, las «anormalidades» visibles no alcanzaban para detectar entidades amenazantes al orden social, sino que había que introducirse, por medio de la endocrinología y el Constitucionalismo, en lo no visible, en lo más íntimo del cuerpo y del alma, para reconocer así futuros comportamientos inadaptativos o criminales. (Vallejo y Miranda, 2004, p. 432)

La medicina en Uruguay no estuvo exenta de las influencias de la biotipología en América Latina estableciendo conexiones, por ejemplo, con la Asociación de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social de Argentina, tributaria de los postulados de Pende y referencia en el tema a nivel regional.⁴⁷ La biotipología fue tributaria de las ideas eugénicas de la época y fue una de las herramientas a través de las cuales se

⁴⁷ La vinculación con la Asociación de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social de Argentina se estableció a través del médico Augusto Turenne. Ver: Rodríguez, 2020.

podrían detectar anomalías: «Las herramientas de la biotipología servían para la detención temprana de las características de los individuos y para propiciar, bajo la idea del «organicismo social», que cada individuo realizara la tarea que mejor se adaptaba a sus cualidades biotipológicas» (Rodríguez, 2020, p. 185).

En marzo de 1936, José María Estapé presentó un proyecto para la creación de la Sección de Investigaciones en Criminología y Ciencias Afines, dentro del Instituto de Estudios Superiores. El objetivo de esta Sección fue «el estudio del Hombre delincuente, del Hombre psicópata y del Hombre de genio». El estudio del hombre delincuente, según expresa el proyecto, «será hecho desde un punto de vista integral [...], estudio médico-psico-biotipológico». El hombre psicópata será estudiado «en sus múltiples manifestaciones y en sus diversos tipos psicopatológicos». También estudiará el «complejo problema de la «infancia y adolescencia anormales» y de la «delincuencia juvenil». Este tipo de estudios tendrá una orientación, dice el proyecto, médico-social, teniendo en cuenta «la Profilaxis Criminal y la Defensa Social». Tanto en la vida adulta como en la infancia y en la adolescencia, los psicópatas se estudiarán relacionándolos con el ‘vagabundo’, ‘el mendigo’, ‘la mujer prostituta’, utilizando igual categoría y agregando ‘el niño abandonado’, ‘el niño mendigo’, el ‘niño delincuente’.

Cuando en 1933 se crea la Dirección General de Estudios Penales, Juan Carlos Gómez Folle organizó dentro de ella un Servicio de Clasificación y Estudios médico-criminológicos,⁴⁸ que tomó estado orgánico por Resolución del Poder Ejecutivo en mayo de 1938 para dar apoyo al régimen de cumplimiento de penas y medidas de seguridad. Ese servicio se encargó del estudio social, somático y clínico de los reclusos alojados en el pabellón de observación con el propósito de clasificarlos según la condición de ‘normal’ o ‘anormal’ para posteriormente determinar si cada uno de ellos sería ‘reformable o no’ y ‘curable o no’. Con esas bases, se pretendía «buscar el tratamiento correspondiente con la ayuda de un técnico en pedagogía que debía controlarlo» (Soiza Larrosa, 2002, p. 676).

En este servicio se realizaban tres tipos de estudios sobre los procesados destinados a las autoridades carcelarias o los jueces: i) social; ii) biotipológico y iii) médico-psiquiátrico, para la determinación de la peligrosidad. Soiza Larrosa (2002, p. 676) señala que «cada periciado tenía un historial criminológico que era discutido en un Consejo Técnico donde se le clasificaba de acuerdo a su peligrosidad, se determinaba el

48 Este servicio fue el antecesor del Instituto de Criminología creado en 1943.

tipo de reclusión y el tratamiento penitenciario más adecuado». Este *Boletín Médico-psicológico-individual* de todo procesado o encausado debía ser completado por la ficha criminológica y el perfil criminológico individuales de todo penado.

En el mismo sentido y a iniciativa de José María Estapé, quien se desempeñaba como profesor de Antropología Criminal, se anuncia en 1937 la Creación de la Sociedad Uruguaya de Criminología.⁴⁹ Esta contaría con ocho secciones que transitaban desde aspectos vinculados al campo jurídico hasta aquellos relacionados a la sociología, la política criminal, el psicoanálisis aplicado a la criminología, la higiene social, la psicopatología experimental y la psicopatología forense.⁵⁰ La Sociedad Uruguaya de Criminología tenía por finalidad

estimular, encauzar, dirigir el estudio de la etiología del delito y del delincuente, considerado bajo los diversos aspectos y en sus distintas relaciones, con respecto al sujeto mismo, a la familia, a la sociedad y a la patria; estudiar las causas y remedios de la criminalidad, en sus múltiples factores; y prácticamente por medio de sus diversas secciones y laboratorios, coadyuvar con todos los organismos, tanto oficiales como privados, de un modo especial, en aquellos casos en que se requiera el perfecto conocimiento biopsíquicosocial del sujeto. (Estatutos Sociedad Uruguaya de Criminología, 1937, p. 3)

Otro ámbito de desarrollo de la biotipología en Uruguay fue el curso de Antropología Criminal del Instituto de Estudios Superiores creado y dictado por José María Estapé en 1936. El programa del curso abordaba varias dimensiones del estudio del delincuente. Se destaca en uno de sus puntos:

Un criterio ecléctico: el criterio biotipológico [...] biotipología en el estudio del delincuente» y el «Ensayo sobre la clasificación de los delincuentes [...]. La responsabilidad del delincuente y sus peligros: Temibilidad, peligrosidad o nocividad de los irresponsables y la irresponsabilidad alegada o simulada [...]. Los fundamentos de la defensa social, preventiva, curativa y represiva contra la delincuencia. (Programa del curso de Antropología criminal, 1936, p. 24)

49 Como parte de sus actividades, esa entidad estableció un conjunto de nexos con diversas instituciones, entre las cuales se encontraban el Instituto de Criminología de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, la Sociedad de Psiquiatría y los Ministerios de Instrucción Pública y Salud Pública. Entre los fundadores se encontraban figuras tales como el propio José María Estapé, Alfredo Cáceres, Camilo Payseé y Ventura Darder.

50 i) Derecho criminal puro y Ciencias jurídicas; ii) Antropología criminal y ciencias biopsicológicas; iii) sociología criminal y ciencias afines; iv) medicina legal y ciencias auxiliares; v) psicoanálisis aplicado a la criminología; vi) criminología aplicada (criminalística) y política criminal; vii) Higiene social, y viii) la psicopatología experimental y la psicopatología forense.

De lo expresado en las páginas precedentes es posible observar la influencia de la biotipología en la detección de individuos peligrosos y las medidas a adoptar en cada caso. Si bien no se cuenta con elementos que permitan saber cuál fue el alcance y la aplicación de las escalas y clasificaciones presentadas en este capítulo, sí es posible observar que existió una intención de extender el uso de la biotipología a nivel poblacional, a través de las organizaciones creadas al respecto.

2.6. La personalidad como núcleo de la biografización. El psicópata y el psicopático

Como se ha expresado en páginas anteriores, la consideración de la etiología del delito se volcó, paulatinamente, hacia el estudio de la personalidad criminal, con énfasis en los aspectos biográficos del individuo que estarían mostrando las causas del delito y la peligrosidad. En algunos de los casos de crímenes de sangre más renombrados (Trochón (2008, pp. 137-138), aparecen evidencias de esta transformación. Por ejemplo, en el caso del homicidio del empresario José Salvo, ocurrido en 1953, el imputado por ser su autor intelectual, su yerno Ricardo Bonapelch, habría sido sometido a varios tests de personalidad.

Posteriormente, el Dr. Brito del Pino, del Servicio Médico Psiquiátrico del Instituto de Criminología afirmó:

Bonapelch presenta un buen estado físico, de aspecto cuidado y algo *atildado en sus modales*, hacía gala de su personalidad extrovertida, *de palabra fácil y abundante*. Respecto a su conversación se señalaba que era algo enfático y por momentos se volvía teatral y reivindicador. (Trochón, 2008, p. 11)

El énfasis otorgado al estudio de la personalidad también puede verificarse en la obra de Antonio Sico, quien sostenía que «la concepción integral de la personalidad total debe desplazar en la enseñanza de la medicina y en la práctica médica al criterio organicista y de enfoque unilateral del enfermo, que ha imperado hasta el presente en la teoría y el arte médicos» (Sicco, 1948, p. 21).

En la concepción de *individuo* de Sicco (1947, p. 12) prevalece la idea de unidad. El individuo es concebido «como una totalidad, una estructura totalitaria y dinámica en la que están unidos y consustanciados el alma y el cuerpo, la actividad psicológica y la fisiológica que cooperan en cada una de las funciones y se confunden en un fin común».

Sicco define la personalidad como:

la organización dinámica de los sistemas psicofísicos del individuo que determinan su singular adaptación al medio ambiente [...]. En sentido amplio, la personalidad total, unida y única, es toda la personalidad en el conjunto de sus tres aspectos: biológico, psicológico y social, la unidad de la persona psicofísica y de la personalidad social. (Sicco, 1948, pp. 14-15)

Al mismo tiempo, este autor observa un enfrentamiento entre las dos tendencias, la psicobiologista «que intenta explicar los hechos psicológicos por la acción de causas biológicas» y la tendencia psicologista que explica «cada hecho psíquico en función de los fines de la personalidad». Frente a ambas, recomienda una «amplia y ecléctica concepción de la personalidad total, en el buen conocimiento del conjunto de la persona psicofísica y de sus fines» (Sicco, 1947, p. 19).

Este autor distingue tres esferas de la personalidad: somática, física y social. A su vez, divide la psiquis del individuo en el «yo, el ello y el superyó de los psicoanalistas». Reivindica, además, la estructuración neurológica que se presenta en el individuo, afirmando que «el sistema nervioso pone en comunicación la célula de la intimidad de los tejidos con el mundo exterior» (Sicco, 1947, p. 21).

Como se ha afirmado a lo largo del presente trabajo, el estudio de la personalidad contribuyó a una creciente biografización del crimen. En ese sentido, para Sicco, el curso de la vida es lo que determina la personalidad del sujeto. El ambiente familiar, la escuela, la adolescencia, la predisposición al trabajo, la vocación, el noviazgo, el matrimonio, la vida conyugal, los celos, forman parte de los factores que determinan la personalidad, entendida como producto biográfico de carácter individual. Afirmaba que «la constelación familiar tiene gran importancia, como ha sido destacado por Freud a través del sentido de los complejos parenterales [sic], en la conformación de la afectividad y del carácter» (Sicco, 1947, p. 25).

Sicco (1948, p. 49) establece que los portadores de personalidades psicopáticas son «un conjunto de personas de conducta irregular, mal constituidas o mal conformadas psicológicamente, pero que viven en sociedad, no se creen enfermas y no son consideradas generalmente como enfermas». Entre ellas incluye a los perversos sexuales, los perversos morales y variadas anomalías del temperamento y del carácter. Los considera «anormales psicosociales» y los ubica en un espectro entre «los normales y los enfermos mentales comunes».

El psicópata es quien padece una enfermedad mental o psicopatía y el psicopático «es quien posee un temperamento o carácter manifiestamente anormal, un temperamento o carácter psicopático» (Sicco, 1948, p. 50).

El autor manifiesta haber adoptado la clasificación de la American Psychiatric Association (1933), instrumento también utilizado en los países participantes de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas realizadas en Chile en 1937. Divide entonces a los psicopáticos en cuatro grupos, siendo el primero el de los psicopáticos temperamentales.

Este primer grupo, nuclea a su vez a los hipertímicos, que se caracterizan por la excitabilidad y la irritabilidad, lo cual exagera el carácter. Por ejemplo, «no aprenden ningún oficio, no se adaptan al trabajo regular, y ningún empleo les viene bien [...] esta inestabilidad social traduce su versatilidad, su volubilidad y su inconsistencia» (Sicco, 1948, pp. 74-75). En relación con el diagnóstico, el autor identifica varias formas de expresión (hipomaníaco, pasional, genuino), pero reconoce que los hipertímicos

en los tipos puros el diagnóstico es fácil, pero en la sociedad suelen encontrarse hipertímicos originariamente bondadosos y honestos que dejándose llevar por la irreflexión y su afición a la buena vida se comprometen, frecuentan ambientes malsanos, cultivan amistades peligrosas y terminan por caer en el abuso de confianza y en el delito. (Sicco, 1948, p. 76)

El segundo subgrupo (dentro de los psicopáticos temperamentales) son los irascibles y constituye uno de los más volcados al crimen. Se caracterizan por su cólera exagerada, por ser «criticones, discutidores, protestadores, reclamadores, agitadores y peleadores [...] se entregan a actos temerarios y a veces crueles. Cometan delitos frecuentes: desacatos, peleas, agresiones y a veces homicidios». La intoxicación alcohólica es un agravante de su constitución (Sicco, 1948, pp. 78-79).

Dentro de los irascibles, identifica al colérico, al deprimido y al explosivo. En estos últimos, en estado de crisis pueden llegar a cometer «los crímenes más brutales y feroces. La tensión colérica puede ser tan intensa que no alcance a desahogarse completamente en el delito cometido y persista todavía horas y aun días» (Sicco, 1948, p. 82).

Otro subgrupo, el de los impulsivos, se caracterizan por «crisis emocionales o ataques epileptoides, bruscos, breves y violentos». Sin embargo, entre una crisis y otra su carácter «es aproximadamente normal». En el momento impulsivo se expresa una

«tendencia a la realización impulsiva aunque consciente y mnésica [sic] de actos patológicos tales como fugas, incendios, robos, homicidios, etcétera (Sicco, 1948, pp. 83-85). Este tipo de individuos presentan conductas impulsivas que pueden ser homicidas, incendiarias, a la vagancia y al robo, a beber y la impulsión sexual perversa. Para este tipo de individuos la biografía parece determinante y se manifiestan situaciones de abuso o ausencia de los padres en la primera infancia, así como su falta de predisposición al trabajo, lo cual es un antecedente para el concurso de un delito.

El cuarto subgrupo estaría integrado por los epileptoides. Se caracterizan por ser personas «serias, voluntariosas, activas, aunque más bien taciturnas y retraídas, susceptibles, irritables y violentas» (Sicco, 1948, p. 97). Encuentra cierta predisposición femenina para esta patología, la cual asocia con la menstruación o el puerperio, que en general, según el psiquiatra, sobrevienen en ataques contra su esposo o sus padres.

Sobre este primer grupo de psicopáticos temperamentales, el psiquiatra presenta un caso de un hombre de 40 años, uruguayo. El informe transita por todas las etapas de su vida y se detiene especialmente en su relación con el trabajo y particularmente en la incapacidad del individuo de permanecer en uno estable: «Siempre fue excitado y se encolerizaba con facilidad. Era la persona que sus compañeros delegaban para pedir aumentos de sueldos, mejoras o protestas al patrón». Tiene ingresos al hospital Vilardebó por consumo de alcohol y peleas con su madre y esposa y es encarcelado varias veces por peleas y desacatos (Sicco, 1948, p. 82).

Un segundo grupo está conformado por los psicopáticos caracteriológicos. Se caracterizan por tener «fallas» en el carácter. Define el carácter como «el modo habitual de reaccionar frente a las innumerables contingencias ambientales, modalidad reaccional que ha sido adquirida en gran parte durante el desarrollo por obra de la educación y de la experiencia» (Sicco, 1948, p. 101). El ambiente familiar, la influencia de los padres y la educación son los tres pilares fundamentales para la conformación de este tipo de personalidades. Los subgrupos dentro de los psicopáticos catacteriológicos son: los desequilibrados; los excéntricos y extravagantes; los mitómanos; y los pseudo-paranoicos.

Con relación a los desequilibrados, los asemeja a los «degenerados superiores» de Magnan, caracterizados por su inteligencia, memoria y gran capacidad de asimilación. Al mismo tiempo son «coléricos e inclinados a la crítica, a la maledicencia y menos

frecuentemente a la protesta y a la rebeldía franca. Son independientes, opositoristas, agitadores, disolventes [...] son egoístas, amorales y malignos» (Sicco, 1948, p. 103).

Destacamos en este diagnóstico la situación de un joven internado en el hospital entre febrero y julio de 1946 por un intento de homicidio, y que fuera diagnosticado por otro psiquiatra, Fortunato Ramírez, con personalidad psicopática e ingresado por «alteraciones de la conducta que lo hacían peligroso para la sociedad (Ramírez, citado en Sicco, 1948, p. 108).

Los mitómanos, expresa, se relacionan con el delito al ofrecer falso testimonio o acusaciones falsas:

sobrepasa los límites de lo tolerado, y comete faltas y aun delitos, abusos de confianza, usurpaciones de títulos o atribuciones, defraudaciones, etcétera [...]. Son, podría decirse, cuenteros, fulleros, falsificadores o estafadores constitucionales [...], pasan a menudo por simples delincuentes profesionales y una vez cumplida su condena, son devueltos libremente a la sociedad, sin someterlos a las medidas de seguridad que su peligrosidad requeriría. (Sicco, 1948, p. 121)⁵¹

Dentro de los mitómanos, encuentra variantes: los mentirosos; los farsantes; y los embusteros patológicos (Sicco, 1948).

Con respecto a los pseudo-paranoicos, encuentra tres expresiones: los de reacción reivindicadora, los de reacción idealista y los fanáticos. Los dos primeros pero no se destacan por su propensión al crimen ni los considera peligrosos. El fanático, por su parte, reúne en su personalidad dos tendencias disociadas: «el altruismo y la agresividad y podría definírsele por esos dos rasgos diciendo que el fanático es un idealista furioso» (Sicco, 1948, p. 133). Hace referencia a un caso de un hombre que por más de veinte años desarrolló este tipo de personalidad, tuvo varias internaciones y se tornó peligroso, pasando de la cárcel al hospital en reiteradas ocasiones.

Un tercer grupo estaría conformado por *los anormales y perversos sexuales*, en sus múltiples expresiones: frigidez⁵², impotencia viril⁵³, erotismo⁵⁴, perversos sexuales, masturbación⁵⁵, sadirmos, masoquismo, fetichismo⁵⁶, homosexualidad⁵⁷.

51 Sicco (1948, p. 125) refiere también a la figura del 'cuentero' denominado como «un tipo de delincuente muy frecuente en nuestro medio; la 'viveza criolla' se vale de recursos muy ingeniosos para burlar a la gente, muchas veces por el simple placer de 'cachar', pero otras con intención dolosa».

52 Completa, parcial o electiva (Sicco, 1948).

El último grupo estaría conformado por los *perversos morales*. Los define como individuos con personalidades en las que predomina el trastorno de la conducta moral: «es una conducta inmoral y antisocial [...], señala el incumplimiento habitual de los deberes familiares o sociales y se caracteriza por la comisión de faltas y delitos» (Sicco, 1948, p. 217). Ubica en este grupo a los criminales natos etiológicamente, explica estas conductas por los factores de la herencia, la influencia ambiental y las enfermedades.

Da cuenta de la predestinación al crimen por la herencia a la que agrega «el ambiente pernicioso»:

Son hijos del asilo o ilegítimos o de matrimonios mal constituidos o mal avenidos. Tienen dentro de su casa ejemplos de personalidades taradas y de conductas depravadas o disolutas. No reciben educación moral, no asisten frecuentemente a la escuela y se forman en las calles de los barrios suburbanos en la compañía de otros muchachos depravados. Ciertos ambientes son verdaderos caldos de cultivo de la delincuencia. (Sicco, 1948, p. 218)

Otras enfermedades tales como el alcoholismo, la sífilis o la tuberculosis también determinan la perversidad.

La primera manifestación de este trastorno aparece en la infancia, se agrava en la pubertad y se termina de consolidar

llegada la edad de trabajar, [...] el perverso, en el curso de su vida, comienza por ser un inadaptable a la organización familiar, al orden escolar, a la disciplina del trabajo, se vuelve luego [...] un rebelde que no se somete ni a la moral ni a las leyes y termina por actuar contra la sociedad y el Estado convirtiéndose en un enemigo de la sociedad, un ser antisocial. (Sicco, 1948, p. 220)

En sus dos manifestaciones (perverso típico y el perverso hipertímico) se caracteriza por su crueldad y por la deficiencia sentimental o moral. En el primero predomina la frialdad en sus actos, su capacidad de calcular y ser refinado a la hora del crimen. En el segundo caso, se caracterizan por ser impulsivos y rebeldes y «están predispuestos a cometer agresiones y homicidios por su carácter violento». El diagnóstico para detectar

53 Orgánica, mixta o psicógenas (Sicco, 1948).

54 Masculino sintomático de psicopatía; neuropático; constitucional; femenino secundario a neurosis sexuales; idiopático o constitucional (Sicco, 1948).

55 Onanismo idiopático o esencial, y onanismo neuropático (Sicco, 1948).

56 Masoquismo, fetichismo, exhibicionismo, bestialismo, necrofilia (Sicco, 1948).

57 Inversión de la libido, personalidad psicopática homosexual, personalidad homosexual psicósomática y, neurosis y psicosis homosexuales (Sicco, 1948).

este tipo de individuos pasa por «el conocimiento de los antecedentes familiares y personales, la historia de vida, el examen médicopsicológico del agente, la observación de su conducta y el análisis de algunos de sus actos» (Sicco, 1948, pp. 223).

La terapéutica pasa por acciones para «la readaptación a la vida social», en un establecimiento «donde perfeccionen un oficio que les permita ganarse honradamente la vida; deben adquirir hábitos de trabajo, permitiéndoseles luego paseos y salidas de ensayo, tratando de adaptarlos a medios favorables» (Sicco, 1948, p. 228).

Complementaria, de alguna forma, a esta forma de clasificación de Sicco, es la que desarrolla Camilo Paysée⁵⁸ en un texto denominado *Psicograma del Psicópata* (1935, p. 3). Este psiquiatra desarrolla el método del *psicograma* que define como «la observación minuciosa de las reacciones psíquicas del psicópata». Plantea que «el enfermo mental involucra, en todo momento, un doble aspecto: uno orgánico, otro psíquico: el somático y el mental; vale decir: lo corporal y lo anímico que según el médico «se unen en estrecha síntesis». A través del psicograma se podría arribar a un diagnóstico del individuo que integre «el binomio soma-psyche»,

Dicho método incluye un repaso por varias facetas del individuo. La primera es lo que el médico llama la ‘vida intelectual’. Se trata del estudio de las sensibilidades sensoriales con elementos tales como la atención o la distracción. Aparecen también otros elementos como la orientación inmediata, el estudio de la introversión o extroversión. La imaginación, sintomatología ilusionatoria y alucinatoria, de tal forma que «saldrá de la misma prueba el conocimiento de la dirección delirante [...], riqueza asociativa». Agrega también un estudio pormenorizado de la memoria, el pensamiento, «la percepción o juicio perceptivo, el concepto y el raciocinio o juicio conclusivo [...] el grado de criticismo [...] creación de relaciones pensadas» (Paysée, 1935, p. 11).

Una segunda faceta se refiere a la vida afectiva e involucra el estudio de sentimientos tales como la atracción, simpatía, alegría y tristeza. A través del psicograma se realizaría la búsqueda del grado de sensibilidad, intensidad del proceso y su dirección (Paysée, 1935).

58 Camilo Paysée (1879-1955) fue un médico graduado de la Facultad de Medicina de Uruguay en 1904. Fue asistente en la Clínica Psiquiátrica entre 1909-1915 y en 1927 obtuvo el cargo de profesor agregado de psiquiatría, dictando un curso libre de psiquiatría a partir de 1932. Fue Inspector General de Psicópatas entre 1942 y 1952 y médico psiquiatra de Sanidad Militar entre 1939 y 1953. Presidió la Sociedad de Psiquiatría y dirigió la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* por varios años.

Ya la tercera faceta a evaluar en la vida del individuo se orienta a lo que Paysée denomina ‘vida activa’, específicamente en torno de «la decisión influenciada o por la información o por el ruego, o la persuasión, o la sugestión y dirigida por valores afectivos» dan cuenta «del complicado mecanismo voluntario» (Paysée, 1935, p. 16).

En una pericia publicada en 1928 en la *Revista de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal* se presenta un caso de «perversión psicosexual y delincuencia» en el cual fue aplicado un psicobiograma. Tal como sugería Sicco en su texto, en este caso también se estudia la atención, la percepción, la memoria, la actividad intelectual y la presencia de alucinaciones. Asimismo se indagan los instintos y la sexualidad, señalándose al respecto: «Los instintos de la especie presentan desviaciones bien marcadas y es un sugestionable con los caracteres de la imitación morbosa, la que tuvo amplio desarrollo en el ambiente cuartelario (fue soldado)». Además, se menciona que

es para nosotros un insuficiente mental, con pobreza ideativa, atención débil, y en su carácter predominan los elementos ideativos, actuando por impulsiones de afectividad ingenua, sometida a oscilaciones de consciencia, a estados crepusculares que caracterizan su personalidad como ingenua y dominada por los instintos primitivos (Bambaren, Espejo, 1928, p. 235).

Se trató de un caso de perversión psicosexual, entendida esta como una perturbación. Finalmente, se afirma que se trata, también, de un caso de deficiencia mental, «posiblemente un esquizoide o un esquizotípico» en el que «predominan los impulsos de la esfera psicosexual que se manifiestan por perversiones sexuales». Este individuo fue sometido a medidas de seguridad debido a que «su capacidad penal es nula» (Bambaren, Espejo, 1928, p. 235).

Por otro lado, en un informe médico legal realizado por Elio García Austt acerca de un caso de «uxoricidio por emoción violenta»⁵⁹ en 1947, se realiza una pericia al acusado bajo una perspectiva «psico-biológica, [...] estudiando en capítulos separados el hecho y sus antecedentes, el estado mental del actor, su personalidad, las consideraciones psicopatológicas aplicables al caso y, por fin, las deducciones médico-legales pertinentes y las conclusiones médico-legales» (García Austt, 1947, p. 17).

El laudo pericial registra los siguientes elementos asociados a la conducta criminal:

⁵⁹ Lo que actualmente se denominaría como femicidio practicado por el cónyuge.

signos evidentes de desorden neuro-psíquico [...] estado ansioso, caracterizado por una gran emotividad [...]. El estado de x era pues tan acentuado, que permitía ya afirmar un diagnóstico revelador de un hecho de gran importancia: la ansiedad o la tendencia a la ansiedad. Vamos a insistir sobre esta cuestión, dado el significado que cabe concederle en la génesis de la reacción delictuosa final. (García Austt, 1947, p. 28)

Tras el diagnóstico de ansiedad asoma el de depresión, lo que lleva posteriormente a «ahondar algo más en el estudio de la personalidad compleja de nuestro periciado» (García Austt, 1947, p. 31). El «amor platónico», el «amor afecto» y «el amor sexual» son los componentes que el psiquiatra asocia al diagnóstico actual del homicida.

En el ya mencionado caso del anarquista Pedro Rodríguez Bonaparte, el acto pericial fue realizado por dos reconocidos psiquiatras del período, Abel Zamora y Elio García Austt, en 1929. Se indagó en las dimensiones que en la época se acostumbraba a incluir en el examen. En primer lugar, en la herencia y en los antecedentes familiares, destacándose especialmente el alcoholismo del padre y el nerviosismo de la madre. De la biografía del sujeto se desprende el abandono de la escuela para trabajar junto a sus abuelos en una cantina, y hacia la vida adulta, la inestabilidad laboral. Las ideas anarquistas fueron el corolario de alguien destinado al crimen por su biografía. Así, Rodríguez Bonaparte, caracterizado por su «impulsividad y violencia, con ausencia de frenos inhibitorios se presentaría a los ojos del perito como [...] un sujeto orgulloso del acto aberrante que realizó, y que muestra una imposibilidad de sensibilidad que le prohíbe el arrepentimiento, indicador especial del grado de recuperabilidad» (Vomero, 2009, p. 45).⁶⁰

En este capítulo se ha abordado la etiología del crimen, a partir de las explicaciones de la psiquiatría en el Uruguay. Se optó por la clasificación de modelos etiológicos de Laplantine en tanto formas de interpretar la realidad, registrando las oscilaciones y contradicciones de la propia complejidad del fenómeno, esto es, de los discursos de la psiquiatría acerca de la etiología del crimen y de la peligrosidad.

60 Se concluye: «Las condiciones ambientales provocadoras de la locura irán de la fonda de Treinta y Tres al alcoholismo del padre, al nerviosismo de la madre, al abandono de la escuela, a la lectura precoz de literatura sindical, al envenenamiento cerebral de las ideas disolventes del anarquismo, todo abonado sobre la influencia de la presencia bacilar [...]. Su psicología violenta, resultado de toda esta mezcla letal y explosiva, lo llevará a la extrema peligrosidad; el preso es presentado como terco, no escuchó las advertencias cuando se inició en el camino del delito, camino que fue cada vez más sinuoso, todo en él fue progresivo y coherente, tocando la gravedad cada vez más cerca, hasta el desastre definitivo y final» (Vomero, 2009, pp. 50-51).

Se entiende que esas formas de explicar el comportamiento criminal asociado a la locura y la anormalidad, no fueron utilizadas tan solo para los crímenes «sin razón», sino que se inscribieron en formas de gestión de las conductas peligrosas, concebidas de forma preventiva.

Paulatinamente, la psiquiatría se fue posicionando como la profesión capaz de develar aquellos crímenes que no respondían a los síntomas clásicos de la locura y se presentaban en individuos en apariencia normales.

Como fue abordado en el primer capítulo de esta tesis, si bien la caracterización de conductas peligrosas comenzó a mediados del siglo XIX, se entiende que a partir de la tercera década del siglo XX, y bajo la premisa de la defensa social, el discurso de la peligrosidad se amplificó. La perspectiva de la defensa social quedó claramente expresada en varias de las clasificaciones citadas, lo que justificaba medidas de encierro, redefiniendo así el carácter de la pena. Bajo el mismo criterio de defensa social, la creación de escalas estaría informando sobre la creación de un sistema clasificatorio de los individuos en función de su peligrosidad y el establecimiento de castigos de acuerdo al grado de peligrosidad, como una forma de protección al tejido social.

En términos de modelos etiológicos, se puede concluir que la psiquiatría transitó desde explicaciones del crimen y de la peligrosidad centradas en factores exógenos (relativos a la influencia del ambiente en sentido amplio) hasta la exaltación del papel de factores endógenos (inherentes a la personalidad y a la biografía del individuo). La personalidad aparece definida, básicamente, como la capacidad de adaptación de un sujeto al medio, involucrando factores biológicos (vinculados a la herencia), psicológicos y sociales. Pese a ello, no se abandonaron totalmente las explicaciones centradas en los hábitos, costumbres y estilos de vida que se entendían proclives al delito, tales como el consumo de alcohol.

No se sabe con certeza, cuál fue el alcance, por ejemplo, de las escalas progresivas para explicar el comportamiento criminal creadas por Estapé a mediados de la década de 1930. Es posible que estas hayan respondido a un interés clasificatorio a partir de su propia función como Director del establecimiento penitenciario por entonces.

Cabe plantearse la misma interrogante respecto al uso de las clasificaciones elaboradas por Antonio Sicco. Se entiende que lo relevante en tal sentido tiene que ver con el

estudio pormenorizado de la personalidad y, específicamente, con la caracterización de las personalidades psicopáticas, por ser típicas de los «anormales psicosociales».

El delito centrado no en el acto en sí, sino en el criminal, ya era una concepción imperante en el derecho penal; de allí la apelación, por parte de la psiquiatría, a teorías tales como la de Lombroso y la de Ferri.

Capítulo 3

La intervención de la psiquiatría en la construcción del individuo peligroso

El objetivo de este capítulo es abordar la intervención de la psiquiatría en la caracterización, detección y prevención de determinadas conductas consideradas peligrosas o que representaban algún tipo de amenaza al orden social, en las primeras cuatro décadas del siglo XX. Se aborda la peligrosidad en tanto noción a través de la cual se articuló una demanda sociopolítica de regulación de los comportamientos desviados, con la intervención médica en el espacio urbano, la familia y los hábitos de la clase trabajadora empobrecida. En tal sentido, la noción de peligrosidad puede entenderse como una pieza clave de una estrategia biopolítica que buscó en la medicina un sustento científico para vehicular medidas de gestión del comportamiento criminal.

En este capítulo se sostiene que: i) Si bien es difícil ubicar históricamente el momento preciso en que la noción de peligrosidad comienza a ser utilizada, sí es posible afirmar que en el proceso de construcción del Uruguay moderno, determinados sectores de la población comenzaron a ser vistos como peligrosos, en la medida en que obstaculizaban el proceso de modernización; ii) En la década de 1930 se estableció un tejido normativo e institucional que reconfiguró y expandió la peligrosidad hacia conductas no delictivas; iii) que la medicina participó, desde mediados del siglo XIX, en el diagnóstico de individuos peligrosos asociándolo con la alienación, pero que esta no fue su única función, sino que comenzó a desarrollar paulatinamente y conforme avanzó el siglo XX, acciones preventivas frente a otro tipo de comportamientos, tomando la peligrosidad como su eje. La noción de peligrosidad permitió que la psiquiatría ampliara su influencia más allá del espacio manicomial y dirigiera sus acciones a determinados segmentos de la población, que no necesariamente son los que respondían al encierro por su alienación (Castel, 1986).

Como fuera mencionado en el primer capítulo, hacia 1930, y en un contexto de crisis económica y política, el Estado propició un conjunto de medidas para neutralizar, bajo la premisa de la defensa social, ciertos desvíos comportamentales que se presentaban como amenazas. Se puede afirmar en el mismo sentido y a partir del estudio de las fuentes relevadas, que la noción de peligrosidad fue el elemento que permitió articular un conjunto de discursos médicos que en función del contexto sociopolítico, llegaron a

intervenir en varios espacios de la vida social. La clase obrera empobrecida (que nucleaba población migrante y nacional) estuvo en el foco de las medidas adoptadas. La ausencia de costumbres de trabajo, la vagancia, la mendicidad y el consumo de alcohol estuvieron entre las conductas sancionadas en el período. La minoridad infractora también fue considerada peligrosa, colocando el foco en aquellos menores abandonados por sus padres o que habitaban el espacio público. La mendicidad infantil y la fuga del sistema escolar fueron consideradas situaciones predelictuales. En este caso, la función estatal pareció articularse entre dos perspectivas, siendo «protectora de la niñez y preventiva de la criminalidad infantil» (Morás, 2012, p. 78).

De igual modo, las acciones preventivas encontraron un punto de apoyo en un Estado signado por la crisis económica, donde resultaba mucho más rentable «prevenir que curar los vicios sociales cuando ya es un hecho consumado». A este respecto, se amplía el control social sobre estas poblaciones «al definirse su universo de problemas como producto de un estado predelinuencial» (Morás, 2012, p. 79).

Por otra parte, si bien la tendencia punitiva hacia la vagancia, la mendicidad o el consumo de alcohol no se inicia en este período, se intensifica en él, bajo la promulgación de una serie de leyes entre 1932 y 1941 que, como se ha mencionado, buscaron caracterizar e intervenir sobre los individuos peligrosos.

La peligrosidad fue la noción a través de la cual se habilitaron prácticas de encierro y medidas de reeducación basadas en el criterio de defensa social y justificadas científicamente. En palabras del Foucault (2012, p. 258),

la noción de peligro se convierte en la noción necesaria para hacer pasar un hecho asistencial como un fenómeno de protección y permitir entonces que quienes estén encargados de la asistencia la acepten. El peligro es el elemento que tercia para permitir la puesta en marcha del procedimiento de internación y asistencia.

Como se muestra a lo largo del capítulo, en el contexto sociopolítico y normativo mencionado, la noción de peligrosidad criminal se articula con la de peligrosidad social, ambas entrelazadas en los discursos y prácticas que se implementaron en el período. La peligrosidad criminal puede definirse, básicamente, como la posibilidad que tiene un sujeto de cometer un delito. Desde sus orígenes, la psiquiatría fue llamada a determinar la peligrosidad de sujetos que, por su enfermedad mental, podrían ser sometidos a medidas curativas una vez que cometieron un delito. El cese de la medida implicó la

evaluación del estado peligroso a través de criterios clínicos basados en las clasificaciones de patologías psiquiátricas.

En un estudio reciente acerca de la forma en que la psiquiatría determina la peligrosidad, Silva (2014, p. 36) afirma que esta se presenta como una categoría instituida que articula el orden judicial penal y el psiquiátrico asistencial, y que en ambos campos esta noción está significada de maneras distintas. Afirma la autora que, en Uruguay, en la psiquiatría forense, «a la hora de tomar decisiones de orden técnico [...] parecerían subyacer representaciones de orden intuitivo (en términos de pensamiento cotidiano) que aluden a la construcción del par peligrosidad-enfermedad mental». Con base en testimonios de psiquiatras, especialistas de derecho penal y expedientes de pacientes judiciales, afirma que

el peligrosismo parecería ser una categoría que define ciertas representaciones sociales basadas en tipos de comportamientos, formas de vestir, incluso contextos barriales o de clase, sumado a categorizaciones dadas por diagnósticos médicos en los que la enfermedad mental ocupa un lugar histórico en los procesos de estigmatización. (Silva, 2014, p. 37)

Es así que, en la actualidad y lejos de utilizar protocolos para establecer la peligrosidad, esta se define por criterios basados en el diagnóstico de enfermedad mental, pero que se entrecruzan con elementos asociados a la familia, la trayectoria y el tipo de vida de la persona evaluada. En este grupo se incluirían hábitos tales como el consumo de drogas y alcohol, por ejemplo (Silva, 2014).

De lo analizado por Silva se desprende que, si bien la competencia de la psiquiatría es establecer y monitorear las medidas curativas, es al momento del egreso que se evalúa la peligrosidad y es en ese espacio en donde se entrecruzan la peligrosidad criminal - sobre la base de una patología- y la peligrosidad social, asociada a la incapacidad del individuo de adaptarse socialmente luego del egreso:

La peligrosidad como categoría instituida presente en la cotidianidad y en los actos más intuitivos, aun de los propios profesionales, define en los hechos la producción de diagnósticos, de decisiones y de actos judiciales. En su contenido de proyección futura, en su carga probabilística [...] parece desplegar un conjunto de representaciones también en términos probabilísticos de las consecuencias jurídicas de los actos de cualquiera de los técnicos actuantes. (Silva, 2014, p. 42)

Es posible rastrear trazos de origen de estas concepciones en las primeras décadas del siglo XX. La noción de peligrosidad social, si bien presente desde mediados del siglo XIX, se enfatiza en la década de 1930, teniendo como fuente el derecho penal. Fue Irureta Goyena, abogado penalista y redactor del Código Penal de 1934, quien afirmaba en su exposición de motivos del proyecto del Código:

Existe una peligrosidad sin delito, al lado de la peligrosidad con delito y sin culpabilidad. Es lo que se denomina estado peligroso y que, como inclinación natural a la delincuencia, refleja la psiquis de la hampa social, integrada por vagos, alcoholistas, viciosos, toxicómanos, exliberados, etcétera, etcétera. (Irureta Goyena citado en Rovira, 1960, p. 54)

El entramado normativo que se construyó en el período estuvo basado en leyes que intentaron reprimir a individuos que por sus características representaran un peligro social en función de sus conductas desviadas asociadas a las condiciones malsanas de existencia, propensión al consumo de alcohol o falta de hábitos de trabajo. Como consta en las fuentes, «actividades netamente antisociales como la vagancia, el alcoholismo, la toxicomanía, en una palabra, el vicio y la depravación moral en sus diversas manifestaciones» (Rovira, 1960, p. 52).

La caracterización de aquellos rasgos y conductas que evidenciaban indicios de peligrosidad fue una de las principales funciones que le fueron atribuidas a la psiquiatría. Esta, servida del marco normativo del período, intervino en la delimitación de perfiles de individuos peligrosos y combinó —como ya fue explicitado en el capítulo anterior—: elementos basados en la teoría lombrosiana, considerando los rasgos físicos que estarían delimitando la existencia de individuos ‘intrínsecamente peligrosos’; la degeneración, así como también se consideraron aquellas condiciones sociales que serían las causas de peligrosidad. Como se mostró, el estudio de la personalidad del delincuente cobró relevancia en el período: los hábitos, conductas y decisiones personales de los sujetos, vinculados a su biografía, fueron los rasgos distintivos de su peligrosidad. También, para caracterizar la peligrosidad sin delito se asoció la trayectoria del individuo, y esta abrió paso a un conjunto de intervenciones de tipo preventivas que apelaban a ciertas virtualidades del comportamiento.

En este capítulo se abordará el tema de la peligrosidad, su definición y la función socio-política que desempeñó, bajo el supuesto de que esta noción fue la articuladora entre modelos etiológicos y terapéuticos y que se constituyó como una pieza clave del

despliegue de estrategias biopolíticas más amplias. Se organiza en tres momentos: inicialmente, se delimita conceptualmente la noción de peligrosidad y su significación. En segundo lugar, se describe cómo esta se expresa en la tercera y cuarta década del siglo XX, con base en el marco jurídico de época y finalmente, se destaca la intervención de la medicina y la apelación a determinadas etiologías para caracterizar la peligrosidad.

3.1. La noción de individuo peligroso

Como fuera explicitado en el primer capítulo, la figura del *gran monstruo*, en la que se articuló crimen y locura fue la que generó en el aparato médico y el jurídico, las bases para la detección de signos y síntomas, hábitos y costumbres que pudieran alertar sobre la existencia de individuos peligrosos. A partir de los grandes crímenes es que se estructuró el problema central: ¿existen individuos intrínsecamente peligrosos? ¿Cómo se los puede reconocer y cómo conviene reaccionar en su presencia? (Foucault, 1992).

Hacia fines del siglo XIX, las nociones de la bacteriología se trasladaron a la comprensión y el abordaje de la conducta criminal: esta perspectiva implicaba, «primero, descubrir el microbio del crimen -de ahí la concentración en las características anatómicas y psicológicas- y, segundo, determinar cuáles son los elementos existentes en aquel medio que exacerban su nocividad o contribuyen para ella» (Harris, 1993, p. 112).⁶¹

Todo un aparato discursivo se montó en torno a la detección de la peligrosidad, principalmente a través de las escuelas de criminología italiana y francesa. Como ya fuera mencionado, es a través de Morel y la teoría de la degeneración que se vislumbró un punto de inflexión al momento de poner en discusión la influencia de las condiciones de vida y los hábitos que afectan la raza o la degeneran, y que podían ser peligrosas. La existencia de indicadores objetivos para vincular locos, criminales y prostitutas con antecedentes familiares, con el ambiente o con la ingesta de alimentos y bebidas brindó un sustento empírico a la hora de determinar acciones preventivas.

Hacia 1876, Cesare Lombroso afirmó que los criminales poseían una serie de rasgos físicos y comportamentales característicos, que los hacían distinguibles del resto de los sujetos «normales» (por ejemplo, asimetría facial, maxilares grandes o insensibilidad al

61 Traducción propia del original.

dolor, comportamiento antisocial). Con esos rasgos «objetivos y empíricos» se intentó construir un criterio científico para la detección del criminal nato. En Francia, la criminología que surgió en aquel país alrededor de 1880 no adhirió directamente a la figura del criminal nato por considerarla reduccionista. Imbuidos en la teoría de la degeneración, consideraron que una compleja combinación de factores hereditarios y ambientales generaba un individuo que acumulaba un «capital hereditario enfermo» proclive a su extinción. La escuela francesa se dedicó a «identificar el individuo peligroso identificando una serie de síntomas competidores, y a veces ocultos, morales, sociales y físicos» (Harris, 1993, p. 97).⁶²

Otras concepciones dialogaron con la figura del criminal nato y la degeneración. Por ejemplo, Enrico Ferri, si bien cercano a Lombroso, generó una versión más social del fenómeno de la delincuencia, defendiendo una postura más moderada que la del radicalismo lombrosiano. Por su parte, la postura francesa fue más sociológica que la italiana, y consideró al sujeto criminal como producto de «una interacción constante entre agentes patológicos y las susceptibles condiciones ambientales» (Harris, 1993, p. 100).⁶³ Pese a ello, la preocupación por definir tipologías de estados mentales y físicos que predisponían al individuo al crimen se mantenía intacta.

Según Harris (1993), se tejió «una mitología de las clases peligrosas» de carácter cambiante según las circunstancias sociopolíticas, en las que se combinaron las condiciones ambientales y factores sociales que predisponían a la conducta criminal, tales como el clima, la pobreza, la educación y la profesión.

La peligrosidad puede analizarse bajo la lente de la medicalización, en la medida en que esta noción permite articular discursos médicos sobre la locura y la criminalidad que trascienden la inimputabilidad. Esta noción se delimitó a través de complejos mecanismos de colaboración entre el saber médico y la institución judicial, que se encargaron de definir si determinados sujetos poseían o no una «personalidad criminal» (Foucault, 1992; Harris, 1993). La peligrosidad, como noción, permite articular al menos dos funciones de la psiquiatría: la función pericial, que inscribe al saber médico en la determinación de peligrosidad criminal, y su función de árbitros de la vida social, dado que a través de la determinación de la peligrosidad social, el saber médico se inserta en otros campos no médicos.

62 Traducción propia del original.

63 Traducción propia del original.

En una de las fuentes consultadas que refiere a las leyes de la década de 1930, la peligrosidad social se definió para aquellos individuos que:

no han cometido delitos todavía, ofrecen no obstante, por su conducta, por la clase de vida que llevan, por las relaciones o ambientes que frecuentan, etcétera, y que hace que presenten caracteres claramente antisociales, que los colocan al borde del delito, en las antecámaras del delito, una indudable peligrosidad social, como presuntos o indudables futuros, próximos y probables delincuentes. (Rovira, 1960, p. 51)

Esta afirmación ilustra la concepción que se tenía de la peligrosidad en las primeras décadas del siglo XX. Muestra que esta noción es de carácter polisémico: articula el discurso psiquiátrico, el jurídico y el institucional. La asociación entre locura y peligrosidad crea y articula dispositivos de encierro tendientes a asegurar la defensa social, «por ello, la evaluación de la criminalidad social se convierte en un instrumento que pretende establecer los riesgos y diagnosticar las virtualidades del comportamiento» (Mantilla, 2010, p. 117). Vinculado a su función pericial, la psiquiatría se encargó de determinar el grado de peligrosidad de un sujeto, así como establecer dispositivos de reclusión para evitar el retorno prematuro del individuo a la sociedad, ante la posibilidad de poner en peligro la integridad de alguno de sus miembros.

Se podría considerar que en psiquiatría el peligro se presenta cuando un sujeto con enfermedad mental es susceptible de realizar un acto imprevisible y violento. Como apunta Castel (1986), la noción de peligrosidad es paradójica, pues solo se afirma en la medida en que el hecho se ha efectivizado. Mientras tanto, un sujeto es peligroso bajo una previsión, un dato aleatorio fundado en la presencia de una serie de factores valorados como factibles de ocasionar el hecho indeseable: «Hablando con precisión solo existen imputaciones de peligrosidad, es decir, la hipótesis de que existe una relación más o menos probable, entre tales o cuales síntomas actuales, y tal o cual acto futuro» (Castel, 1986, p. 222).

La imprecisión de esta noción hace que la imputación de peligrosidad pertenezca al sujeto como una cualidad intrínseca, existiendo en él la amenaza de un comportamiento indeseable futuro. Ante ello, la medicina desarrolló estrategias destinadas a actuar para prevenir, anticiparse antes que determinados comportamientos se manifiesten. En tal sentido, una de las preocupaciones de los médicos en el período que se estudia fue descubrir aquellos indicios de conducta criminal en el futuro, de prevenir a partir de un

tipo de evidencia que se basó en determinadas teorías que proporcionaron un fundamento conceptual para la construcción del individuo peligroso.

3.2. Antecedentes de la intervención de la medicina en la caracterización de las clases peligrosas en Uruguay

El criterio de determinación de la peligrosidad criminal está fundado en el delito cometido por un individuo pero, como fue desarrollado en otros momentos de esta tesis, la determinación de la peligrosidad fue trasladándose paulatinamente a la figura del criminal. El hecho delictivo en sí fue perdiendo relevancia y se optó por fundar la pena en la ‘peligrosidad demostrada’, basada en otros indicadores.

Como fuera explicitado en el primer capítulo, a partir de la segunda década del siglo XX se tejió un entramado normativo e institucional que permitió que la peligrosidad se instalara socialmente, vinculando conductas problemáticas a la peligrosidad. La medicina intervino en su caracterización y participó en el diagnóstico de aquellos individuos con conductas que podían atentar contra el orden social, el trabajo o la moral. La peligrosidad no emergió exclusivamente en este período y es posible rastrear sus antecedentes desde fines del siglo XIX. El estudio de estos antecedentes permitirá constatar regularidades, así como destacar las particularidades del período que se estudia en esta tesis.

Se intenta mostrar, en las páginas que siguen, que a medida que avanzó el siglo XX, la peligrosidad de un individuo se determinó, cada vez más, sobre el estudio de su personalidad y principalmente, de su biografía.

Las primeras formas de intervención médica en la caracterización de ciertos sectores de la población como peligrosos comenzaron a finales de la segunda década del siglo XIX. La policía, cuerpo creado en Uruguay en 1826, cumplió funciones sanitarias y de allí se desprende la creación de la figura del médico de policía. Las funciones de estos médicos fueron delimitándose cada vez más y en esa delimitación encontramos que parte de sus funciones se asocian, ya desde fines del siglo XIX, a la figura del individuo peligroso y tienden a su caracterización. El médico de policía se presentaba como una ‘tercera figura’ al servicio tanto de la policía como del juez. Entre 1827 y 1879, las actividades de esta figura fueron delimitadas en reglamentos internos en donde se hizo referencia a su función pericial, la cual incluía el reconocimiento de lesionados y la determinación

de su gravedad e imposibilidad para el trabajo, la autopsia para aquellos casos de muerte con evidencia criminal, la certificación de enterramiento para las muertes sin asistencia facultativa y «el reconocimiento de vagos y enajenados» (Soiza Larrosa, 2002, p. 665).

A partir del gobierno de Lorenzo Latorre⁶⁴ fueron establecidas con mayor precisión las funciones de los médicos de policía, debiendo «pasar visita a los presos en dependencias policiales, expedir certificados luego de reconocimiento de lesiones y realizar las autopsias ordenadas por la policía o por el juez» (Soiza Larrosa, 2002, p. 665). Por ejemplo, con relación a la vagancia, la primera disposición regulatoria es del 25 de enero de 1827, que buscó reprimir la vagancia, la mendicidad y la ebriedad. En el artículo 31 de este reglamento se enuncia que «los vagos serán conocidos por el médico de policía y los que resulten inútiles para el servicio de las armas, serán destinados a los trabajos públicos por cuatro meses» (Soiza Larrosa, 2002, p. 665).

Otro decreto significativo fue el de fecha 14 de agosto de 1829 con relación a la vagancia rural, el cual exigía contratos de trabajo para aquellos peones rurales a efectos de no reportarlos como vagos. De igual modo y a efectos de regularizar la circulación de personas en el medio rural, el 15 de noviembre de 1865 se dictó otra circular para realizar un registro general de todos los peones y trabajadores a nivel departamental.

En el Reglamento Interno de la Jefatura Política y de Policía del Departamento de Montevideo de 1877, se detallan las funciones del médico de policía, entre las que se destaca «la información sanitaria de la ciudad de forma mensual, proponiendo medidas profilácticas; visita mensual de cárceles [...] y casas de prostitución; estadística de hechos violentos con heridas o muertes; inspección de conventillos y boticas» (Soiza Larrosa, 2002, p. 666).

El 15 de julio de 1882 se aprobó la ley de vagancia, Ley 1.582, que declaró la alarma que representan los vagos en campaña, ya que «tienen en constante alarma a los hacendados, porque viven a costa de estos, exponiéndolos a cada momento a peligros personales» (Soiza Larrosa, 2002, p. 666).

Por su parte, en la Guía Policial de la Jefatura de Policía de Montevideo de 1883, aprobada por el presidente Máximo Santos (1882-1886), también se instó a los médicos de policía al reconocimiento de mendigos, vagos y dementes. Con respecto a los

64 El gobierno militar de Lorenzo Latorre (1876-1880) sentó las bases para la centralización política y territorial del Uruguay, proceso que contribuyó de forma determinante para la modernización del país.

primeros, «el médico debía informar si eran inhábiles para el trabajo» siendo conducidos al Asilo de Mendigos de la Unión o «presentaban lesiones de tipo contagioso», y en ese caso debían ser conducidos a la Comisión de Caridad para su asistencia. Si no presentaban causa para mendigar, serían pasados a juez por considerarse ‘vagos’: «La vagancia fue considerada una causa de peligrosidad predelictual, lo que explica la intervención judicial» (Soiza Larrosa, 2002, p. 667).

Es a partir del Código de Instrucción Criminal de 1878 que los médicos de policía fueron expresamente encargados de asesorar a los jueces frente a determinados actos y a expedirse respecto de la peligrosidad. La modernización empujó el fenómeno de la vagancia a la ciudad, lo que convirtió el problema en un fenómeno eminentemente urbano (Ortega y Beltrán, 2017).

En cuanto a la peligrosidad asociada a la locura, también existen antecedentes. Desde 1880, año de fundación del Manicomio nacional, se asistió a un aumento de la población internada producto de la migración interna del medio rural a la ciudad y la mirada sobre la vagancia como una conducta peligrosa. La mirada sobre la peligrosidad recayó entonces en «los desocupados o los hombres libres de la campaña» que podían resultar peligrosos «en la medida en que se podían convertir en la base de las huestes caudillescas que destruían alambres y consumían animales de forma indiscriminada o en hombres que asaltaban las estancias para robar y matar» (Duffau, 2019, p. 33). La mirada fue hacia aquellas poblaciones pobres que, sin incurrir en delitos, carecían de vivienda o trabajo y que fueron objeto de persecución y encierro. Migrantes pobres, tanto nacionales como extranjeros, parecieron ser las poblaciones sobre las que se fue ubicando la peligrosidad y por los que se generaron serios problemas en el Manicomio, producto de la convivencia con ‘criminales alienados’ (Duffau, 2019).

Enrique Castro, quien manifestara ya hacia fines del siglo XIX la necesidad de una ley para regular la asistencia a los alienados, fundamentaba que esto respondía a una necesidad de defensa social puesto que el alienado es «un ser no solo extra social, sino antisocial y por lo tanto peligroso» (Castro citado en Duffau, 2019, p. 52).

Aquellos individuos que atentaran contra «el orden, la moral y las buenas costumbres» también fueron objeto de la acción de la policía, que solía enviarlos al hospital, no discriminando verdaderamente entre alienados y quienes corrompían el orden público. A fines de la primera década del siglo XX, la psiquiatría comenzó a diferenciar y dividir aquellos individuos violentos de aquellos que no lo eran y a aplicar medidas:

los enfermos psiquiátricos comenzaron a ser considerados sujetos peligrosos y su control se tornó imprescindible. Esto permitió que la psiquiatría se presentara no solo como una rama de la medicina, sino como una empresa de protección social. La internación o el seguimiento de los enfermos no era solo un problema de asistencia, sino también de protección social. Contener, aislar y asistir fueron tres de los pilares que sustentaron el poder psiquiátrico. (Duffau, 2019, p. 144)

3.3. La caracterización de la peligrosidad en el marco normativo entre 1930 y 1942

Como fuera anticipado en el primer capítulo, un denso entramado normativo e institucional fue creado entre 1932 y 1941, hecho que fortaleció la intervención de la psiquiatría en el gobierno de la peligrosidad. Concretamente se promulgaron leyes que regularon la inmigración (Ley 8.889 y Ley 9.604, de 1932 y 1936 respectivamente), el Código Penal de 1934, Ley 10.071 referida a la peligrosidad sin delito y la ley del psicópata (Ley 9.581) de 1936. Se profundizará sobre sus contenidos y aplicación, y la intervención médica al respecto de la definición de la peligrosidad.

3.4. Migración y peligrosidad

La ley de inmigración (Ley 2.096) promulgada el 19 de julio de 1890, es considerada como la primera ley que buscó regular el ingreso de extranjeros al país (Porzecanski, 2011). El espíritu de la reglamentación fue cubrir el déficit poblacional principalmente en las zonas rurales y fomentar el trabajo agrícola. En su artículo 7 expresa una política que podría considerarse abierta respecto de los extranjeros, marcada fuertemente por la capacidad de trabajo:

Considérase inmigrante para los efectos de esta ley, a todo extranjero honesto y apto para el trabajo, que se traslade a la República Oriental del Uruguay en buque de vapor o de vela con pasaje de segunda o tercera clase y con ánimo de fijar en ella su residencia. (Ley 2.096, de 1890, artículo 7)

Pese a ello, esta ley estableció restricciones para aquellos que eran enfermos de mal contagioso, mendigos e «individuos que por vicio orgánico o defecto físico [fueran] absolutamente inhábiles para el trabajo, [...] la inmigración asiática y africana y la de los individuos conocidos con el nombre de zíngaros o bohemios» (Artículos 26 y 27, Ley 2096, 1890). Para Acerenza (2005, p. 60), esta ley

marca el comienzo del control estatal de la inmigración, que hasta entonces carecía de una normativa establecida que definiera las reglas de juego tanto para las autoridades de inmigración, como para las empresas navieras o para los extranjeros que llegaban al país en busca de mejor fortuna.

Las restricciones establecidas, según la autora, tienen fuertes connotaciones raciales puesto que, mediante la prohibición del ingreso de «negros y amarillos», se estaría preservando al país de la influencia de «razas inferiores» (Acerenza, 2005, p. 63).

No fue sino hasta la década de 1930 que las restricciones para los migrantes tendrán cambios. La Ley 8.889 del 19 de julio de 1932 establece cómo se realizará la fiscalización de la entrada y de la permanencia de determinados extranjeros en el país. La ley expresa en su artículo 1 que no se aceptará la entrada al país (aunque posean carta de ciudadanía legal) a quienes hayan sido condenados por delitos en su país de origen o en otro cualquiera y a

los maleantes, y vagos, los toxicómanos y ebrios consuetudinarios. Los expulsados de cualquier país en virtud de leyes de seguridad pública o en virtud de decreto administrativo autorizado por la ley de la nación, con excepción de aquellos cuya expulsión respondiera a motivos políticos y cuando a juicio de la autoridad judicial competente el expulsado ofrezca en la República un carácter especial de peligrosidad. (Ley 8.889 de 1932, artículo 1)

Establece que los toxicómanos y ebrios consuetudinarios serán sometidos previamente a un examen médico. Además, todo extranjero con menos de tres años de residencia en el país y que hubiere cometido delito fuera del país será expulsado del territorio nacional, aunque posea carta de ciudadanía nacional. Establece además que no serán admitidos quienes posean defectos físicos o vicios orgánicos congénitos o adquiridos que interfieran en su capacidad general de trabajo; quienes padezcan enfermedades mentales, enfermedades crónicas de los centros nerviosos, enfermedades agudas o crónicas infecto-contagiosas, enfermedades orgánicas del corazón o sean epilépticos, los toxicómanos y ebrios consuetudinarios, los mendigos y todas aquellas personas cuyo estado de salud los imposibilite permanentemente para dedicarse a tareas que requieran esfuerzos físicos. Los médicos del servicio público, designados por el Poder Ejecutivo, serán quienes reconozcan a los inmigrantes (Ley 8.889, artículo 9).

La Ley 9.604 del 13 de octubre de 1936 mantiene el espíritu de la antes mencionada y establece modificaciones. Prevé la no admisión de personas que no posean certificado

consular que acredite estar desvinculado de «toda especie de organismos sociales o políticos que por medio de la violencia tiendan a destruir las bases fundamentales de la nacionalidad». También prevé que quienes «no tengan una industria, profesión, arte o recursos que les permitan, conjuntamente con sus familiares, vivir en el país por sus propios medios, sin constituir una carga social», tampoco podrán ingresar al país (Ley 9.604, de 1936, artículo 1, inciso d.).

En noviembre de 1937 se emite un decreto presidencial en donde se reafirma la necesidad de tomar todas las medidas necesarias para impedir la entrada de cierta inmigración, considerando,

la urgencia que existe en evitar, de conformidad con el estatuto legal vigente sobre inmigración, que se incorporen al país extranjeros calificados como indeseables [...] realizando así la legítima defensa del trabajo nacional, en cada rama de la actividad [...]; considerando: la conveniencia fundada en razones de defensa social, de protección del trabajo y de economía nacional, que induce a la reglamentación estricta de las leyes de Inmigración, especialmente la de 1936, con rigurosa fidelidad a su letra y a su espíritu. (Facal, 2002, p. 178).

El nacionalismo de la década de 1930 propiciado por el golpe de Estado de Terra, sumado a la crisis económica, hizo que surgieran este tipo de leyes restrictivas hacia determinados grupos de inmigrantes. Se destaca al respecto tres elementos centrales para la caracterización de la ‘inmigración indeseada’: los portadores de vicios sociales tales como el consumo de alcohol; los enfermos considerados inhábiles para el trabajo, o los que aún con posibilidades de trabajar no lo hacían (vagos y mendigos); los enfermos mentales, epilépticos y enfermos nerviosos; y, finalmente, los involucrados en organizaciones políticas (Ortega, Beltrán, Mitjavila, 2018).

3.5. El Código Penal de 1934: peligrosidad y defensa social

El Código penal data de 1934 y determina qué conductas son delito y cuál es la sanción establecida. Fue redactado por el abogado penalista Irureta Goyena. Recibe la influencia del código español y del Código italiano de 1930:

Irureta Goyena se identificaba con la vertiente sociológico-jurídica de la Escuela positiva y, dentro de ella, concretamente con la preconizada Defensa social [...] Por ello, en su Exposición de Motivos del proyecto de Código, el redactor hizo expresa mención a la Defensa social. El prominente penalista compatriota efectuó

un trabajo de orden ecléctico y de Política criminal, siguiendo el proyecto presentado por Alfredo Rocco en Italia (que databa de 1930 y entró en vigor en 1931). (Aller, 2008, p. 4)

Así lo expresó el propio redactor del código ante el Colegio de Abogados: plantea que «estrictamente no se ajusta a los principios de la Escuela Clásica, ni a los de la Escuela Positiva: es un trabajo de Política criminal, inspirado en las exigencias de la defensa social». (Irureta Goyena citado en Rovira, 1960, p. 36)

Como fue mencionado en el primer capítulo, la peligrosidad del delincuente y el criterio de defensa social fueron los ejes articuladores del referido código. Al respecto, Irureta Goyena expresó que la función represiva es una función de defensa social y que, siguiendo ese criterio, «resulta lógicamente inoficiosa la distinción entre sujetos punibles y no punibles, siempre que sea necesario defenderse de su conducta en la sociedad». Continúa mencionando que el delito se produce a veces por un daño y otras por el peligro de un daño: «En determinadas circunstancias el daño resulta de tal manera inherente al delito que el legislador se conforma con el peligro para admitir la existencia del delito» (Irureta Goyena citado en Rovira, 1960, p. 37).

En relación con la intervención médica, el artículo 30 prevé la declaración de inimputabilidad por locura para aquellos delitos en los que,

en el momento que ejecuta el acto por enfermedad física o psíquica, constitucional o adquirida, o por intoxicación, se hallare en tal estado de perturbación moral, que no fuere capaz o solo lo fuere parcialmente, de apreciar el carácter ilícito del mismo, o de determinarse según su verdadera apreciación. Esta disposición es aplicable al que se hallare en el estado de espíritu en ella previsto, por influjo del sueño natural o del hipnótico. (Código Penal, Ley 9.155, de 1934, artículo 30)

La inimputabilidad también aplica para quien cometa un acto en estado de embriaguez «siempre que esta fuere completa y estuviere determinada por fuerza mayor o caso fortuito», según establece el uno de sus artículos (Código Penal, Ley 9.155, de 1934, artículo 31).

La intervención médica se estipuló también para atender a las situaciones de ebriedad habitual y alcoholismo, los cuales serán internados en un asilo. La ley estipula que «Se considera ebrio habitual el que se embriaga periódicamente y en ese estado comete delito o provoca escándalo, tornándose peligroso». Se declara como ‘alcoholista’ «al que por la costumbre de ingerir alcohol, sin llegar a la embriaguez, hubiera cometido el

hecho en el estado previsto en el artículo 30 del Código» (Código Penal, Ley 9.155, de 1934, artículo 30)

3.6. La peligrosidad sin delito: la caracterización de ‘estados peligrosos’

El 22 de octubre de 1941 se aprobó la Ley 10.071 para la caracterización de estados peligrosos, reglamentándose el 21 de enero de 1942. La ley prevé cuáles son estos estados, cuáles las medidas a ser aplicadas, tanto las de seguridad como las correctivas, y quiénes se encargarían de su aplicación y en qué tipo de dispositivos. En su artículo primero, informa que

podrán ser declarados en estado peligroso las personas de ambos sexos, mayores de 21 años, comprendidas en las categorías que enuncia el artículo 2, cuando su conducta y su estado psicológico y moral, anteriores y actuales, evidencie que representan un peligro social. (Ley 10.071, de 1941, artículo 1)

Esas conductas referidas son la vagancia y la ociosidad; la mendicidad en lugares públicos o aquellos que vivan de la mendicidad ajena; los ebrios y toxicómanos habituales «que se embriaguen o intoxiquen en lugares públicos, y aun en lugares privados cuando —en ese estado— alteren el orden y constituyan un peligro para los demás»; los proxenetas; «los que observen conducta reveladora de inclinación al delito, manifestada por el trato asiduo y sin causa justificada, de delincuentes y personas de mal vivir, o por frecuentación —en las mismas condiciones— de lugares donde aquellos se reúnan» y, finalmente, aquellos portadores de falsa identidad. Todos estos estados fueron caracterizados como predelictuales por esta legislación y considerados como casos de estado peligroso (Ortega y Beltrán, 2019).

En una interpretación de la ley se plantea que la peligrosidad sin delito puede ser observada en aquellos individuos que ofrecen «por su conducta, por la clase de vida que llevan, por las relaciones o ambientes que frecuentan» y porque presentan «caracteres claramente antisociales que los colocan al borde del delito» pueden ser caracterizados «como presuntos o indudables futuros, próximos y probables delincuentes» (Rovira, 1960, p. 51).

En la aplicación de la ley debe «perfilarse una inclinación, una tendencia o propensión al delito; tendencia que ha de quedar en evidencia por una u otra de estas manifestaciones». Según Rovira (1960, p. 209), las circunstancias mencionadas son «un

estado propicio para que prenda y cunda en él el mal ejemplo, florezca el vicio o haga eclosión el delito que la atmósfera de esos ambientes exhala e irradia».

La norma es ambigua en cuanto a las conductas ‘inclinadas hacia el delito’ y por el trato con personas ‘de mal vivir’ o lugares asociados a estas. Esta consideración abre un abanico de posibilidades de juzgar la peligrosidad de un sujeto, remitiendo a pautas morales para su categorización.

Con relación a la vagancia, fue interpretada en el período como:

la condición propia de aquel que pudiendo materialmente trabajar porque su estado físico y mental y las condiciones del ambiente se lo permiten, y careciendo de medios lícitos de subsistencia, no trabaja, se dedica a la inactividad o, como dice la ley, a la ociosidad. (Rovira, 1960, p. 128)

La ley buscó ser preventiva, de defensa y se complementa con otro propósito: «rescatar para la sociedad, para el trabajo, para la labor útil y fecunda, al sujeto que ha dado muestras de peligrosidad con su conducta desviada, con su comportamiento descarriado, inmoral o vicioso, con su vida parasitaria o improductiva» (Rovira, 1960, p. 92).

La ebriedad y la ‘toxicomanía’ fueron consagradas en esta ley como categorías especiales de estado peligroso. En particular, el 11 de setiembre de 1937 se promulgó la ley especial represiva de la toxicomanía y del tráfico de estupefacientes, Ley 9.692, a través de la cual se establecieron medidas de internación para aquellos toxicómanos que mediante examen médico, así lo requieran. La internación del individuo sería de un mínimo de dos meses y de un máximo de dos años, y para la salida del recluso se solicitaría la autorización del juez bajo sugerencia del informe del médico jefe del servicio y del inspector de psicópatas (Rovira, 1960).

Siguiendo con la Ley 10.071, en el artículo 7 se expresa que las medidas de seguridad se aplicarán «según la índole personal de peligro de los sujetos comprendidos en el artículo segundo y que el régimen administrativo de las medidas de seguridad estará a cargo de la Dirección General de Institutos Penales». Respecto de quienes aplicarán las medidas y declarar el estado peligroso, se consagra la autoridad jurídica por sobre la médica:

Serán competentes para declarar el estado peligroso sin delito y aplicar las medidas de seguridad instituidas por la presente ley, los Jueces Letrados de Instrucción, en

el Departamento de la Capital, y los Jueces Letrados de Primera Instancia en los del interior y litoral. (Ley 10.071, de 1941, artículo 13)

En el artículo 19 se expresa la intervención médica a pedido expreso del juez

sobre el estado físico o mental del presunto peligroso, su capacidad o inhabilitación para el trabajo, o sobre las causas fisiológicas o psíquicas que han determinado su estado, solicitará el dictamen del Servicio de Clasificación y Estudios Médico-Criminológico, de la Dirección General de Institutos Penales en el Departamento de Montevideo y, en los Departamentos del interior y litoral, designará dos médicos de la localidad, al mismo efecto. (Ley 10.071, de 1941, artículo 19)

El procedimiento de aplicación de la ley se viabilizó a través de un interrogatorio sobre los términos de la denuncia, en donde el individuo debía dar cuenta de su «identidad, estado, profesión y, circunstancialmente, sobre su manera y medios de vida durante los dos últimos años» y con base en el interrogatorio y en la ‘confesión’ del denunciado es que se decretan las medidas a adoptar» (Ley 10.071, de 1941, artículo 17).

Finalmente, al dictar sentencia el juez «deberá consignar los hechos que resulten probados y las circunstancias reveladoras de peligrosidad que concurren, definiendo — según los casos— la categoría peligrosa del sujeto, y ordenando la medida o medidas de seguridad que le sean aplicables» (Ley 10.071, de 1941, artículo 22).

En los artículos 26, 27 y 30 se aclara que será el juez quien determine el cese de las medidas adoptadas, a pedido del imputado, basado en «nuevos elementos de juicio que suministre la observación y estudio del declarado en estado peligroso» y con un informe de la Dirección de la Escuela Correctiva de Inadaptados sobre la conducta y estado de los declarados peligrosos, el interrogatorio de estos por el magistrado y los dictámenes fundados del Servicio de Clasificación y Estudios Médico-Criminológico y del Laboratorio Psicotécnico de la Dirección General de Institutos Penales.

3.7. La ley de psicópatas de 1936 y la percepción de la peligrosidad

En esta ley no se explicita claramente qué se entiende por peligrosidad. En el artículo 10 se expresa que los establecimientos psiquiátricos deben ser mixtos y tener un servicio abierto y otro cerrado. Para aquellos servicios abiertos, es decir, donde se asisten pacientes internados por su propia voluntad, se prevé el ingreso con las condiciones establecidas «y que no presenten manifestaciones antisociales o signos de peligrosidad».

Sin embargo, para los servicios cerrados, en donde ingresen personas contra su voluntad o por orden judicial o policial, se admitirán «en estado de peligrosidad o con manifestaciones antisociales». El artículo 11, por su parte, indica que cuando el médico deba realizar el tratamiento en domicilio, lo hará por medidas de restricción de la libertad solicitadas por el tratamiento «o por sus reacciones antisociales» (Ley 9.581, de 1936, artículo 11).

Por su parte, en el artículo 16, se define que ante el ingreso de enfermos de forma voluntaria que presenten «signos de pérdida de la libre determinación de su voluntad y de la autocrítica de su estado morbosos, o manifestaciones de auto o heteropeligrosidad» promoverá, en acuerdo con la familia, la extensión de certificados por parte del médico correspondiente, tal cual se estipula en el artículo 15, informando debidamente al inspector general de psicópatas.

En cuanto a la «admisión urgente por disposición policial con fines de observación del presunto enfermo», esta solo podrá efectuarse «en los casos de alienación mental que comprometa el orden público». Esta será dispuesta por orden policial y cuando a juicio del médico el enfermo

se halle en estado de peligrosidad para sí o para los demás, o cuando a consecuencia de la enfermedad psíquica haya peligro inminente para la tranquilidad, la moral pública, la seguridad o la propiedad pública o privada, incluso del propio enfermo. (Ley 9.581, de 1936, artículo 20)

El artículo 21 prevé la atención para enfermos mentales en caso de indigencia «cuya psicosis exija por su peligrosidad un rápido ingreso en un establecimiento psiquiátrico». Respecto del ingreso forzoso, el artículo 24 prevé que «toda persona mayor de edad y de conocimiento de la respectiva autoridad o judicial» podrá solicitar el ingreso de un enfermo mental a un establecimiento. En caso de «notoria urgencia por inmediata peligrosidad» se podría efectivizar el ingreso del enfermo por indicación policial sin informe previo, dando cuenta posteriormente al inspector general de psicópatas y al juez respectivo. El artículo 26 prevé que para

quienes tengan potestad sobre un enfermo psíquico peligroso y aún los guardadores de hecho que, a pesar de los consejos médicos no hayan tomado las medidas de previsión correspondientes (internamiento, vigilancia particular), son responsables civilmente de las acciones delictivas del enfermo contra la vida y bienes de terceros.

Respecto a la cesación de peligrosidad, el artículo 29 prevé que para los enfermos ingresados voluntariamente o por indicación médica o por disposición policial para los que se hayan adoptado medidas restrictivas de su libertad, será dado de alta «solamente cuando a juicio del médico que lo asiste hayan perdido su peligrosidad».

En esta ley, la peligrosidad está asociada a conductas antisociales vinculadas a violar el orden o la moral pública, la seguridad y propiedad pública y privada (Ortega y Beltrán, 2019).

3.8. Etiología de la peligrosidad: las explicaciones de la psiquiatría nacional

En las páginas que siguen se expone cómo se interpretó la peligrosidad sobre la base de determinadas patologías, es decir, qué etiologías fueron utilizadas para explicar la peligrosidad o qué alienados eran considerados los más peligrosos. Tal como se explicitó en el segundo capítulo de este trabajo, es posible afirmar que, a partir de la década de 1930, aproximadamente, las explicaciones acerca de la peligrosidad, las formas de detectarla y de prevenirla se inclinaron a la personalidad, asociada esta a la biografía del individuo. La teoría de la degeneración y la criminología positivista de Lombroso no fueron totalmente abandonadas al referirse al individuo peligroso, pero se evidencian indicios de un modelo centrado cada vez más en la biografía del sujeto, siempre considerando su medio social. A continuación, se hará un recorrido por las principales expresiones de esta forma de caracterizar la peligrosidad en Uruguay.

3.8.1. Degeneración y peligrosidad «por ausencia de moral»: el caso de los débiles mentales

Uno de los perfiles que más llevó a la psiquiatría a asociar patología y peligrosidad fue a través del diagnóstico de debilidad mental. La debilidad mental fue una de las enfermedades psiquiátricas más comunes y la que más se relacionaba con la noción de degeneración, por su carácter hereditario. La debilidad mental fue caracterizada como una condición en que el individuo no desarrolló sus capacidades intelectivas, es decir, nunca poseyó la inteligencia (Duffau, 2019).

No solo preocupaba su condición hereditaria sino que, según Etchepare (1913, p. 191) «la debilidad mental es fuente copiosa de criminalidad y locura». Uno de los síntomas que muestra la relación de la debilidad mental con el crimen es la falta de sensibilidad

física y moral. Por este mismo motivo, los débiles mentales carecían de nociones claras con respecto a lo que representaba un peligro o no, y eso mismo los tornaba peligrosos por tener «la ignorancia del peligro o del obstáculo».

La presencia de niños con ‘imbecilidad’ o ‘idiocia’ se evidenció en el manicomio, así como el estudio de estos para su posible corrección. El problema de la debilidad mental fue la incapacidad de estos individuos de entender y aceptar la autoridad. Aquellos individuos con «carencias intelectuales» se destacaban por su peligrosidad, puesto que podrían convertirse en grandes mitómanos, con capacidad para elaborar «las mentiras más extrañas, amplificando todo sin medida; a veces con el simple deseo de glorificarse o de asombrar» (Etchepare, 1913, p. 192).

Plantea Foucault (2012, p. 260) que a través de la «estigmatización del idiota» se pudo actuar en un amplio abanico de ‘anormalidades’ de la conducta vinculadas a las «perversiones de los instintos: ladrones, mentirosos, onanistas, pederastas, incendiarios, destructores, homicidas, envenenadores, etcétera».

La psiquiatría local explicó que por esa misma falta de comprensión de la realidad es que se tornaban rebeldes a la autoridad, incapaces de mantener toda relación de jerarquía. Constató que estos habitaban el espacio público y «en las calles y plazas encabezan bandadas de pilluelos y vagos, en los asilos organizan insubordinaciones y fugas, en las escuelas son la desesperación de los maestros con el doble motivo de su indisciplina y del mal ejemplo» (Etchepare, 1913, p. 193).

Para Etchepare, la debilidad mental no podía considerarse estrictamente un tipo de locura, sino un estado particular de alienación. De esa condición, Etchepare afirmó que podían estar en conflicto con la sociedad debido a su condición de desapego con la realidad. Las causas de la debilidad mental, como en otras enfermedades, combina en términos etiológicos los factores hereditarios asociados a la degeneración con los factores familiares y educativos. Tanto por herencia de los antepasados como por enfermedades en la infancia de la persona que la padece, se podría llegar a la debilidad mental. El tipo de alimentación, por ausencia o por mala calidad de esta, también podía generar que el desarrollo de la inteligencia fuera obturado.

Un informe del psiquiatra Ventura Darder (1936, pp. 26-33) resulta ilustrativo de las concepciones acerca de la debilidad mental y de la conducta ante este tipo de patología. Se trata de una pericia que a pedido de las autoridades de la Colonia de alienados es

realizada ante una denuncia de violación hecha por dos internas. Si bien aquí no se describe un acto criminal ni una pericia para declarar la inimputabilidad, sí es ilustrativo de cómo estos individuos fueron portadores de algunas características que los tornaban peligrosos. El informe que se citará reúne la debilidad mental con la mitomanía, rasgo peculiar que para los psiquiatras representaba un gran problema a la hora de confiar en el testimonio de individuos con esta condición. La pericia se realiza, en primer lugar, describiendo los antecedentes vinculados a los rasgos degenerativos: «El padre vive, es alcoholista. La madre murió de un ataque al corazón. Tiene tres hermanos aparentemente sanos». Agrega además que «ella fue criada en casa de una familia honorable de Colonia». Fue ingresada al Hospital Vilardebó a raíz de un embarazo producto de «un desliz amoroso» y de ahí a las Colonias con el diagnóstico ya mencionado. Sigue el examen médico psicológico en donde destaca que la paciente es «de pequeña estatura, de frente estrecha, surcando a menudo su rostro con una sonrisa negada y pueril, recuerda al tipo de los degenerados de Magnan». Del interrogatorio «psicológico», el médico encuentra que su facultad autopsíquica está conservada y que tiene ciertas dificultades en la orientación en el tiempo y espacio. Pese a estas características, afirma que la paciente «sostiene una irrefrenable inclinación a la mentira, a la intriga». A ello agrega que «constatamos una insuficiencia psíquica congénita, una tendencia a la mentira, si que también una desviación de los apetitos y los instintos, que se ponen de manifiesto en su exagerada sensualidad». El psiquiatra explica que «en los sujetos anormales la actividad mítica es puesta al servicio de tendencias viciosas [...] manifestándose como un modo especial de actividad intelectual dirigidas por sentimientos patológicos». Para el médico, esto representa «un arma de guerra tanto más temible, cuanto mayor sea el nivel intelectual del sujeto». A este diagnóstico de mitomanía, agrega que la mujer era «sumamente sugestionable». De la otra persona que realiza la acusación, el médico destaca similares características: «Mezcla mentiras, fábulas tontas. Es sugestionable. Es una débil mental sin carácter [...] No creo en una locura moral». Para la resolución del caso, el testimonio de estas internas carece de valor testimonial y «en ningún caso para deducir de ellas una prueba decisiva de culpabilidad».

Otra arista de este diagnóstico refiere a la asociación entre vagancia y debilidad mental. La vagancia era para Etchepare (1913, p. 208) un tipo de debilidad mental, debido a que el deseo de vagancia «denota una notable inestabilidad mental que se traduce por la

misma inestabilidad corporal, el grado más ligero consistiendo en el deseo continuo de cambiar de sitio para cambiar de ocupación y el grado más elevado por la vagancia».

La detección de la debilidad mental a edades tempranas fue clave para desarrollar medidas correctivas oportunas. En ese sentido, el niño fue concebido como una retrospectiva de las anomalías en la vida adulta. Es a través del ‘niño anormal’ que el ejercicio del poder psiquiátrico en el siglo XIX se hizo evidente (Foucault, 2012). Veremos en el último capítulo de este trabajo, cómo este punto fue uno de los focos de interés de los médicos en el período estudiado, lo que se evidenció a través de la elaboración de diagnósticos a ser aplicados principalmente en el espacio educativo.

Según la mirada del psiquiatra, la familia cumplía también un rol fundamental a la hora del desarrollo de estados de debilidad mental, puesto que al ofrecer un ambiente ‘desequilibrado’ no permitía organizar el carácter del niño:

El hogar de una familia desequilibrada, que ofrece sus penosos espectáculos de reyertas, de exaltaciones o discusiones, etcétera, no es el más propicio para organizar debidamente el carácter de un niño nervioso. Al contrario, es la prosecución acumulada de la tara nerviosa hereditaria. (Etchepare, 1913, p. 218)

Como se expresó en el capítulo anterior, sobre la noción de degeneración se estructuraron gran parte de las explicaciones del crimen, la locura y la peligrosidad. Las biografías personales y la constitución de ‘familias degeneradas’ se consideraron como los dos grandes elementos por medio de los cuales se caracterizaron los estados peligrosos (Duffau, 2013). Con base en la degeneración, se tomaron los ascendientes familiares que explicaban el conjunto de anomalías personales: «si la anomalía conduce a la locura y la locura produce anomalía, es sin duda porque ya estamos dentro de ese soporte colectivo que es la familia» (Foucault, 2012, p. 263).

Las personas maniáticas también fueron destacadas por su peligrosidad. Hacia fines del siglo XIX «el maniático pasó a ser el prototipo de enfermo psiquiátrico peligroso, ya que, como ocurría, podía protagonizar hechos de violencia e, incluso, generar la disyuntiva sobre su paradero: la cárcel o el manicomio» (Duffau, 2019, p. 133). La ‘impulsión violenta’ era la característica de estos individuos, que mismo siendo conscientes de sus actos no podían resistirse a cometer actos criminales. Por ejemplo, en un caso citado por Duffau (2019, p. 133), un individuo con una «manía de las persecuciones» fue llevado a cometer crímenes. Nuevamente la familia, en una combinación con factores hereditarios, explicaría los desbordes maniáticos de quienes

cometían actos violentos: «Los componentes hereditarios se combinaban con el espacio social que compartían los enfermos que se comunicaban la psicopatía» (Duffau, 2019, p. 134).

3.8.2. La imprevisibilidad del comportamiento: epilepsia, parálisis, demencia y peligrosidad

Fue gracias al médico Adolphe Brunel⁶⁵ que la epilepsia fue introducida como enfermedad en Uruguay, a finales del siglo XIX. Los epilépticos eran considerados «irritables, coléricos, insociables» presentando en su conducta «anomalías y extravagancias». Para este médico, esta enfermedad los hacía proclives a las «monomanías que siguen a los accesos epilépticos o que alternan con ellos y que llevan a los enfermos a los actos más violentos y muchas veces mismo peligrosos» (Brunel citado en Duffau, 2019, p. 118).

Es justamente el estado de turbación de la crisis o mismo fuera de ella lo que los hace tendientes a «toda clase de actos violentos, como el suicidio, el robo, el incendio y el homicidio». Para aquellos epilépticos que eran enviados al manicomio fue necesario considerar medidas represivas puesto que, como afirmaron los médicos Juan Hégu y Pedro Visca en 1896, «padecen por lo general de manía impulsiva, en cuyo caso se tornan peligrosos, y requiere suma vigilancia y la aplicación de medios represivos» (Hégu y Visca citados en Duffau, 2019, p. 118).

La imprevisibilidad del comportamiento de un individuo que padecía epilepsia llevó a considerar la posibilidad de contar con un pabellón aparte para separarlos de los demás alienados e incluso de sus familias y de la sociedad. La variante ‘epilepsia psíquica’, revestía especial peligrosidad, puesto que «se manifiesta por estallidos bruscos de excitación, que van de la manía simple a la manía furiosa, con o sin depresión consecutiva, y con impulsiones violentas e irreprimibles» (Rossi citado en Duffau, 2019, p. 119).

Las parálisis no fueron directamente asociadas con la peligrosidad en el discurso médico, aunque se incluyó la pérdida de emotividad y de afectividad como rasgo de

65 Adolphe Brunel (1810-1871) fue un médico francés radicado en Uruguay desde 1842. Tuvo una actuación destacada como cirujano en el Hospital de la Legión Francesa y en el Hospital de Caridad en Montevideo. En mayo de 1865 fue nombrado miembro de la Junta de Higiene y ejerció su presidencia desde junio de 1868 hasta julio de 1870. Una de sus obras más significativas fue «Consideraciones sobre higiene y observaciones relativas a la de Montevideo» editada en 1862 (Visca, 1980).

estas enfermedades. Este cuadro se acompañaba con una ausencia de moralidad, conciencia sobre su situación y pérdida de autocrítica. Un tipo de parálisis denominada por Etchepare como ‘demencia paralítica’ estaba constituida por un cuadro de euforia, optimismo exagerado, megalomanía «con ideas de grandeza, ideas de poder, ideas de divinidad, el sujeto creyéndose un Dios con poder ilimitado» (Etchepare citado en Duffau, 2019, p. 121).

La demencia también tuvo su relación con la peligrosidad. Según Etchepare, especialmente la demencia precoz no presentaba lesiones orgánicas o manifestaciones de otras enfermedades psiquiátricas, pero se mostraban alteraciones en la afectividad o cambios en su conducta habitual. Por detrás de esas alteraciones y según Etchepare aparecían reacciones que solían ser criminales.

3.8.3. La introducción de la histeria y su relación con la peligrosidad

La idea de histeria fue utilizada por la novel psiquiatría, incorporando elementos de la psicología que despertó mayor interés entre los médicos en el período. La histeria afectaba al sistema nervioso y su origen era atribuido a diversas causas. Tal fue la denominación del médico Juan Carlos Dighiero, en 1906, marcando que su origen puede ser por «traumatismos, infecciones, intoxicaciones, emociones, etcétera» (Dighiero citado en Duffau, 2019, p. 126). Las manifestaciones de la histeria podían ser variadas e iban desde parálisis o ceguera temporales, períodos de disociación con la realidad o estados de excitación generalizados. La idea de sugestionabilidad en la etiología de la histeria estuvo presente entre los psiquiatras del período, situada especialmente en las mujeres. La asociación entre histeria y peligrosidad se centró en la idea de que el ‘ataque histérico’ podía provocar perturbaciones al orden público, momento que implicaba falta de consciencia de su comportamiento u olvido de lo sucedido. Como se ha mencionado en el capítulo anterior, la familia, la educación, el medioambiente, el ejemplo de los padres y el alcoholismo fueron factores considerados para entender la etiología de la histeria. Cabe pensar, en este sentido, que ambientes considerados ‘enfermos’ asociados a los ‘vicios sociales’ como el alcoholismo o la prostitución, podían explicar la histeria.

3.8.4. El biotipo criminal y su peligrosidad

Como se mencionó en el capítulo anterior, en 1936, José María Estapé realiza una clasificación del biotipo criminal, utilizando como base la categorización de Enrico Ferri y Garófalo. De las categorías establecidas, está presente la peligrosidad, de manera latente o manifiesta.

En la criminaloidía, se expresa como un “estado de peligrosidad latente” (Estapé, 1936, p. 11).

En la criminalomanía, se manifiesta mediante una crisis producida por factores múltiples, exógenos y endógenos, «que llevarían al predelincuente a cometer un atentado contra las personas, contra la propiedad, contra el Estado o contra el pudor».

Finalmente, la criminalofrenia o ‘locura criminal’ se destaca por «un índice de peligrosidad máximo, mediano o mínimo, con un tipo de criminalidad grande, mediana o pequeña y con un carácter antisocial que les corresponde paralelamente» (Estapé, 1936, p. 11).

3.8.5. Los perversos morales: lo constitucional y el estudio de los «antecedentes personales»

El ya mencionado psiquiatra Antonio Sicco se expresó así con relación a los perversos:

A la vez se reconoce su elevado potencial delictivo y se le considera un sujeto ‘peligroso’ que debe ser retenido mayor tiempo, en un establecimiento especial que trate de ‘regenerarlo’ y prepararlo para una mejor adaptación social. En consecuencia, se le impone una pena y se toman medidas de seguridad con propósito correctivo. (Sicco, 1948, p. 229)

Se detalla en el texto de Sicco un caso de un individuo ‘perverso moral’ que cometiera varios actos delictivos (agresiones y hurtos varios) y fuera recluido de forma alternada en el hospital Vilardebó y en la cárcel. De la pericia que se le practica se destaca el estudio de los antecedentes familiares y los antecedentes personales, los cuales refieren a las enfermedades familiares, filiación y costumbres de la familia de origen. Respecto de los antecedentes personales, refieren a la biografía del imputado, trayectoria educativa, laboral y vida amorosa. Del examen somático se destaca que se trata de

un adulto joven de raza negra, con buen estado general y de nutrición y marcado desarrollo muscular. Pigmentación oscura, buen desarrollo óseo, manos y pies

grandes, cráneo pequeño, cubierto con pelo motoso, nariz ancha y plana, boca grande y labios gruesos. (Sicco, 1948, p. 232)

Los test que se le aplican evidencian «un claro estado de depresión, dependiente de un factor genotípico, quizá racial, una agresividad constitucional y pronunciada: su hostilidad frente al mundo se resuelve fácilmente y con rapidez en actos violentos y cualquier ambiente es propicio para esas reacciones» (Sicco, 1948, p. 233).

Las consideraciones finales respecto del imputado fueron las siguientes:

A. G., adulto joven de raza negra, sin trastornos somáticos, con la mentalidad de un adulto inferior inculto, producto de una serie de circunstancias desfavorables que han determinado y moldeado su personalidad: raza, hogar mal constituido, analfabetismo, educación descuidada y mala, ambientes perniciosos de gentes de mal vivir, tahúres, pervertidos, delincuentes, pseudo-deportistas, es portador de un conjunto de síntomas, resultante de la convergencia de esos factores que constituyen la llamada constitución o personalidad perversa, es decir, una perversidad por tendencia, que consiste fundamentalmente en una alteración instintivo-afectiva, con ausencia de normas ético-sociales [...] El conflicto con las normas de conducta corriente pone de manifiesto en A.G. el carácter propio del temperamento de este tipo de individuos: «amoralidad, inafectividad, inadaptabilidad, impulsividad». (Sicco, 1948, pp. 234-235)

Se sostuvo en páginas anteriores que el estudio de la personalidad y la biografía del individuo fue determinante para la construcción de la peligrosidad. La detección de rasgos físicos que determinaron que ciertos individuos fueron catalogados como intrínsecamente peligrosos, fueron dando paso a elementos vinculados a la biografía del sujeto y a su personalidad. La degeneración, como ya fuera explicitado, continuó explicando gran parte de la conducta criminal y la peligrosidad.

Tal es el ejemplo del caso de S. P. P (1946), para el que se solicita el dictamen médico para la decisión del destino de ese individuo. La imputación es por «estado de vagancia, mendicidad y ebriedad recalcitrantes, en grado difícilmente separables, y pequeños hurtos para subsistir, cual es común en muchos casos de vagancia» (citado en Rovira, 1960, p. 234). Se menciona que «luego de un detenido estudio de los antecedentes hereditarios y personales y de un examen somático-clínico y psíquico, que el denunciado es un inadaptado, mentalmente normal, que por ser alcoholista en estado de perversión necesita ser reeducado en un establecimiento especializado». Sigue la

deliberación declarando que, «de conformidad con los hechos probados, S. P. P. debe ser declarado en estado peligroso pues se trata de un sujeto vago, mendigo y ebrio habitual, que por sus antecedentes de conducta y estado psicológico y moral evidencia un notorio peligro social» (citado en Rovira, 1960, p. 235). El destino del individuo finalmente fue el Hospital Vilardebó, dado que las faltas cometidas «son consecuencia de su alcoholismo en estado de perversión, como con toda justeza lo clasifica el señor Médico jefe del Instituto de Criminología». Se le sometió a «aislamiento curativo hasta su total curación» (citado en Rovira, 1960, p. 235).

En otro particular caso de vagancia de junio de 1947, se puede observar cómo se apela a la biografía del sujeto para explicar la condición actual que le fue imputada. Se trata de un hombre joven de iniciales A. R. T. denunciado por su madre «por malos tratos, con el fin de atemorizarla para que no le exija que salga a trabajar, pues solo desea vivir a expensas de sus trabajos de lavandera» (citado en Rovira, 1960, pp. 237-238). En el expediente consta un informe médico a efectos de expedirse sobre si padece una enfermedad que lo inhabilite para el trabajo. El médico se expresa así:

Se trata de un hombre, raza blanca, que representa tener menos edad de la que declaró, 27 años. Buen aspecto exterior, habitus estético, tímido. Es hijo natural, criado en medio no familiar, dice haber ido seis años al colegio, pero apenas sabe leer y escribir. Indudablemente ha vivido en un estado de abandono moral, pero no tiene estigmas de vicioso o degenerado. (Citado en Rovira, 1960, p. 239)

Luego de escuchar las explicaciones del denunciado, el médico afirma que «se trata de un débil mental, pues en él se revela claramente la incapacidad, por debilidad de espíritu y por la pobreza de ideas de trabajar solo y de sostenerse a sí mismo». Agrega finalmente que: «las condiciones morales en que vive el examinado, son malas e inadecuadas a sus posibilidades» y que convendría «para mejorar sus posibilidades, internarlo en un establecimiento de reeducación» (citado en Rovira, 1960, p. 239). Recabando el juez nuevos testimonios, afirma que,

T. no es, sino que se hace el loco, pues cuando la autoridad lo habría obligado o la necesidad lo acucia sabe perfectamente salir a la búsqueda de su pan [...] es un ser que necesita el amparo tutelar del Estado para su reeducación y posterior rectificación de rumbos [...] un infeliz abandonado moral [...] un abandonado moral es todo presunto peligroso. (Citado en Rovira, 1960, p. 241)

La sentencia final fue que «A. R. T. no es [una persona] demente o loca y que se han probado los hechos que la definen dentro de la categoría peligrosa». El destino de este individuo fue «la aplicación de medidas de seguridad educativo-preventivas por el lapso indeterminado de uno a cinco años, debiendo internársele a tal efecto en la Escuela Correctiva de Inadaptados» (citado en Rovira, 1960, p. 244).

En marzo de 1936, el psiquiatra Camilo Paysée realizó un informe médico legal por reconocido caso de parricidio de la maestra Iris Cabezudo, extensamente documentado en Capurro y Nin (1995) y retomado posteriormente por Contreras y Pérez (2000) y por Vomero y Beltrán (2022).

Para realizar la pericia, se considera que por lo sobresaliente del caso, el médico procedió a «innúmeros exámenes a la Sta. [sic], por los interrogatorios a su Sra. Madre y a sus dos hermanos». Se ha estudiado también «el ambiente familiar de la víctima y victimario» conviviendo con la familia «por largos períodos» (Paysée, 1936, p. 35).

El acto pericial recaba todo tipo de información:

la actividad cotidiana [sic] anterior de la señorita, tanto en lo manual como en lo mental, revisando con escrupulosa atención el material de sus lecturas, las fuentes de sus ocupaciones como estudiante [...] y los mil y un detalles de su vida en acción [...] sus preocupaciones, de sus funcionalidades intelecto-afectivas, de sus comportamientos familiar y social, etcétera. (Paysée, 1936, p. 38)

La primera referencia es a la víctima. De las preguntas realizadas a los familiares se desprenden características personales del individuo tales como «era un carácter cruel, ensañado», «vanidoso», «ególatra», «era un mal padre», «era orgulloso, carente de personalidad, era de completa falta de control, era vanidoso, era una extraña, era un loco, pero además se hacía el loco» (Paysée, 1936, p. 39). Igual testimonio aporta la esposa de la víctima: «era un violento, un impaciente, un ofensivo en todo momento. Lleno de despotismo, de intransigencia, exigía que se cumpliera de continuo su voluntad» (Paysée, 1936, p. 39). Se destacan otros rasgos de la víctima que van en la misma línea y que abonan la idea de un hombre celoso y violento en el ámbito familiar. El médico llega a la conclusión que el individuo «era un paranoico» (Paysée, 1936, p. 40). Se basan para ello en las características descritas por sus familiares: «el orgullo desmedido», «su susceptibilidad», «su inadaptabilidad». La autora del homicidio, una estudiante de magisterio es considerada ‘normal’. Afirma el psiquiatra: «Es difícil concebir con su edad mayor empeño, mayor dedicación para la acción ajustada,

prudente, plena de seriedad y de ponderación». Luego de revisar hasta sus anotaciones personales y sus trabajos manuales, informan que ello revela «un espíritu de orden, de prolijidad, de trabajo asiduo y empeñoso». Luego de un minucioso estudio y de las propias declaraciones de la imputada, llegan a la conclusión de que el amor desmedido hacia su madre provocó un «arraigado complejo materno» que derivó en un «complejo anti-padre» y que «X mató por tal exceso de amor materno». Esta voluntad, según el médico, se gestó desde la infancia de forma «lenta y continuadamente, pues, evoca recuerdos desde su edad de 3 años, sentimientos adversos y hostiles hacia el padre» (Paysée, 1936, p. 47). El psiquiatra arribó al diagnóstico de ‘psicosis pasional sin delirio’ a la que arribó el psiquiatra. Diremos tan solo aquí que el «estudio psicoanalítico de la personalidad del criminal» es lo que primó en el informe legal, pese a que la explicación combinó elementos de la personalidad con aquellos elementos medioambientales.

En lo que respecta a peligrosidad, el psiquiatra se pregunta: «¿Existe estado peligroso, peligrosidad, temibilidad en la señorita X?» (Paysée, 1936, p. 65). Constata dificultades a la hora de pronunciarse, por lo impreciso del término, pero recurre a una fórmula que considera pertinente: «Si el Derecho penal a una vieja fórmula médica ‘no hay enfermedades, hay enfermos’, ha yuxtapuesto su postulado ‘no hay delitos, sino delincuentes’, puede aseverarse que su aplicación más directa debe producirse en el tópico que nos ocupa». Afirma entonces que «el estado peligroso, del mismo modo que la capacidad y la responsabilidad, es, nítidamente, problema de psicología o psicopatología. La individualización de la peligrosidad, la tipificación del estado peligroso, es de conceptos psicológicos» (Paysée, 1936, p. 65).

Para declarar la peligrosidad el psiquiatra consideró «los caracteres genealógicos» tales como «la vida anterior, la herencia»; los «caracterológicos, en su relación tal vez estrecha con las glándulas incretorias», «su estructura [sic] ética» y los «factores ambientales». Concluye que «la vida anterior de X aleja de toda presunción de peligrosidad», ya que, afirman, estaba dedicada a las labores del hogar, estudios y demás componentes ajustados «a la ejecución de sus deberes y trabajos». La herencia, según el médico «en su sector materno, influirá en todo momento en la vida anímica de X». Por su parte, «los factores caracterológicos [sic] y la extructra [sic] de la señorita no pudieron, al parecer, ser descartados del delito producido [...] impulsada por un estado de desarmonía psíquica». El médico valoró el testimonio de arrepentimiento, ya

que «fue la principal detractora de su delito y la primera en repudiarlo conscientemente». Finalmente, sugiere la medida de libertad vigilada «de continuo controlada y dirigida, por un educador comprensivo y eficiente» (Paysée, 1936, pp. 66-68).

El caso de Iris Cabezado y específicamente la determinación de su peligrosidad, tuvo un giro en 1957, donde, internada a expensas del entonces reconocido psiquiatra Isidro Más de Ayala y con una pericia de Brito Del Pino, fue considerada peligrosa debido a su «personalidad paranoica», aun sin existir elementos de conductas agresivas que fuesen probatorias de esa peligrosidad (Vomero y Beltrán, 2022, p. 160).

En el caso de un hombre de 35 años de iniciales H. O. F. R., quien fuera condenado por agresiones a una mujer, jefa de su concubina, se le practicaron pericias sociales, psicológicas y médicas a efectos de evaluar la peligrosidad del sujeto ante una solicitud de libertad anticipada. En el informe de servicio social se destacan varios aspectos de su biografía, como por ejemplo que «concurrió a escuela primaria y desde los 8 años trabaja con su padre», que viajaba a Buenos Aires en repetidas ocasiones por cuestiones de trabajo y que siempre consideró que gran parte de los problemas familiares eran por el mal carácter de su padre, quien era «en exceso rigorista en sus costumbres y en la disciplina que quiere imponer a su familia». De este hombre se destaca también que es locuaz en su discurso, y que «ha estado dos veces en el Hospital Vilardebó por un lapso de tres meses», pero no aclara la razón. Se establece también que, con base en lo declarado por el sujeto, este se iría a Fray Bentos, donde residía parte de su familia, en caso de recuperar la libertad. En resumen, dice el perito: «Salvo lo que establezcan otros sectores del Instituto, no parece por ahora peligroso ni que esté dispuesto a reincidir [...] hecha esa salvedad, aconsejamos su libertad».

En cuanto al informe psicotécnico, también redundante en datos de su infancia referidos a los años escolares, y luego se centra en la vida laboral del individuo, que se destaca por lo inestable, ya que desde los 21 años viajó a Buenos Aires en repetidas ocasiones. El propio sujeto debe aclarar que esta inestabilidad en cuanto a actividad y residencia «ha tenido un sentido de familia y no de placer». En este acto pericial se analiza su capacidad de organizar el pensamiento y también, así como en el informe social, la proyección que el individuo tiene si recupera su libertad. El perito sugiere que «sin duda que F. R. podría reintegrarse a la sociedad con evidentes probabilidades de poder

enfrentar sus problemas y el de sus familiares sin tropiezos. Por todo ello, considérase oportuna la libertad anticipada que hoy solicita».

El informe médico psiquiátrico expresa claramente una definición bien diferente. Comienza a evaluar similares elementos: «Se presenta lúcido, correcto, expansivo para hablar lo que se le pregunta de su vida personal anterior. Evidencia una buena capacidad intelectual de nivel mediano, sin signos de desintegración mental».

Considerando que el delito cometido da cuenta del nivel de peligrosidad, el psiquiatra menciona que «al explicar los pormenores de su delito se ponen en evidencia ciertos rasgos de personalidad de indudable importancia para comprender la génesis de su reacción delictiva y para fundamentar el índice de su peligrosidad actual». El psiquiatra llega a la conclusión de que el interrogado «posee los caracteres propios de la personalidad paranoica». La desconfianza del individuo frente a su concubina, que lo llevó a actuar agrediendo a otra mujer, fue la principal característica de su personalidad: «No es posible dudar que H. O. F. R. es un interpretador paranoico y que en la génesis de su reacción delictiva intervino esta característica fundamental de su personalidad». Refiere a la supuesta homosexualidad del condenado y que eso le trajo conflictos internos que lo llevaron al delito cometido: «Ello nos hace pensar que su conflictiva homosexual latente hace crisis periódicamente y transforma sus percepciones de la realidad en verdaderas interpretaciones delirantes». El médico concluye que la causa del delito está íntimamente ligada a las características de su personalidad y que consideran al individuo ‘peligroso’ y no se aconseja su libertad anticipada.

La dirección resuelve sobre este caso retomando los informes periciales y considerando la conducta delictiva, los rasgos esquemáticos y predominantes de su personalidad, la etiopatología, el índice de peligrosidad, el grado de recuperabilidad y la conducta intercarcelaria. En el ítem referido a la peligrosidad, se recupera especialmente que el individuo estuvo internado en el Hospital Vilardebó y se llega a la resolución de que «se trata de un elemento peligroso». Se concluye de este extenso documento que el caso se resuelve considerando principalmente la pericia médico psiquiátrica sobre la base de una explicación de personalidad paranoide, dejando otros factores de índole social que se entiende daban cuenta de la posibilidad de reinserción del individuo ante una posible liberación.

3.9. Estrategias de gobierno de la peligrosidad criminal

Como fuera estudiado a partir de las fuentes relevadas y de la normativa de época, el encierro y la ejecución de medidas curativas a partir de la peligrosidad, fue una de las decisiones que involucraron a médicos y abogados en la primera mitad del siglo XX. El manicomio fue concebido como lugar de encierro para aquellos individuos que fueron categorizados como peligrosos, sean diagnosticados como locos o no (Duffau, 2019).

Irureta Goyena estableció en el Código varios tipos de medidas de seguridad, las cuales subrogan en algunos casos a las penas o en otros se agregan a ellas. Afirmó que «la sociedad se defiende por medio de la pena, y de la medida de seguridad, exigiendo para la primera la comprobación, y bastando para la segunda la existencia del peligro» (Irureta Goyena citado en Rovira, 1960, p. 39). Las medidas son curativas, educativas, preventivas y eliminativas.⁶⁶

Estableció que las medidas curativas se cumplirán en un asilo, y corresponde a los médicos determinar el tratamiento adecuado: «esa medida de curación, de tratamiento curativo verdaderamente, se deberá cumplir en un lugar adecuado para lograr la mejoría o curación total del enfermo, si ello fuera posible, en la actualidad en un establecimiento especial del manicomio ordinario, del Hospital Vilardebó, de acuerdo con el tratamiento que fijará la autoridad médica competente» (Rovira, 1960, p. 42).

Las medidas establecidas a partir de la ley 10.071 que reguló la peligrosidad sin delito fueron «medidas que se inspiran en una finalidad genérica de prevención, de evitación de daños o riesgos, de defensa contra males que se perciben y advierten como probables o inminentes» (Rovira, 1960, pp. 51-52). En términos operativos, ellas fueron: el internado en establecimientos de trabajo obligatorio, el aislamiento curativo, la declaración de domicilio o restricciones de residencia y la vigilancia de la autoridad. Respecto de esas medidas se afirmó que «tienen un paralelo entre el tratamiento del estado peligroso y las terapéuticas que emplean, con los enfermos, las ciencias médicas» (Rovira, 1960, p. 228).

66 Las medidas curativas son aplicables a los enfermos, alcoholistas, intoxicados con el uso de estupefacientes, declarados irresponsables y a los ebrios habituales; las educativas, a los menores de 18 años y a los sordomudos; las preventivas a los autores de delito imposible y de delitos putativos y provocado por la autoridad y las medidas eliminativas, a los delincuentes habituales a los homicidas que por la excepcional gravedad del hecho denuncien una gran peligrosidad (Rovira, 1960, p. 42).

Las primeras medidas incluyen la internación en establecimientos de trabajo obligatorio o llamadas también «casas de trabajo». Estas serán «por tiempo indeterminado, hasta que se hubiere constatado la curación» y «sometimiento a la vigilancia de la autoridad» (Ley 10.071, artículo 2). En los artículos 4 al 8 se establecen las características del régimen de internado y de reclusión. El primero será con fines correctivos y educativos y se realizará en «un establecimiento agro-industrial que se denominará Escuela Correctiva de Inadaptados». Para el caso de mujeres se llevará a cabo en el Establecimiento Correccional de Detención para Mujeres.

El cese de la internación depende de «si este se adaptó al trabajo y dio muestras de haberse enmendado». Las medidas aplicadas son también de corrección, para la «resocialización del individuo inadaptado, descarriado o peligroso. Siempre que esto sea posible», se tratará de incorporar en el individuo «hábitos regulares de conducta honesta, de laboriosidad, de separación y alejamiento de la holganza o del vicio» (Rovira, 1960, p. 93).

La segunda medida, el aislamiento curativo, fue de carácter indeterminado y estuvo destinada a enfermos, ebrios y toxicómanos «cuya salud física y mental ha sido quebrantada por el abuso del alcohol o de los estupefacientes». Esta medida se llevará a cabo en una dependencia del manicomio ordinario. El aislamiento se realizará en «una dependencia especial del manicomio ordinario, hasta tanto se halle habilitado el Hospital Psiquiátrico de la Colonia Educativa de Trabajo» (Ley 10.071, artículo 5).

Esta ley reunió medidas correctivas principalmente, y punitivas, con menor énfasis. La medida central fue la reclusión en establecimientos, primando el criterio de defensa social. La medicina funcionó como saber especializado, recurriendo la justicia en los casos en que necesitaba información complementaria. Así lo informa Rovira en su análisis del articulado de la ley: «en definitiva y en todo caso habrá de ser siempre el Juez quien determinará la existencia o no del estado peligroso de un individuo conforme a la ley» si este requiere «elementos de información sobre el estado físico o mental del presunto peligroso, su capacidad o inhabilitación para el trabajo, o sobre las causas fisiológicas o psíquicas que han determinado su estado, solicitará el dictamen del Servicio de Clasificación y Estudios Médico-Criminológicos de la Dirección General de Institutos Penales en Montevideo y en los Departamentos del interior y litoral, designará a dos médicos de la localidad, al mismo efecto, etcétera». La opinión especializada, «es

una garantía de mayor certeza para el juicio de peligrosidad judicial y, en definitiva, preventivo de errores» (Rovira, 1960, pp. 228-229).

En un lapso de dieciocho años, desde la promulgación de la ley hasta el 31 de diciembre de 1959, fueron declaradas peligrosas 145 personas. Predominan claramente los hombres (136) y los uruguayos (92). De los 46 extranjeros, predominan los españoles (11) y le siguen los chilenos (5) y los argentinos (4). En cuanto a las categorías predomina la vagancia (en 128 casos), combinada en 25 de esos casos con ebriedad y toxicomanía (Rovira, 1960). En cuanto a las medidas aplicadas predominan las de internamiento en establecimientos de trabajo obligatorio (93 de los 145 casos). Para el caso de «vagabundos con manifestaciones de perturbación o debilidad mental» (7 en total) se han aplicado también medidas de aislamiento curativo, del mismo modo que para 5 casos más en donde se constataron situaciones de vagancia con ebriedad y toxicomanía.

Respecto de las leyes de regulación de la inmigración del período, para la «expulsión de indeseables», entre 1932 y 1959 se procedió a la expulsión de 498 extranjeros. Es para destacar que el año 1933 fue el que registró más casos (133). En cuanto a las nacionalidades, predominan claramente los argentinos (218), y los chilenos y españoles (26 y 24 respectivamente). En 30 de esos casos no se especifica el motivo de la expulsión, siendo únicamente catalogados como ‘indeseables’.

La mendicidad de menores requirió de un tratamiento especial, en la medida en que se debía sancionar a los padres por abandono, pero a su vez imponiendo el criterio de defensa social para aquellos menores que cometieran delitos o estuvieran en actitud peligrosa. A tales efectos, y más allá de las disposiciones del Código del Niño, la detención de menores implicaría interrogatorios a efectos de determinar la edad del detenido y datos filiatorios, a la vez que se procuraba obtener la partida de nacimiento. Si la consecución de estos datos no fuera exitosa «el juez decretaría inmediatamente el examen pericial del imputado por el médico forense de turno de Montevideo y por el de servicio público en campaña» (Rovira, 1960, p. 167).

Como fue expresado en los capítulos precedentes y siguiendo la idea de Morás (2012), desde comienzos de siglo se articuló un discurso acerca de la delincuencia de niños y jóvenes, que estructuró una mirada de peligrosidad hacia esta población. Si bien el tratamiento de la infancia socialmente problemática —como forma anterior a la del «delincuente juvenil»— tiene en este trabajo un capítulo dedicado a ello, se expresa

aquí que la medicina previó formas de detección de la minoridad peligrosa a través de exhaustivos exámenes que llevarían a determinar las posibilidades de reeducación infantil. Entre otros aspectos se destaca la importancia de la extensa observación de este tipo de menores, en un régimen individual a los efectos de clasificación, para luego ser enviados a la institución que corresponda según su condición.

Importa subrayar aquí la colaboración entre medicina y derecho para la detección de los menores propensos a la delincuencia y considerados peligrosos: «La justicia daría amplia noticia al médico de los datos del sumario, para que este se enterara de la forma de delinquir del menor» (Carrere, 1927, p. 37). Se expresa también que «la necesidad de este estudio es urgente y manifiesta. En nuestro país, no existe. Corresponde a los médicos especialistas en psiquiatría mostrar la necesidad de esos estudios» (Carrere, 1927, p. 37). Se refiere a los estudios médico-pedagógicos (a los que haremos referencia en el último capítulo) pero se destaca aquí la apreciación del médico: «No es aún conocida en nuestro país, la alianza del médico y del educador, en la asistencia reformadora de los menores» (Carrere, 1927, p. 37).

Merecen destaque las apreciaciones de Ventura Darder al respecto de la elaboración de una ficha para alumnos de la colonia educacional. Entre las dimensiones a evaluar, sobre las que volveremos en el último capítulo, se destaca aquella que evalúa la adaptación social. Sin hacer una mención específica a la peligrosidad, es sin duda esta dimensión la que se destaca por sobre otras en relación con ese concepto, considerando, además, la fuerte asociación entre peligrosidad e incapacidad para asumir las normas sociales establecidas. Darder cita estudios acerca del fracaso en la vida laboral de personas adultas en talleres, fábricas y usinas, en el cual trató de indagar «el estado mental de los fallidos» (Darder, 1927a, p. 46). De los estudios realizados, citados por Darder, destaca que en todos ellos se establece una clasificación similar entre quienes han fracasado: «les faltan cualidades superiores de inteligencia, falta de autocrítica, no se conocen a sí mismos como tampoco conocen el mecanismo social» (Darder, 1927a, p. 47). Según él, el problema del fracaso «siempre es una alteración del carácter, de la autocrítica, del razonamiento, lo que acarrea la inadaptación» (Darder, 1927b, p. 119). Concluye que «el fracaso profesional de las personas normalmente inteligentes sería originado por alteraciones del carácter, de la moralidad, de la afectividad. Por este motivo creemos necesario, imprescindible, encarar el problema del examen de la afectividad» (Darder, 1927b, p. 120).

Darder enfatiza la necesidad de un examen afectivo en el niño, del que resaltamos el estudio preciso de sus tendencias o inclinaciones. Por ello, valora realizar «un examen afectivo y moral del niño, poniendo a disposición de los investigadores un medio que permita apreciar objetivamente» (Darder, 1927b, p. 120), lo que él llama «el conjunto de las inclinaciones, de los apetitos, de las necesidades [...] El elemento más sutil [...] el motor por excelencia de todo el aparato nervioso superior» (Darder, 1927b, p. 120).

De ahí en más, realiza un listado exhaustivo de las tendencias y del carácter a analizar, sobre las que volveremos en el último capítulo. Hace hincapié en el estudio del comportamiento y de la personalidad como elementos sustanciales para la detección de sujetos a futuro inclinados al delito, a lo que afirma: «Por este motivo me detendré en el estudio de las personalidades infantiles». Dentro del grupo de los niños, identifica que existe un conjunto heterogéneo compuesto por «débiles mentales» y otros «de inteligencia normal» y «en algunos casos, por otra parte raros, son verdaderamente geniales» (Darder, 1927b, p. 120). Concluye que

de ahí, de este grupo heterogéneo, surjan por un lado los espíritus geniales que más tarde descollarán en las artes y en las ciencias; y por otro lado los espíritus raquíuticos, que irán a engrosar la triste falange de las prostitutas, los delincuentes, los vagabundos, etcétera. (Darder, 1927b, p. 120)

De las dimensiones a evaluar emerge una clasificación sobre la que no se profundizará ahora, pero destacamos aquí que los mitómanos refieren especialmente por su tendencia al acto delictivo y por ende resulta un comportamiento considerado peligroso:

Unas veces lo hacen por vanidad, es el caso de los charlatanes fantásticos, de los autoacusadores criminales, que se atribuyen delitos imaginarios con el único fin de hacerse expectables; otras veces está en juego la malignidad son los pequeños acusadores criminales, los falsos niños mártires y otras veces la mitomanía toma su origen en ciertos bajos apetitos, por ejemplo la lascivia, dando nacimiento a esas historias de atentado contra el pudor. (Darder, 1927b, p. 122)

Revisten también características a ser atendidas por su peligrosidad, los perversos y los pervertidos sexuales: los primeros se caracterizan por la «dismoralidad, la inafectividad, la inadaptabilidad y la impulsividad». Afirma que «poseen un profundo egoísmo y una gran indiferencia con respecto al bien y al mal». Sostiene también que «estos casos francamente patológicos no tienen mayor interés para nosotros» (Darder, 1927b, p. 123). Es posible deducir que en estos individuos las posibilidades de adaptación

social fueran consideradas nulas y por ende no tenidos en cuenta en el proceso de detección por considerarlos irrecuperables. Con respecto a los pervertidos sexuales, el médico afirma que en la pubertad «la perversión sexual es un peligro». Citando el concepto de narcisismo de Freud, afirma que el desarrollo del autoerotismo debe ser debidamente encauzado hacia el heteroerotismo y al sexo para evitar «la influencia nociva del ejemplo perverso en la pubertad» (Darder, 1927b, p. 123).

3.9.1. Profilaxis y prevención del crimen

De las fuentes relevadas es posible sintetizar algunos aspectos que hacen a la prevención del crimen, mencionados por los psiquiatras del período. A partir del estudio de estas fuentes, se puede afirmar que hay consenso en que la prevención del crimen comienza en acciones en la infancia. Para Sicco (1948), especialmente en las personalidades psicopáticas, aquellas que están más vinculadas al crimen, la detección comienza en la infancia y se daría curso a un tratamiento completo: médico, psicológico, psiquiátrico, pedagógico y social.⁶⁷

Para los mayores o adolescentes que hayan cometido delitos,

existen instituciones médico-pedagógicas especializadas, generalmente colonias, que tienden a sustituir a los antiguos reformatorios del tipo de nuestro «Buen Pastor». Sin embargo, en cuanto a la reeducación en los adultos, cree que no se modifican las tendencias y que «el perverso reincide en la delincuencia no bien abandona el establecimiento. (Sicco, 1948, p. 227)

En el Boletín de Criminología y Ciencias afines (1936, p. 25) se publica un artículo, sin autor, acerca de los medios para la lucha contra la delincuencia. No se sabe con certeza qué nivel de aplicación llevaron estas medidas, pero sí habla de un verdadero programa de combate a la delincuencia a través del criterio de defensa social y, según lo expresa el artículo, «líneas de defensa médico-psico-social». En el artículo se abordan diversas dimensiones para la intervención en el combate a la delincuencia efectiva y un amplio abanico de acciones de tipo preventivas, con componentes eugenésicos. La primera línea de defensa «gira alrededor de un eje constituido por el Hogar y la Familia y sus satélites obligados, representados por la Tradición, la Patria y la Religión».

Para la primera «línea de defensa» cita los «sustitutivos y derivados penales de Ferri: combatir el analfabetismo, el alcoholismo y las toxicomanías, la miseria fisiológica y

67 Sobre la especificidad del tratamiento en la infancia, se trabajará en el capítulo 5 de esta tesis.

moral». Se deberá atender «la infancia anormal y la delincuencia juvenil» mediante, «cursos de instrucción y educación psico-sexuales. [...] combatir de una manera sistemática e implacable las enfermedades venéreo-sifilíticas, la tuberculosis y el cáncer». De este modo se evitaría «la degeneración física, intelectual y moral de nuestra raza, cuyos frutos malditos son: la Delincuencia, la Prostitución, la Locura y el Vagabundaje» (Boletín de Criminología y Ciencias afines, 1936, p. 25).

La segunda línea refiere al control de la inmigración, a la esterilización de los «grandes delincuentes» y la clasificación de delincuentes según su grado de reeducación y su peligrosidad en «delincuentes natos o constitucionales, delincuentes psicópatas, delincuentes habituales, delincuentes pasionales y delincuentes ocasionales» (Boletín de Criminología y Ciencias afines, 1936, p. 26).

El régimen penitenciario constará de «la disciplina, la instrucción y educación, el trabajo urbano y rural, la religión y la reeducación por el psico-análisis». A la vez que la disciplina, será implementada «la bondad persuasiva», el Derecho y la «Fuerza o sanción disciplinaria» (Boletín de Criminología y Ciencias afines, 1936, p. 26).

La tercera línea consiste en la «readaptación del delincuente al medio psico-físico-social» a través del Patronato de Encarcelados y Liberados y «el futuro Instituto de Readaptación Social» (Boletín de Criminología y Ciencias afines, 1936, p. 26).

La cuarta y última línea estará basada en «la colaboración médico-social, hacia el perfeccionamiento integral e indefinido de nuestra raza, mediante el esfuerzo sostenido, fecundo y convergente de la Nipiología, la Eugenesia y la Homicultura, orientadas por la Biotipología o Ciencia de lo Individual» (Boletín de Criminología y Ciencias afines, 1936, p. 27).

3.10. Debate acerca de la responsabilidad y la peligrosidad de los alienados

La relación entre la medicina y el campo del derecho penal tuvo como uno de sus ejes centrales las discusiones respecto de la noción de responsabilidad. Plantea Foucault (1992) que se produjo un cambio sustancial en esta relación: la vieja noción de responsabilidad estaba asociada a la imputación de un crimen a un sujeto libre, consciente, capaz de razonar las consecuencias del delito frente a la ley. Los casos de inimputabilidad referían a aquellos individuos con signos evidentes de alienación o pérdida de sus facultades intelectivas.

La responsabilidad moral del delincuente quedó atrapada en la dualidad responsabilidad- irresponsabilidad, y la psiquiatría ingresa para «administrar la prueba de la irresponsabilidad» en un determinado número de situaciones donde no existían indicios suficientes para caracterizar patológicamente el acto y que «castigar por falta de seguridad en la culpabilidad del procesado» (Campos, 1997, p. 53).

Entonces, frente a estos casos la noción de responsabilidad se transforma y no estará solo ligada a la forma de conciencia, sino a la inteligibilidad del acto en relación con la conducta, el carácter y los antecedentes del individuo: «Ese sujeto parecerá más responsable de su acto cuando esté ligado a él por una determinación psicológica» (Foucault, 1992, p. 250). La vieja noción de responsabilidad ya no fue suficiente para explicar este tipo de crímenes.

Las relaciones entre medicina y derecho en Europa encuentran en 1890 un punto de tensión: la escuela de antropología criminal propone abandonar la noción de responsabilidad y que la intervención penal se funde sobre el nivel de peligrosidad que un individuo represente para la sociedad. La pena, en consecuencia, no será una forma de castigo, sino un mecanismo de defensa social.

En este marco, Foucault (1992, p. 259) plantea que la figura del criminal nato no es más que alguien que en razón de un encadenamiento causal, difícil de reconstruir, se convierte en portador de un índice particularmente elevado de probabilidad criminal.

Del mismo modo que se puede determinar una responsabilidad civil sin establecer culpa, a partir únicamente del riesgo creado con el que hay que defenderse sin anularlo, del mismo modo se puede hacer responsable penalmente a un individuo sin tener que determinar si es libre y si hay culpa, ligando el acto cometido al riesgo de criminalidad constituido por su propia personalidad. Es responsable pues por su sola existencia engendra riesgo, incluso si no es culpable puesto que no ha elegido con completa libertad el mal en lugar del bien.

En Uruguay, el debate acerca de los locos-criminales involucró a médicos y abogados y giró en torno a dos asuntos: la interdicción civil de estos individuos y las competencias de estas profesiones al momento de declarar la imputabilidad y, como consecuencia, cuál sería el destino de estos. Desde inicios del siglo XIX comenzó la discusión sobre la imputabilidad de los enfermos psiquiátricos. Se destaca la existencia de dos corrientes: por un lado, que los locos no eran responsables de sus actos y quienes cometieron un delito debían ser eximidos de castigo, aunque no del encierro en el manicomio, y la otra

vertiente, insistió en que requerían el mismo tratamiento que cualquier otro criminal. Esta segunda posición operó en la Banda Oriental hasta mediados del siglo XIX (Duffau, 2015, 2019).

El Código penal de 1889, en su artículo 17 expresaba que estaba «exento de responsabilidad penal al loco o demente, a no ser que haya obrado en intervalo lúcido. Cuando el delito cometido ameritara «pena de muerte o penitenciaría» el «Juez decretará su reclusión en uno de los establecimientos destinados a los enfermos de aquella clase, del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo» (Duffau, 2019, p. 257).

Para Duffau (2019, p. 257), el código penal de 1889 resultó fundamental para el ascenso del poder psiquiátrico, pues la pericia médico-legal comenzó a ser cada vez más relevante en las causas penales. Hacia fines del siglo XIX, el debate sobre aquellos crímenes en los que se combinaba el crimen y la locura transitó por la necesidad de alcanzar un tratamiento para estos individuos, pero debía estar presente también el deber de castigar al que infringía la ley penal. Los psiquiatras insistieron en que quien cometía un delito y presentaba una patología debía ser considerado penalmente irresponsable. Sin embargo, no había acuerdo acerca del destino de los enfermos, siendo que, si eran conducidos al manicomio, este no tenía las normas de seguridad para evitar la fuga de los internos.

En la tesis del médico Enrique Castro⁶⁸ en 1898 se consagró la irresponsabilidad no solo a los «insanos», «dementes completos» o «idiotas profundos», sino que se pudo extender

el campo y amparar no solo las monomanías, como lo locura moral o de los actos, la locura sin delirio, los trastornos y otras muchas de las variedad del rico y variado cuadro de la degeneración hereditaria tal como la conciben los alienistas contemporáneos. (Castro citado en Duffau, 2019, p. 265)

Las tres doctrinas respecto de la irresponsabilidad referían a la irresponsabilidad completa, la parcial y la alternada. A comienzos del siglo XX se admitía como solución la irresponsabilidad completa, pero a veces el psiquiatra pedía la irresponsabilidad parcial, en los casos en que el alienado «podía distinguir el bien del mal» pero no tenía

⁶⁸ Enrique Castro, en 1899 en su tesis de grado *Legislación sobre alienados* intentó regular la actuación médica y administrativa de los psiquiatras en los establecimientos, así como regular las competencias profesionales en relación con el ingreso y tratamiento de los alienados. Ver Duffau (2019, p. 51).

«la fuerza o resistencia necesaria para oponerse a la ejecución de ciertos actos, a los cuales se siente fatalmente impulsado» (Duffau, 2019, pp. 265-266).

A comienzos del siglo XX la discusión sobre la responsabilidad de los alienados pareció saldada, pero lo que aún no había encontrado resolución era el destino de los inimputables: la cárcel o el manicomio. La posición de Bernardo Etchepare fue intermedia: el individuo, aun siendo irresponsable de sus actos, debía cumplir la pena.

En esos casos, el juez debía recoger la sugerencia médica de «responsabilidad atenuada», que contemplaba la disminución de «las facultades intelectuales», consecuencia de «la anomalía o la enfermedad». Este tipo de responsabilidad parcial se podía aplicar a algunas situaciones. Por ejemplo, a los «idiotas perfectibles» que podían «poco a poco adquirir alguna noción del bien» o «de la propiedad», por lo cual era importante pensar castigos adecuados. (Duffau, 2019, p. 267)

En 1905, Alfredo Giribaldi, médico de la cárcel correccional y penitenciaria, consideró que toda forma de locura era a su vez crimen: «no encuentro entre unos y otros más diferencia que la falta de oportunidad para delinquir en los últimos» (Giribaldi, 1905, p. 326). El límite entre delincuencia y locura era prácticamente inexistente para Giribaldi, quien combinó degeneración con la noción del criminal nato de Lombroso. Para Giribaldi, todos los reclusos mostraban alguna psicopatología y no era necesario un establecimiento especial para los locos-criminales.

Irureta Goyena discrepó de Giribaldi, ya que consideraba que no todos los criminales eran degenerados, ni que todos los degenerados sean criminales, pero sí que «la miseria fisiológica del vicio y la inmoralidad tuviera una función protagónica en la consumación del delito» (Irureta Goyena, 1909, p. 243). Goyena consideró necesario destinar espacios especiales para este tipo de individuos, o bien asilos criminales o secciones anexas a las cárceles o manicomios.

Otra contienda entre jueces y médicos era saber qué hacer con el preso-paciente una vez «reintegrados en el uso de sus facultades mentales» y a quién correspondía dar el alta médica y también la libertad civil. Irureta Goyena y Santín Carlos Rossi se pronunciaron a favor de crear asilos especiales, pero como eso no sucedió, los penados oscilaron entre la cárcel y el manicomio, generando enfrentamientos entre jueces y médicos, por los problemas de seguridad que se presentaban en el manicomio ante la presencia de penados «peligrosos».

Santín Carlos Rossi (1914) recupera el proyecto de ley de Enrique Castro, sobre el que propone la creación de un establecimiento especial a cargo del Ministerio de Justicia. Rossi señaló las dificultades para distinguir los alienados curables de los incurables y que el tipo más común era «el alienado libre —el débil mental, que puebla las calles—, y llega fácilmente al homicidio sin haber presentado nunca estados impulsivos o pasionales, si sobre él obra la sugestión, la imitación o el contagio» (Rossi, 1914, p. 58). También afirmó que «la inmensa mayoría de los condenados por la Justicia Penal presentan estigmas físicos o psíquicos de degeneración mental». Por eso sugirió que se realizara a todos los presos un examen psíquico para evitar «que la locura de muchos delincuentes pase desapercibida durante la instrucción del proceso, y en el transcurso de la condena estallen síntomas más claros que impongan el diagnóstico» (Rossi, 1914, p. 60).

Las ideas penales durante la primera mitad del siglo XX transitaron desde posiciones de mantener la pena para aquellos enfermos psiquiátricos que cometían un crimen a otras que matizaron esta posición, afirmando que la distinción era absolutamente necesaria. La posibilidad de cometer un crimen en intervalo lúcido o tratarse de una locura parcial derivó la discusión en la intervención de la psiquiatría, principalmente en la detección de este tipo de comportamientos. La determinación de la condición del sujeto re-situó la necesidad de la pericia y estableció nuevas relaciones entre médicos y jueces, basadas en la peligrosidad.

En la década de 1940, la inclusión de la peligrosidad sin delito o estado peligroso en la legislación, generó importantes polémicas organizadas en dos posiciones: una que defendía este tipo de leyes en la medida en que estuviera claramente delimitada su aplicación; y otros que sostenían que la peligrosidad cambia en modo contundente la base del derecho penal, pues se altera el mecanismo formal de la imputabilidad.

Para la primera, se afirma que: «ante el juicio de peligrosidad, el reo responde por lo que es: por todos los actos pasados y en vista de los futuros». La peligrosidad es un concepto abstracto que no corresponde a la jurisprudencia y se afirma que, de seguir esa doctrina, «los sujetos de mal vivir deberían ser seleccionados, separando los peligrosos» (Sebastián Soler citado en Rovira, 1960, pp. 55-56).

Con ese argumento, se rechaza la noción de «estado peligroso sin delito» pues se entiende que «los elementos de la peligrosidad no son susceptibles de un estudio lo suficientemente preciso como para dar base, por sí solos, a medidas contra el

individuo», y que esta noción crea un nuevo problema que es «el de la dificultad de conciliar los derechos del grupo social a la propia defensa y el derecho individual a la libertad, que queda siempre a la incertidumbre del juicio de peligrosidad» (Gil y Jiménez de Aréchaga citados en Rovira, 1960, p. 57).

A favor de la ley sobre «peligrosidad sin delito» estuvo el ya mencionado Irureta Goyena y también figuras como la de Heriberto Mantero⁶⁹ (1942) esgrime argumentos a su favor. Reconoce las críticas al respecto de la noción de peligrosidad, pero sostiene que

la ley puede y debe determinar de modo genérico y también concretamente, con toda precisión, las situaciones consideradas exponentes del estado peligroso [...] los índices de tal estado habrán de resultar de los estudios médico-psicológicos, sociales y legales que en cada caso deberán realizarse. (Mantero citado en Rovira, 1960, p. 59)

Asimismo, defiende que las medidas no son represivas sino correctivas, y que eso no atenta contra las libertades individuales, sino que previene amenazas de «actividades nocivas que son algo así como el anuncio de la explosión de la actividad delictuosa» (Rovira, 1960, p. 60).

Jiménez de Azúa, jurista y político español,⁷⁰ plantea que mediante la peligrosidad no se pretende sustituir la función del derecho penal, sino recurrir a «disciplinas técnicas auxiliares, para sistematizar y ahondar el estudio de la personalidad del peligroso». Para el jurista, esto debe realizarse mediante la obtención de los siguientes datos: «la personalidad del sujeto» en sus aspectos «antropológico, psíquico y moral; la vida anterior al delito o al acto de manifiesto peligro» y «el examen del delito cometido o del acto que manifieste la peligrosidad» (Jiménez de Azúa citado en Rovira, 1960, p. 62).

La promulgación de la mencionada ley movilizó discusiones entre juristas: por un lado, quienes defendieron la determinación de la peligrosidad sin delito como forma de defensa social, hacia quienes criticaron la ley y los problemas que traería su aplicación, principalmente al tener que definir la peligrosidad y las medidas a ser aplicadas a cada caso. Del estudio de las fuentes documentales no se relevó la intervención médica en

69 Heriberto Mantero fue abogado. Ocupó el cargo de Asesor de Legislación Sanitaria del Ministerio de Salud Pública e integró la Comisión de Eugenesia del Ministerio de Salud Pública que entró en funciones el 12 de setiembre de 1935. Fue defensor de las ideas de defensa social, destacándose su disertación «El tratamiento correctivo de la peligrosidad sin delito en la ley de 22 de octubre de 1941» en la Escuela de Funcionarios Penales.

70 Como se recordará, la ley uruguaya se inspiró en la ley española.

estas discusiones. En cualquier caso y entre quienes defendieron la ley, la medicina sería la profesión encargada de determinar los indicios de peligrosidad.

Retomando las premisas iniciales sobre las que se organizó el capítulo y a modo de cierre, se afirma que: i) desde mediados del siglo XIX hubo una preocupación por definir y detectar aquellos individuos que resultaban peligrosos, para lo cual la medicina fue llamada a intervenir. Los estados de vagancia, por ejemplo, fueron desde entonces caracterizados como predelincuenciales y la medicina fue convocada para discriminar aquellos aptos para el trabajo y por ende ‘recuperables’ o aquellos que debían ser confinados en instituciones de encierro o educativas. La intervención médica en la evaluación de la peligrosidad, es inherente al surgimiento del Estado moderno y anterior al surgimiento de la psiquiatría; ii) En el período que se estudia y especialmente en las décadas de 1930 y 1940, se estableció un tejido normativo e institucional que reconfiguró y expandió la peligrosidad hacia conductas no delictivas, sobre las que la medicina intervino. Especialmente en ese contexto, peligrosidad social y criminal se entrelazaron de distintas formas en los diagnósticos solicitados; iii) en el desarrollo de la psiquiatría, todas las categorizaciones utilizadas tenían, directa o indirectamente, alguna remisión a la peligrosidad. Paulatinamente, el estudio de la personalidad se combinó, en distintas dosis, con aquellos factores asociados a la educación y al ambiente social y familiar, siempre responsable por la transmisión de pautas morales. Ambientes familiares hostiles, carentes de afecto o con necesidades básicas insatisfechas fueron ambientes proclives a crear sujetos que podían tornarse enfermos y peligrosos. El alcoholismo, la prostitución, la vagancia o la falta de hábitos de trabajo fueron considerados elementos que podrían dar indicios de peligrosidad; iv) A través del discurso de defensa social y de la peligrosidad, y con base en el marco normativo, fue posible desarrollar acciones de fuerte carácter preventivo, en la que la medicina intervino a través de distintos dispositivos.

Capítulo 4

El problema del alcoholismo y su relación con el crimen y la peligrosidad

En este capítulo se aborda el problema del alcoholismo y su relación con el crimen, la locura y la peligrosidad. Durante la primera mitad del siglo XX se produjo, paulatinamente, la categorización del alcoholismo como enfermedad. Primeramente, el alcoholismo se consideró un vicio de los obreros que afectaba su rendimiento laboral y las responsabilidades familiares. A ello se sumó su clasificación como enfermedad. Ello permitió la ampliación de la mirada y de la intervención médica tanto en su tratamiento como en su prevención. La figura del alcoholista fue rápidamente asociada a la peligrosidad y la medicina fue la profesión que brindó sustento científico respecto de las implicancias del consumo de alcohol y contribuyó en el despliegue de las principales medidas adoptadas para su combate. Las respuestas sociopolíticas al consumo problemático de bebidas alcohólicas operaron en dos frentes: la proliferación de publicaciones científicas y técnicas sobre el tema y la creación de campañas de prevención y combate a lo que se consideraba un flagelo social. Estos tipos de respuestas revelan «la emergencia del proceso de medicalización y, fundamentalmente, de psiquiatrización de ese tipo de consumo de alcohol y la consideración del alcoholismo como entidad mórbida» (Mitjavila, Ortega, Beltrán, 2019, p. 5).

La teoría de la degeneración, inspirada en las ideas de Morel y Mangan, otorgó al consumo de alcohol el estatuto de constituir una de las principales causas de degeneración, destacando sus efectos intergeneracionales y su carácter irreversible.

Desde comienzos del siglo XX, en Uruguay, el consumo excesivo de alcohol en los sectores urbanos fue foco de preocupación de políticos, médicos y magistrados, debido fundamentalmente a las consecuencias negativas atribuidas al alcoholismo: su afectación en la reproducción, en el crecimiento de la fuerza de trabajo, en la convivencia en el espacio urbano, así como su intervención en el crimen y la locura.

La preocupación por el consumo excesivo de alcohol entre habitantes en situación de pobreza que residían en áreas urbanas impulsó el despliegue de una serie de medidas para su regulación y combate, en las que participaron activamente renombrados médicos y psiquiatras de la época.

En ese sentido, el alcoholismo es relevante pues instauró una tecnología de gestión de amenazas, caracterizada por el predominio de las acciones preventivas a través de la moralización de la clase obrera por parte de las élites ‘ilustradas’. Estas acciones expresaron una concepción de superioridad moral del ‘segmento culto de la sociedad’, en contraposición a la inferioridad moral de los pobres, que se tradujo en un conjunto de acciones ‘científicamente sustentadas’, principalmente en el espacio escolar y familiar (Barrán, 1993; Duffau, 2019; Bouret, 2018; Vomero, 2009, 2021; Fessler, 2012, 2021; Ortega y Beltrán, 2016; Mitjavila, Ortega, Beltrán, 2019).

La teoría de la degeneración ocupó un lugar central en el proceso de comprensión del problema del alcoholismo. Este fue el modelo explicativo que primó por sobre otros para la adjudicación de potencial criminogénico del consumo de alcohol y su nivel explicativo en términos de herencia, hecho que tradujo la preocupación por la reproducción de la población uruguaya. Pese a que el factor ambiental explicó el consumo excesivo de alcohol y sus consecuencias, hacia 1940, las explicaciones comenzaron a incorporar elementos que serían característicos de la personalidad del bebedor, pasando de un modelo predominantemente exógeno a otro endógeno, tal como se ha mencionado en capítulos anteriores. Con todo, la herencia como factor explicativo gravitó hasta mediados de siglo, en un vínculo que enfatizó los elementos constitucionales, pero que reconoció la conducta individual, «sus propias anomalías psíquicas, sociales, culturales y, fundamentalmente, morales» (Mitjavila y Espíndola, 2020, p. 150).⁷¹

Este capítulo está organizado en tres secciones que se entiende abordan los aspectos medulares sobre los que se sitúa la relación entre el consumo de alcohol, la locura, el crimen y la peligrosidad. En la primera se explican los principales nudos problemáticos asociados al consumo de alcohol, así como los modelos etiológicos que en ese momento histórico lo explican. Una revisión de la literatura acerca del alcoholismo en Europa y en nuestra región nos reflejará el carácter transcontinental de que tuvo esta problemática, así como el perfil similar de la población a la que estuvieron dirigidas las medidas antialcohólicas. En ambos contextos, las respuestas al consumo problemático de bebidas alcohólicas se desarrollaron a través de la proliferación de publicaciones científicas y técnicas sobre el tema, y la creación de campañas de prevención y combate a lo que se consideraba como un importante flagelo social. Lo que revelan esos dos

71 Traducción propia del original.

tipos de respuestas es la emergencia del proceso de medicalización del consumo de alcohol y la consideración del alcoholismo como entidad mórbida (Harris, 1992; Campos y Huertas, 1992; Mitjavila y Espíndola, 2020).

Un segundo momento se refiere a la expresión del problema del consumo de alcohol en Uruguay, específicamente a la relación causal establecida en la tríada alcoholismo, locura y crimen. Al respecto, se trabaja a partir de la idea de que la medicina en Uruguay estableció que el alcoholismo causó locura por un lado y crimen por otro. La secuencia alcoholismo-locura-crimen no fue interpretada de ese modo (Mitjavila, Ortega, Beltrán, 2019). Así, se fue delimitando el perfil del individuo alcoholista peligroso.

Finalmente, se expresan las principales medidas antialcohólicas implementadas en nuestro país, donde se destacan las acciones de la Liga Nacional de Lucha contra el Alcoholismo y los distintos órganos de propaganda creados en su seno, como por ejemplo *El Lazo Blanco* y el *Boletín de la liga antialcohólica del Uruguay*. Dichas medidas abarcaron un amplio espectro: desde la recomendación de la internación del alcohólico en establecimientos curativos, las medidas de restricción a la producción y venta de bebidas, hasta una intensa propaganda de corte moralizante respecto de los hábitos asociados al consumo de alcohol y los beneficios de la abstinencia. Las medidas tuvieron un carácter preventivo y fueron llevadas a cabo por una serie de instituciones y asociaciones que se fueron conformando a nivel local y que se basaron en los preceptos de la templanza, debido a la influencia norteamericana en nuestro país.

4.1. El problema del consumo de alcohol: vicio, enfermedad y clases populares

El término *alcoholismo crónico* fue acuñado por Magnus Huss en 1852 y desde entonces «aquellas alteraciones psico-físicas ocasionadas en el individuo por la ingesta excesiva y continuada de bebidas alcohólicas se convirtió en uno de los objetivos prioritarios de la psiquiatría de la segunda mitad del siglo XIX» (Campos y Huertas, 1992, p. 125).

La problemática del alcoholismo fue examinada por Ruth Harris (1993) para el contexto europeo desde mediados del siglo XIX. Al respecto, expuso las implicancias atribuidas al consumo de alcohol en la clase obrera y las acciones emprendidas para su regulación, destacándose entre ellas la fuerte intervención de la psiquiatría y de operadores de la

justicia, tales como jueces y abogados. Dichas implicancias pueden ser clasificadas en: i) la presencia del alcohol en los crímenes de sangre; ii) las consecuencias negativas en términos de una ‘sana’ reproducción del hogar y la familia; y iii) la relación entre actividad política y consumo de alcohol.

En primer lugar, el consumo de alcohol fue considerado la causa dominante en los crímenes de sangre. La intervención de los psiquiatras iba en la línea de clarificar qué tipo de afectación tenía el alcohol en cada caso. En cualquier situación, el consumo de alcohol y la violencia estaban siempre asociados, y poco a poco la idea del consumo de alcohol se fue asociando a la peligrosidad.

El comportamiento embriagado era la demostración más sorprendente de cómo los seres humanos podían actuar de forma automática e inconsciente [y] de cómo actuar con hombres que se colocaban en riesgo a sí mismos y a la sociedad con sus hábitos alcoholistas. (Harris, 1993, p. 266)⁷²

Las clasificaciones médicas y el estatuto del condenado dependían de posturas ambivalentes con respecto al sujeto condenado, y estaban impregnadas de visiones morales condenatorias. En esa propia ambigüedad, las medidas consideraron al alcohol como atenuante de la condena hasta «una ofensa pasible de castigo», ya que «el enfermo elegía cuando decidía beber» (Harris, 1993, p. 275)⁷³. En los tribunales, las sentencias iban desde la clemencia para quienes se embriagaban y cometían un acto criminal pero sin intención, hasta un mayor castigo para quien consumía alcohol deliberadamente antes de cometer un crimen. Entre esos extremos se encontraban gran parte de los casos sobre los que se pedía que opinase la psiquiatría. En esos casos lo que se realizaba era un examen del individuo en el que se combinaban de forma conflictiva, piedad, por ser considerada una enfermedad de condición hereditaria, y una condena moral, por la responsabilidad del sujeto ante el consumo. En este sentido, hubo un debate en relación con la responsabilidad parcial producto del alcohol en el momento del crimen.

Más allá de los criterios científicos para juzgar a los reos, las sentencias estaban cargadas de cuestiones morales asociadas a la mirada de los médicos respecto de la posibilidad de rehabilitación de los alcohólicos. Operaba allí una clasificación basada en la posibilidad de cura. Esta modalidad ponía en jaque a la institución judicial, ya que

72 Traducción propia del original

73 Traducción propia del original.

para los jueces el crimen estaba cometido y el alcohol no debía ser un atenuante, pero, por otro lado, los psiquiatras querían absolver a algunos por determinar que eran «enfermos».

Por otra parte, cuando eran llamados a dar un veredicto respecto de la peligrosidad, muchas veces los propios alienistas dudaban de su declaración, puesto que podían liberar a un reo que luego cometía otro crimen nuevamente bajo los efectos del alcohol: «las divergencias entre los profesionales, causadas por la indefinición entre vicio y enfermedad, y los casos repetidos de violencia alcohólica que los alienistas deberían evitar conspiraban para avalar el prestigio de los médicos» (Harris, 1993, p. 280).⁷⁴

En los análisis de los sujetos culpados se fragmentaba el individuo en varios elementos y se elaboraba una secuencia causal que llevaba al crimen:

La importancia de las discusiones médicas sobre el alcoholismo en este contexto está, por lo tanto, en la forma obvia en cómo juntaban tan inextricablemente moralidad y ciencia, forjando una combinación crucial para ayudar a crear una base común entre juristas y médicos de la misma opinión, contenida dentro de un programa más general de investigación criminal. (Harris, 1993, p. 303)⁷⁵

La segunda preocupación respecto del alcoholismo se expresó en los discursos acerca del consumo de alcohol y la reproducción poblacional. Estos permearon todo el espectro social y se anclaron en el saber popular por medio del discurso médico, el legal y el de la prensa. Hubo consenso entre diversos actores (políticos, religiosos, laicos) en que el consumo de alcohol atentaba contra el mejoramiento de la especie humana en el sentido reproductivo. Esos discursos respondieron al despliegue de estrategias biopolíticas que se basaron en una concepción eugenésica y para la defensa de la sociedad de los peligros externos y en este caso, internos (Mitjavila y Espíndola, 2020).

Finalmente, se destaca que en el contexto europeo y bajo la impronta médica, el alcoholismo penetró en la conciencia nacional como una patología social. La bebida fue considerada como un agente liberador de los impulsos instintivos, anulando a su vez la capacidad de razonar y tomar decisiones. La relación entre consumo de alcohol y

74 Traducción propia del original: «As divergências entre os profissionais causadas pela indefinição entre vício e doença, e os casos repetidos de violência alcoólica que os alienistas deveriam evitar, conspiravam para avaliar o prestígio dos médicos» (Harris, 1993, p. 280).

75 Traducción propia del original: «A importância das discussões médicas sobre o alcoolismo neste contexto está, portanto, na forma óbvia como juntavam tão inextricavelmente moralidade e ciência, forjando uma combinação crucial para ajudar a criar uma base comum entre juristas e médicos da mesma opinião contida dentro de um programa mais geral de investigação criminal» (Harris, 1993, p. 303).

protestas políticas fue difícil de definir: de un lado, «tornaba subversivos» o «resistentes a la autoridad» a los obreros; para otros, causaba una pérdida de capacidad crítica, que los tornaba vulnerables a la explotación patronal. Por ejemplo, en Europa a fines del siglo XIX, los líderes socialistas manifestaron preocupación por el alcoholismo. Consideraban que el exceso de bebidas era una consecuencia de la explotación capitalista y que gran parte de su trabajo estaba destinado a evitar la concurrencia de trabajadores a bares (Harris, 1993).

En estas tres dimensiones, el lenguaje médico fue esencial en la construcción de la imagen del individuo consumidor de alcohol, así como las consecuencias que su consumo excesivo causaba. La perspectiva médica era «delicadamente equilibrada por una combinación de opiniones mecanicistas y voluntaristas» (Harris, 1993, p. 276). Por un lado, la herencia predisponía al alcoholismo, pero, aun en ausencia de esa predisposición, los hábitos y costumbres, el medio familiar y social y la educación podían incentivar el consumo. Los discursos transitaron entre estas dos visiones acerca del problema del consumo de alcohol, dando paso a la comprensión del alcoholismo como una enfermedad social.

Rápidamente, el alcoholismo atribuyó un conjunto de significaciones a la clase obrera, que se entendía operaba con prácticas contra el progreso, la familia y el trabajo. Es así que se produjo una progresiva patologización del consumo de alcohol mediante la consideración del alcoholismo como una enfermedad y ya no como un vicio. Esto provocó el despliegue de medidas preventivas, y de control de hábitos y conductas que se entendían proclives a incrementar el consumo.

Este complejo entramado de prácticas diagramado en torno del alcoholismo permite pensar en su relevancia biopolítica. Los efectos que producía el consumo de alcohol —entre los que se encontraba el crimen— fueron considerados males que afectaban tanto al propio consumidor, a la familia y la descendencia. Su carácter biopolítico residiría en el hecho de tratar de preservar y potencializar a la población como ‘cuerpo especie’, esto es, en su base somática y psíquica, como fuerza de trabajo y como capital humano de la nación.

4.2. Bases ‘científicas’ del problema del alcoholismo

La teoría de la degeneración fue el saber sobre el que se apoyaron las afirmaciones acerca del alcoholismo y su vinculación con la alienación y el crimen. Se proclamó el alcoholismo como entidad heredada bajo la idea de la ‘heterointoxicación ética’ producto del consumo de alcohol de los progenitores al momento de concebir. El propio Morel acuñó la noción de ‘degeneración por intoxicación’, seguidos de los aportes de otros degeneracionistas franceses como Valentín Magnan, Paul Maurice Legrain y Auguste Voisin. A partir de la segunda mitad del siglo XIX, «el alcoholismo se convirtió, según los autores de la época, en uno de los inexorables caminos hacia la degradación no solo de los individuos sino de la especie humana en su conjunto» (Campos y Huertas, 1992, p. 126).

Específicamente, la obra de Magnan *Alcoholismo y enfermedad* de 1874 describe los distintos cuadros de alcoholismo y las consecuencias. El cuadro más acuciante era el denominado ‘dipsomanía’, una rara enfermedad que llevaba a hombres y mujeres a cometer actos que ellos mismos consideraban repugnantes, tales como matar, robar, o prostituirse para obtener bebidas. Esta enfermedad atacaba repentinamente y era independiente de la voluntad, es decir, se tornaba incontrolable. Los dipsomaníacos generalmente eran indultados en los juicios por considerar su arrepentimiento y por ser considerados degenerados congénitos (Harris, 1993).

El relevamiento de Legrain (1895) -citado en varias de las fuentes consultadas en Uruguay-, fue relevante para la construcción del problema del alcoholismo. Este realizó un análisis de la herencia en 215 familias, en la que constató que 168 de ellas sufrían de alguna *enfermedad moral* por el consumo excesivo de bebidas alcohólicas. Esas *enfermedades* pasaban por la prostitución, el adulterio, la perversión sexual, el vagabundaje, entre otras. En otro relevamiento realizado por Magnan junto con Fillassier (1913) se constató que el 75 % de los enfermos tratados en el hospital Ste-Anne (uno de los principales hospitales de París) eran tratados por problemas derivados del consumo excesivo de alcohol. Del mismo modo, destacaron las consecuencias económicas, sociales y morales del alcoholismo en la medida en que los alcohólicos debían ser mantenidos en las cárceles u hospitales, y esto representaba altos costos económicos. Además, el alcoholismo los tornaba inútiles para el trabajo y para el

servicio militar por ser débiles e indisciplinados, construyéndolos discursivamente como «traidores físicos y morales» (Harris, 1993, p. 270).⁷⁶

En relación con el proceso condenatorio de aquellos individuos que cometían crímenes bajo los efectos del alcohol, la teoría de la degeneración ofrecía

un modelo infinitamente flexible usado eventualmente como un medio para reforzar la condena judicial con un cuadro psicobiológico de amoralidad y peligrosidad, o como una forma de promover la clemencia demostrando las gigantescas presiones hereditarias y sociales contra las cuales se debatía el reo. (Harris, 1993, p. 285)⁷⁷

4.3. El problema del consumo de alcohol en Uruguay

Es posible afirmar que en Uruguay las preocupaciones respecto a las consecuencias del consumo de excesivo de alcohol fueron similares a las observadas en Europa, durante la primera mitad del siglo XX. Como fuera mencionado en el primer capítulo, el eugenismo uruguayo atribuyó a la sífilis, la tuberculosis y el alcoholismo un efecto destructor de la especie, donde este último ocupó un lugar destacado. Entre los principales efectos adjudicados al alcoholismo estaban la locura y el crimen. Se trató de «males» que afectarían no solo al propio consumidor de alcohol, sino también a su descendencia. Por esa razón, se consideraba que el alcoholismo afectaba de forma definitiva la conformación del hogar y la familia. Comenzaba a organizarse, de esa forma, una nueva moralidad que ligaba parámetros de comportamiento de una ‘vida sana’ y productiva a la idea de progreso social.

Las expresiones de Bernardo Etchepare, fundador de la clínica psiquiátrica, son elocuentes respecto de los efectos negativos del alcoholismo, con la idea de que, si no se actuaba desde el Estado, se llegaría a cifras tan alarmantes como las de los países europeos, generando efectos degenerativos:

A mi juicio, pues, estamos en el caso a precavernos con el mal que nos invade y amenaza más y más. Que toda esta masa de intoxicados constituye el ejemplo viviente que van a seguir millares de desgraciados, que todos ellos pueden tener o podrán tener prole y que por pequeño que se pueda representar nuestro

⁷⁶ Traducción propia del original.

⁷⁷ Traducción propia del original

alcoholismo, no tardará en ser grande si no se opone valla para detener su desarrollo. (Etchepare, 1912, p. 2)

Es posible observar cómo la degeneración fue utilizada por médicos y políticos para explicar las consecuencias del alcoholismo en términos de herencia.

El uso continuado de las bebidas alcohólicas, aunque no llegue a producir la embriaguez, es de fatales consecuencias, no solamente para el bebedor, sino también para su descendencia. Y como, desgraciadamente, son muchos los que ingieren bebidas alcohólicas, tienen razón los que afirman que el alcoholismo es una plaga social [...]. Pero, lo más grave es que su descendencia sufra también, física y moralmente: los hijos, o nacen muertos, o son llevados rápidamente al sepulcro [...]. Si llegan a vivir, o son idiotas o epilépticos, o sordo-mudos; y lo que es peor aún, son de tan malos instintos y tienen sentimientos tan pervertidos, que pueden conducirlos hasta el crimen. (Rogé en *El Lazo Blanco*, 1917b, p. 2)

En la misma línea, Víctor Zerbino⁷⁸ realizó una conferencia en el marco de las actividades regulares de la liga contra el alcoholismo, y en ella afirmaba que

saliendo del medio de nuestra familia bien constituida y culta, para encarar el problema en toda su amplitud, dentro de la gran familia del pueblo, de ese pueblo sano y débil, carne de nuestra raza vigorosa pero primitiva, fuerte aun con sus vicios, su ignorancia [...] Los hijos del alcoholista son débiles, crecen mal, pequeños y esmirriados, presentan convulsiones y ataques de epilepsia, a menudo mueren pequeños, y cuando siguen desarrollándose son pálidos, anémicos, predispuestos para la tuberculosis, como habéis visto, y para las enfermedades nerviosas. (*El Lazo Blanco*, 1920, p. 17)

Antonio Valeta,⁷⁹ firme defensor de las ideas antialcohólicas, se basó en la conservación de la raza para defender la necesidad de la abstinencia, a la vez que enfocó a la clase obrera como aquella que mantenía hábitos proclives al exceso de consumo de alcohol.

Infinidad de padres mandan a explotar sus precoces vástagos en fábricas y talleres; en vender diarios y hacer otros trabajos impropios para su edad, mientras que ellos malgastan el dinero en el fantástico y corruptor alcoholismo [...]. Cuántas noches

78 Víctor Zerbino (1888-1943), médico uruguayo egresado de la Facultad de Medicina y fundador del Sindicato Médico del Uruguay, desarrolló una amplia y destacada labor asistencial, académica y sindical, siendo la mortalidad infantil la principal de sus preocupaciones (Turnes, s.f.).

79 Antonio Valeta (1882-1945), naturista, profesor de Higiene Biológica y Naturismo, fundador del Centro de Estudios Naturistas Higiene y salud en 1911 y fundador de la revista *Higiene y Salud* desde 1914, publicó más de sesenta obras sobre la nutrición, el deporte y la salud, el naturismo en el hogar y el alcoholismo (Suburú, 2007).

he presenciado en hogares proletarios escenas desgarradoras donde inocentes criaturas presa de una debilidad espantosa deben acostarse haciendo *dieta forzosa*, porque el padre borracho había derrochado impiadadamente su ínfimo jornal en la taberna de la esquina [...] sabemos a ciencia cierta que el alcohol es el veneno que va rayando el organismo de la raza [...] Tócale a los gobiernos, pues, el poner término a tantos infortunios, a tantos perjuicios que el alcohol acarrea en todas las clases sociales —con particularidad en los obreros— y en la sociedad entera. (Valeta, 1913, pp. 6-7)

El consumo excesivo de alcohol era causa de la enfermedad mental, la cual podría transmitirse entre generaciones, de padres a hijos. En tal sentido, se mencionaba la afectación que esta problemática podía traer al conjunto de la especie:

El alcoholismo no es solo un vicio, es también una enfermedad y esa enfermedad es de las peores porque afecta al individuo, a la familia, y a la sociedad, afectando fundamentalmente no solo al individuo sino a la especie, minando las fuerzas vivas de la nación, poblando sus hospitales, sus hospicios de alienados. (Etchepare, 1912, p. 9)

En el mismo sentido, uno de los principales promotores de la iniciativa antialcohólica en Uruguay, el médico y político Joaquín de Salterain,⁸⁰ en su actuación en la Cámara de Diputados argumentaba:

La embriaguez ha sido un vicio común en todas las sociedades, en todos los tiempos y en todas las zonas, y es superfluo y trivial recordarlo. En cambio es, puede decirse, la característica de la época actual, que produce en todas las latitudes la degeneración de la raza humana. (Salterain citado en Gorlero Bacigalupi, 2006, p. 84)

Con relación al vínculo entre alcoholismo y crimen, el incremento de los crímenes de sangre producidos bajo los efectos del alcohol fue foco de preocupación de jueces y médicos. Al igual que en el contexto europeo, la figura del alcoholista fue rápidamente asociada a la peligrosidad criminal. La categorización del alcoholismo como una enfermedad dio paso a la intervención médica en los tribunales, con el objeto de dilucidar el estado de un sujeto cuando cometía un crimen bajo los efectos del alcohol y

80 Joaquín de Salterain (1856-1926) fue un destacado médico antialcoholista del Uruguay. En 1883 egresó de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y realizó su especialización en Francia. Fue fundador de la Liga Uruguaya contra la tuberculosis (1902) y de la Liga Nacional contra el Alcoholismo en 1915. Se destacó por su participación en extensas campañas contra el consumo de alcohol. Por más datos sobre Salterain, ver Gorlero Bacigalupi (2006).

si presentaba signos de peligrosidad. Por ello, los médicos pasaron a intervenir tanto en el tratamiento de las consecuencias del consumo como en campañas para su prevención.

La afirmación que vinculaba directamente el consumo de alcohol a la práctica de delitos no estaba estadísticamente sustentada. Por ejemplo, a modo de ilustración, de los anuarios estadísticos se desprende que, si bien la cantidad de detenidos por ebriedad era considerada alta, el procesamiento de estos por delitos cometidos bajo los efectos del alcohol era residual. Con relación a los detenidos y puestos en libertad se muestra, por ejemplo, que en 1920 entraron y salieron de las comisarías, bajo la categoría ‘alcoholistas’, 12.366 hombres y 1.259 mujeres, de los cuales fueron procesados 50 hombres, lo que correspondía al 0,52 % de los presos totales. En 1922 el total de delincuentes que se encontraba en condiciones «normales» era de 708, mientras que se consideró en estado de «algo ebrios» a 18, entre los que se menciona en estado de «ebriedad manifiesta» a 13 (y como especificación habría que decir que todos ellos fueron hombres). O sea, un 2,4 % de delincuentes «algo ebrios» y un 1,8 % de delincuentes «ebrios manifiestos» cometieron los delitos contra la propiedad en Montevideo en 1922. La mayor parte de los delincuentes (95,8 %) estaba en condiciones «normales» (Bouret, 2018, p. 175).

Sin embargo, el discurso médico pareció trascender estos datos y colocó socialmente la preocupación sobre aquellos sujetos que consumían alcohol y que eran peligrosos por su tendencia a cometer delitos. Lo que se ponía en juego en estos discursos parecería estar ubicado en las características de violencia y brutalidad atribuidas por la burguesía a la clase obrera y la búsqueda de signos o hábitos que pudieran anticipar ese tipo de conductas antisociales (Harris, 1993).

La asociación entre peligrosidad y consumo de alcohol fue uno de los discursos imperantes. A modo de ejemplo, el juez del crimen Luis Benvenuto expresó acerca de un caso: «Caetano es un típico delincuente peligroso. La excitación alcohólica en él es imperante, es agresiva en extremo, ya que en los tres delitos que le atribuye el veredicto, accionó siempre embriagado» (*El Lazo Blanco*, 1920, p. 7).

En *El Lazo Blanco*, una de las publicaciones de la Liga contra el alcoholismo, se expresaba que, «los países cuyo consumo de sustancias alcohólicas aumenta, se acercan por el incremento de la enajenación mental, del estado morboso y de la criminalidad, al ocaso de su apogeo» (*El Lazo Blanco*, 1917a, p. 3).

Francisco García y Santos, quien fuera director del Manicomio Nacional y, posteriormente, diputado integrante del Parlamento nacional, publicó varios artículos para dar cuenta de la relación entre el alcoholismo y el crimen.⁸¹ Las argumentaciones al respecto se basan, nuevamente, en las nociones de degeneración de Morel y Magnan, respecto de los efectos hereditarios del consumo de alcohol y la degradación de la raza. En sintonía con la perspectiva moreliana, García y Santos (1902, p. 7) hizo hincapié en los efectos degenerativos del alcoholismo y se propuso demostrar que el alcoholismo «representa la miseria, el crimen, el pillaje y lo que es peor todavía, la degeneración de la raza y el descenso moral e intelectual de las sociedades». Enfatizó en los efectos del alcoholismo en la sociedad, dado que «la extensión progresiva del alcoholismo que puebla todos nuestros asilos y prisiones disminuye los nacimientos, empobrece la sangre de la raza», destacando junto con ello que «la mayor parte de los crímenes son cometidos por los alcoholizados» (García y Santos, 1902, p. 30).

Finalmente, la relación entre consumo de alcohol y política fue estudiada por Barrán (1995), Duffau (2019) y Vomero (2012) para el caso uruguayo. Destacan que el amplio espectro partidario hizo acuerdo en la lucha contra el alcoholismo, incluso la izquierda política compartió los principios de esta lucha. La prensa y la folletería anarquista y socialista repetían permanentemente el mismo lema: el alcoholismo era uno de los principales obstáculos a la organización obrera y la revolución social, por oscurecer, casi tanto como el catolicismo, la comprensión de la injusticia social.

Con todo, pareció prevalecer la consideración negativa del consumo de alcohol en el trabajo. Según Etchepare (1909, p. 136), no es el exceso de trabajo lo que impulsa al obrero a la taberna para recobrar fuerzas, pues ya desde hace algún tiempo

casi todos los gremios han obtenido, en su trabajo, un horario que está lejos de ser penoso y largo [...] ¡cuánto sería de desear una propaganda que los lleve a la ilustración que puede ser para ellos una fuente inagotable de placeres morales! Es necesario el fomento de escuelas para adultos, diurnas y nocturnas, para impulsarlos a la instrucción, llevándolos a la lectura de obras de propaganda antialcohólica para defenderlos de su principal enemigo. (Etchepare, 1909, p. 136)

A decir de Bouret (2018, p. 149),

la dignidad se debía encontrar en el trabajo, en la vida al aire libre y en la dedicación a la familia; la condena recaía sobre la enajenación del espíritu

81 «El alcoholismo. Locura y criminalidad» (1899) y «La degeneración de la raza por el alcohol» (1902).

producida por los desbordes. Los sectores dominantes entendieron que el despilfarro de energías por fuera de lo productivo conduciría a las clases subalternas a errar el camino de las labores, del ahorro y del progreso.

En las páginas que siguen, se abordará la forma en que la medicina intervino en la caracterización del perfil del individuo peligroso asociado al consumo de alcohol.

4.4. Alcoholismo, locura, crimen y peligrosidad

En 1909, los médicos internos del Manicomio Nacional Eduardo Lamas, Bernardo Etchepare y Rafael Rodríguez realizan, para la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública, un informe sobre la influencia del alcoholismo directa o indirecta en los asilados. Para comenzar y en concordancia con lo ya mencionado, consideran el alcoholismo como «la más perniciosa de cuantas causas provoquen la locura, ejerciendo influencia sobre el individuo y su descendencia, desde el punto de vista físico, intelectual y moral (Etchepare y Rodríguez, 1909, p. 6). El doctor Lamas afirma que «La mayor parte de los degenerados que llenan nuestro manicomio son debidos al alcoholismo hereditario» (Lamas, 1909, p. 8). Citando a Morel y su *Tratado de las degeneraciones* (1850), admite que «el máximo de intensidad de los accidentes heredo-alcohólicos coinciden generalmente con el estado de alcoholización de los procreadores en el momento de la concepción (Morel citado en Lamas, 1909, p. 7). En la sección masculina de la que fuera responsable, Lamas (1909, p. 8) afirma que

en nuestro manicomio en la sección a mi cargo, puede considerarse un término medio de los alcoholistas entrados de un 20 a 25 %, sin tener en cuenta los alienados hechos alcoholistas por su afeción mental anterior, ni los heredo-alcoholistas, conjunto principal de los alienados hereditarios.

En el mismo año, y a efectos de conocer la afectación del consumo de alcohol en los internados en el manicomio y sus características, la Cámara de Representantes solicita un informe a Bernardo Etchepare, en su función de director de la cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina. Define en primer lugar el alcoholismo mental como «aquél en el cual las facultades psíquicas están, en parte o en totalidad, más o menos afectadas (Etchepare, 1909, p. 118).

Destaca que aquellos que presentan cuadros de locura por consumo de alcohol son principalmente hombres (21,6 %), de nacionalidad uruguaya (criollos), obreros en

situación de pobreza o indigencia y en edades que oscilan entre los 30 y 40 años, y esto afecta, según las leyes de la herencia, a la descendencia.

En la etiología de nuestros idiotas el alcohol paterno juega desgraciado rol, lo que no debe extrañarnos, pues es algo que ya nadie ignora, que el alcoholismo, ya agudo, ya crónico, de uno o de los cónyuges, puede conducir a la idiotez y a la epilepsia de los hijos. (Etchepare, 1909, p. 129)

Según Etchepare, el consumo habitual de «pequeñas dosis» de alcohol lleva al alcoholismo crónico.

Hay sujetos dotados de idiosincrasia desgraciada para resistir la bebida, aun en pequeñas cantidades. Esta idiosincrasia especial se adquiere por la herencia que determina un estado psicopático especial. Es conocida la antigua opinión de que el alcohol es la piedra de toque de la degeneración. (Etchepare, 1909, p. 119)

En este tipo de personas se observan distintos tipos de ebriedades patológicas descritas por este médico: comatosa, delirante, maníaca. Esta última, especialmente, se manifiesta en «un verdadero estado de excitación motriz muy peligroso [...] puede desarrollar un episodio agresivo, homicida, suicida, pirómano o de violación, todo con amnesia consecutiva y la convulsiva» (Etchepare, 1909, p. 120).

Etchepare presenta una estadística de los casos del manicomio durante diez años (1899-1908), donde intenta desentrañar la influencia del estado social, nacionalidad, profesión y edad en los alcoholistas. Divide la estadística en hombres y mujeres y compara entre los alcoholistas dentro de los alienados en general. Del total de alienados hombres (2861), el 21,6 % (618) son alcoholistas; mientras que en el caso de las mujeres, del total de alienadas (1984), el 2,62 % son mujeres. Compara estos datos con los de Europa y cita a Magnan y sus estudios sobre presencia de alcoholistas entre 1887 y 1902: «Mr. Magnan, entre 1887 y 1902 ha encontrado, para los alcoholistas mentales, la proporción de 28,76 en los hombres y 8,52 en las mujeres» (Etchepare, 1909, p. 125). Informa también «que el máximo de intoxicación se encuentra en el hombre indigente», a lo cual agrega que

este último punto confirma lo que se viene diciendo hace algún tiempo: que son los pobres los que frecuentan más asiduamente los cafés o las tabernas [...] el pauperismo, no obstante lo que se ha dicho en contrario, es uno de los factores importantes de esta enfermedad social. (Etchepare, 1909, p. 125)

Para Etchepare, la causa «de esta mayor flaqueza de la gente pobre» radica en «el mal ejemplo y la ignorancia de las clases obreras, respecto de los efectos terribles del alcohol, ayudan singularmente a la propagación del vicio» (Etchepare, 1909, p. 126). También indica que «la edad más propicia para la intoxicación es la de 30 a 40 años, siguiendo después la de 40 a 50» (Etchepare, 1909, p. 128), manifestándose en «plena edad adulta» y productiva del individuo.

En cuanto a la influencia del estado social, «los solteros, en el caso masculino, llevan a los casados una ventaja grande» (Etchepare, 1909, p. 131). En cuanto a la influencia de la nacionalidad, Etchepare comenta:

Constataremos con el consiguiente disgusto que en un país cosmopolita como el nuestro, en que la población extranjera es enorme, los uruguayos, de ambos sexos, priman entre los alcoholistas: uruguayos 39,06 %, italianos 28,65 % y españoles 17,46 %, en ese orden. (Etchepare, 1909, p. 134)

En cuanto a la profesión, el análisis de Etchepare establece una estrecha relación entre la condición socioeconómica y el alcoholismo: «la estadística señala con dedo inexorable al jornalero, al obrero: en un total de 618 alienados alcoholistas, hay nada menos que 256 jornaleros. He hablado anteriormente de la influencia de la pobreza, del pauperismo sobre la taberna y viceversa» (Etchepare, 1909, p. 136).

En 1943 comienza a funcionar el Servicio Médico Social Antialcoholista en los dispensarios de higiene mental. Allí se constata que la edad de comienzo del consumo de alcohol es alrededor de los 20 años y que el medio social es el principal causante del comienzo de ese consumo.

Entonces aparece el alcohol y a múltiples factores sociales y familiares desfavorables cede una estructura psicológica receptiva, variable para cada caso, que señala en el alcoholismo el síntoma de una conducta desviada, culminación de encadenamiento de hechos y motivaciones de una personalidad que se ha desajustado en el medio social. (Chans Caviglia, 1949, p. 18)

Con base en este fragmento es que se observa como comienza a ser considerada la idea de una personalidad proclive al consumo o «receptiva» a que otros elementos puedan desencadenar el consumo.

En la mencionada clínica, se realizaban estudios de la personalidad del alcoholista. Chans Caviglia, su promotor, menciona que, «encontramos en el estudio de la

personalidad psicológica presencia de caracteres primarios revelados en el examen clínico, como los resultados de test capaces de proyectar rasgos psicológicos» (Chans Caviglia, 1949, p. 21).

No se inclina por delimitar claramente la personalidad proclive al alcoholismo y sí por pensar que un alcoholista «ha heredado metabólico estado que lo vuelva susceptible, lo que demostraría que es imposible hacer un moderado bebedor de un bebedor habitual» (Chans Caviglia, 1949, p. 21).

4.5. Las medidas de combate al consumo de alcohol

De forma paulatina, en el período estudiado, se fue conformando un complejo entramado institucional centrado en la lucha contra el alcoholismo, que abarcó los campos educativo, sanitario y judicial, donde la mirada médica se volvió predominante.

El surgimiento de un conjunto de organizaciones sociales locales y nacionales y de sus instrumentos propagandísticos que apuntaban fundamentalmente a la prevención del alcoholismo, fue una característica fundamental que permitió ampliar el alcance de la mirada médica sobre el alcoholismo.

Se enfatizó, paulatinamente, en el alcoholismo como una enfermedad, siendo el médico quien debía contribuir para combatirlo «con medios cuya esencia y alcance deba, en primer término, el médico apreciar y proponer; es este quien tiene el deber ineludible de organizar un tratamiento personal y general [...] buscando prevenir para no combatir» (Etchepare, 1909, p. 144).

Con respecto a los medios para combatir el alcoholismo, se multiplicaron en la época discursos y acciones de diverso tipo y alcance: las punitivas (para prohibir la producción y venta de alcohol), las curativas (atención en clínica e internación de alcoholistas en hospitales) y las educativas (desarrollando una fuerte acción del tipo moralizante, en diversos ámbitos).

Uno de los primeros en proponer medidas fue Bernardo Etchepare (1912, p. 14), considerando

el alcoholismo un mal social y debiendo combatirse, ya que ante todo es una enfermedad, con medios cuya esencia y avance deba, en primer término, el médico apreciar y proponer, es este quien tiene el deber ineludible de organizar un tratamiento personal y general.

Etchepare (1912, p. 9) menciona al menos tres tipos de prácticas: las legales,⁸² las administrativas propiamente dichas y las morales. Las legales y administrativas transitan por la vía de la prohibición, de regular los monopolios y la represión de la ebriedad, pero «todos los remedios, cualesquiera que sean, que no ataquen la causa tendiendo a suprimirla, o a mecanismos que modifiquen la moralidad, la mentalidad y el ambiente del bebedor harán ruta falsa y solo serán paliativos en un instante». Respecto del ambiente, menciona que

hemos dicho que una buena parte de culpa la tiene el medioambiente, que asfixia toda creencia sana y que conduce por convicción errónea a la intoxicación. Ese ambiente de fe en el alcohol, de mucho tiempo atrás creído y sostenido, y, para muchos, casi hereditario, debe modificarse. (Etchepare, 1912, p. 145)

Como ya fuera mencionado, Etchepare otorga un papel esencial a la mujer en la lucha contra el alcoholismo, en asociación con el médico. La alianza establecida con la mujer, al igual que en otros contextos (Donzelot, 1986), fue la forma en que el Estado pudo penetrar en el espacio familiar, aplicando lo que Etchepare llamó «las medidas morales». Con relación a ello, anuncia que la propaganda incansable forma una modalidad de sugestión poderosa, encargando a la mujer como predicadora del mensaje en su hogar, en su salón, en las sociedades de beneficencia: «si el médico ha sido llamado el sacerdote del porvenir, la mujer ha sido llamada la sacerdotisa del hogar (representando esta unión), la unión de la ciencia y del corazón» (Etchepare, 1912, p. 271). La propaganda debe alcanzar a todas las clases de la sociedad, llevando esta «el sello impersonal de la ciencia, por intermedio de la palabra autorizada del médico» (Etchepare, 1912, p. 18). En este contexto, las mujeres están llamadas a combatir dicho mal y por sobre todo, a prevenirlo. Etchepare las caracteriza como «triunfadoras del porvenir y salvadoras de la raza» (1912, p. 279).

En *El Lazo Blanco* en 1917 se describen una serie de medidas para abolir el consumo de alcohol:

Los principales medios para combatir el alcoholismo [...] se dividen en coercitivos, morales e indirectos [...] Los morales se refieren a la propaganda y a la enseñanza antialcohólicas, por medio de la prensa, de la escuela de las sociedades de templanza. Los indirectos comprenden la asistencia al alcoholista crónico, en asilos

82 A ese respecto y según se expresa en *El Lazo Blanco* en 1917, los despachos de bebidas alcohólicas tales como almacenes, hoteles, restaurantes, cafés o confiterías deberían permanecer clausurados los días domingos o, aunque no permanecieran cerrados, el expendio de bebidas sería penalizado.

de cura y de refugio; la declaración de su incapacidad relativa para los cargos civiles y militares, cuando se trate, si no de profesionales del vicio, de habituados a su compañía ineludible: las modificaciones de la legislación que considere a la ebriedad como circunstancia atenuante de la delincuencia; finalmente, las facilidades para la provisión de empleos públicos en los casos de absoluta sobriedad y las recompensas al obrero abstinentes. (*El Lazo Blanco*, 1917b, p. 3)

En 1920, Atilio Narancio, médico reconocido por su intervención en el combate al alcoholismo, fue designado en la Cámara de Diputados para integrar la Comisión de Represión contra el Alcoholismo. Por entonces, presentó un proyecto para «perseguir el expendio de alcohol; educar a la niñez contra ese tóxico; curar al alcoholista; y cambiar el concepto equivocado de la legislación contra el alcoholista» (*El Lazo Blanco*, 1920, p. 6).

En 1913, se edita un folleto de Antonio Valeta dedicado a «la fracción culta de la sociedad» a los que le brinda «alientos [...] para que prosigan combatiendo el más repugnante, el más odioso y funesto de los vicios de la humanidad: el alcoholismo». Además de fomentar las sociedades de temperancia «tal como las existentes en varios países de Europa y América, donde los ciudadanos pueden recibir ilustraciones sobre la asquerosa y perjudicante embriaguez», establece que una de las medidas más eficaces es adoptar «un sano e higiénico régimen de alimentación» (Valeta, 1913, p. 3).

Con una clara referencia a los hábitos y costumbres de la clase trabajadora, expresa que

desfallecen en cuanto se les habla de temperancia, se burlan de los que no hacen como ellos, aunque sus frutos estén padeciendo en las salas de los hospitales, en los pabellones de los manicomios o sufriendo penas por homicidios, en las estrechas celdas de las cárceles. He ahí toda una finalidad del funesto alcoholismo, sostenido por la ignorancia, la mala organización social y por los regímenes alimenticios que están en pugna con la moral y la verdadera higiene. (Valeta, 1913, p. 6)

Valeta propone fomentar las colonias agrícolas, de modo que los «miles de obreros» que quedarían sin trabajo en la fabricación de bebidas, lo harían productivamente en este tipo de emprendimientos:

La agricultura progresaría enormemente, los obreros tendrían sanas labores, trabajarían menos y ahorrarían más y hasta llegarían a convertirse en pequeños propietarios en lugar de andar vagando por las ciudades y mendigando de puerta en puerta dónde encontrar trabajo o un mísero mendrugo de pan. (Valeta, 1913, p. 15)

En junio de 1915, bajo la iniciativa de Salterain, se crea la Liga Nacional contra el Alcoholismo (LNCA), que llevó adelante diversas medidas tendientes a eliminar el consumo de alcohol. Estaban vinculadas, principalmente, a regular el expendio de bebidas alcohólicas y a llevar adelante diversas estrategias propagandísticas y educativas en escuelas y en otros espacios. En su estatuto se declaraba que la liga «tiene por objeto trabajar por la protección del hogar, el mejoramiento de la raza y la supresión absoluta de la fabricación, venta y consumo de bebidas alcohólicas» (LNCA, 1921, p. 4).

La creación de este tipo de ligas se inspira en la tradición norteamericana de las sociedades de templanza, desarrollada entre 1919 y 1933 bajo el paradigma de la prohibición del consumo de alcohol (Sáenz Royner, 2004). Destaca Bouret (2018, p. 33) que «en toda América del Sur surgieron organizaciones de temperancia de similares características a las norteamericanas, principalmente en los centros urbanos más fuertes de Argentina, Chile y Uruguay, con apoyo de la Iglesia católica».

Es posible constatar que el problema del alcoholismo ocupó un lugar central en la agenda pública y especialmente en el campo médico sanitario, a partir de su caracterización como enfermedad. Las medidas desplegadas tuvieron un fuerte contenido moralizador, tendiente a normalizar las conductas de las familias obreras que habitaban las ciudades. Como se mostrará en las páginas que siguen, gran cantidad de campañas educativas fueron desarrolladas en escuelas, fábricas y cárceles, con las premisas de la templanza.

4.5.1. *El Lazo Blanco*: Luchar sin tregua, triunfar sin alarde

El principal vehículo de difusión oficial de las ideas de la Liga Nacional contra el Alcoholismo fue el boletín *El Lazo Blanco*. Este fue editado desde 1917 a 1948 y se limitaba a publicar las acciones desarrolladas por la liga. El órgano que gestionaba la publicación estuvo integrado por una Comisión Honoraria y una Comisión de Damas. La primera estaba presidida por el propio Joaquín de Salterain y por el abogado Pablo de María,⁸³ además de un grupo de vocales integrado por médicos, psiquiatras, políticos

83 Pablo de María (1850-1932) fue licenciado en Jurisprudencia (1874) y abogado por la Facultad de Derecho (1877). Miembro fundador del Ateneo de Montevideo y del Club Universitario, docente de la cátedra de Procedimientos Judiciales de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, y posteriormente fue decano de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales y rector de la Universidad (1893-1895, 1899-1902 y 1908-1911).

y abogados, entre los que se destaca el ya mencionado psiquiatra Bernardo Etchepare, como delegado de la Facultad de Medicina. Se destaca el peso de la medicina en la conformación de esas comisiones, lo que estaría mostrando el lugar del alcoholismo en el campo médico sanitario.

La presencia de mujeres también es notoria en todas las actividades, como lo revela la existencia de la Comisión de Damas de la Liga, que estuvo integrada mayoritariamente por las esposas de los integrantes de la Comisión Honoraria, así como de representantes extranjeros de organizaciones internacionales de combate al alcoholismo.

La Liga contaba con varias secciones que desarrollaban diversas actividades, con el objetivo de llegar a la población que entendían era portadora de hábitos de vida «desajustados» y que estos llevaban al consumo excesivo de alcohol.

Por ejemplo, la Sección de la Cuna organizaba actividades sociales (reuniones, festivales) para madres y tenía como uno de sus objetivos «prometer, por intermedio de sus madres, el cumplimiento de ser toda su infancia abstemios» (*El Lazo Blanco*, 1918, p. 9). Entre sus prácticas, a modo de ejemplo, se seleccionaban niños a quienes se les entregó un certificado que rezaba «Tiembra, Rey alcohol, cuando hayamos crecido», y a las madres se les obsequió con un diploma con las condiciones y las reglas que debían seguir ellas para con sus hijos hasta la edad de diez años, en que pasan a formar las «legiones juveniles de templanza» (*El Lazo Blanco*, 1918, p. 10).

Similar función cumplía la Sección Promadres, «organizando reuniones con madres donde se les instruye acerca de los deberes morales de las madres para con sus hijos, como también para distribuirles alimentos y ropas» (*El Lazo Blanco*, 1918, p. 13).

El objetivo de esta sección fue

ilustrar a las humildes mujeres, madres inconscientes, muchas de ellas, de la delicada misión que deben desempeñar [...] iluminar la mente de esas pobres mujeres del proletariado que no conocen su rol de madres, sino en lo que simplemente les advierte la naturaleza con sus instintos, ayudándolas a encaminarlas, en el sentido de cuidar y enseñar bien a sus hijos, preservándolos de todo peligro. (*El Lazo Blanco*, 1920, p. 15)

Por su parte, la Subcomisión Procárceles realizaba actividades en los centros carcelarios, donde principalmente se los aconsejaba sobre la práctica de la abstinencia

en el consumo de alcohol y se los educaba acerca de las consecuencias negativas del alcohol. En una de las actividades, narra una crónica, quien realizaba la oratoria

dirigió la palabra a los presidiarios exhortándolos a hacer vida de honor y de trabajo, como se les exigía en el encierro, con el noble propósito de volverlos a la sociedad regenerados y poder disfrutar como hombres de bien de las prerrogativas de la libertad; pero teniendo siempre en cuenta, sin olvidarse jamás, que hay que abstenerse de beber alcohol por ser uno de sus mayores enemigos, la causa primordial, casi siempre, de todas las malas acciones que se cometen. (*El Lazo Blanco*, 1919, p. 6).

4.5.2. Medidas antialcohólicas en el espacio escolar

Destacadas fueron las acciones desarrolladas en el espacio escolar. La intervención en las escuelas estaba organizada con un programa que captaba niños a temprana edad para realizar el ‘voto de templanza’ y a la edad de 10 años pasaban a integrar las ‘legiones juveniles de templanza’. Como se destacará en los párrafos que siguen, se trataba de un plan de autorregulación del consumo, así como de crear grupos que pudieran impartir los preceptos de la templanza. Cabe destacar la intervención directa de la medicina en el espacio escolar, y a diferencia de la gestión de las conductas problemáticas en los niños, no se estableció una alianza explícita con las maestras. El tipo de estrategia desplegada en relación con el alcoholismo fue principalmente educativa y consideró a la infancia no solo como foco de esas medidas, sino como un medio a través del cual llegar a las familias. A su vez, de la propaganda en las escuelas se derivaría que es posible salvar a las generaciones futuras, como único bien efectivo de combatir el alcoholismo, en términos de herencia. Tal como expresa uno de los integrantes,

todo consiste en que los niños sean convenientemente influidos por los que luchan contra el alcoholismo, a fin de que conozcan a tiempo los peligros del uso de las bebidas alcohólicas, no adquieran el horrible vicio, que embrutece al hombre y debilita la raza. (Rogé en *El Lazo Blanco*, 1917b, p. 2)

Al respecto de la intervención en la infancia, y tomando el ejemplo de otros países, el propio Salterain (1918, p. 2) expresó,

después de prolijos estudios, se ha juzgado conveniente empezar la campaña abstemia desde los primeros años de vida, se ha tenido en cuenta que es entonces, cuando las ideas se graban con caracteres más profundos en el alma del niño.

En 1933, la Liga Nacional contra el Alcoholismo emite un folleto con «ideas antialcohólicas», para ser difundido en las escuelas públicas. Debido al público al que se dirige, algunas lecciones fueron destinadas a explicar la producción de bebidas alcohólicas, así como la afectación del alcohol en el funcionamiento corporal. Luego se pregona la abstinencia como el único medio para prevenir el alcoholismo: «el único camino seguro para no llegar a ser alcoholista es el de la abstinencia total» (LNCA, 1933, p. 5).

El niño debe estudiar la naturaleza del alcohol y sus estragos en el hogar primero, luego en la escuela y la universidad. Es esta una tarea lenta pero perfectamente factible y eficaz. El amor firme y clarividente de las madres y de las maestras, unido al poder enérgico de los gobiernos y las leyes, impedirá que nuestros cerebros infantiles se vean ensombrecidos por el alcohol que pudiéramos ingerir más adelante por descuido educativo o respondiendo quizás a una maldita herencia tóxica. Por lo tanto, son las madres, las maestras y el Estado tres fuerzas poderosísimas capaces de combatir un vicio que aniquila la raza. (LNCA, 1933, p. 8)

También se explicita la integración de niños de 10 años a las Legiones juveniles de templanza, accediendo a ellas «luego de una intensa labor escolar» y siempre que realicen un «voto formal de abstención» (*El Lazo Blanco*, 1920, p. 10). Esta agrupación, llamada «ejército» en la publicación, instó a los niños a «efectuar la cruzada libertadora de la raza [...] y no es solo el odio al alcohol lo que se trata de inculcarles, es el odio al tabaco, al juego de azar y a todo aquello que constituya un vicio» (*El Lazo Blanco*, 1920, p. 4).

Finalmente, y luego de integrar las legiones, podría integrarse al *Club Juventud de Montevideo* denominado como ‘grupo de jóvenes propagandistas’, que se encargaba de realizar una serie de giras por todo el país con el objetivo de llevar el mensaje antialcoholista. En una reseña de una de las giras se expresaba que «la simiente de la obra de regeneración moral ha sido echada en campo propicio y es de esperar que se recojan óptimos frutos si se persevera en la noble campaña iniciada bajo tan bellos augurios» (*El Lazo Blanco*, 1920, p. 4).

4.5.3. Asistencia médico-social del alcoholista

El ya mencionado Servicio Médico social Antialcoholista (1943) desarrolló acciones de persuasión e intervención en aquellos espacios en donde se generaba el consumo, mediante una intervención grupal, en algunos casos «debido a la poderosa acción del grupo alcoholista cuya nefasta presión de continuar su obra al gravitar sobre él, hubiera ejercido análoga acción consecuencias que otros alcoholistas de más edad» (Chans Caviglia, 1949, p. 18).

Constatan en muchas de las personas que solicitan la asistencia, las consecuencias del alcoholismo: «amenaza de separación conyugal, por reyertas, abandono moral, miseria económica, falta de rendimiento en el trabajo, despido, intervención policial, tramitaciones judiciales, hospitalizaciones por alcoholismo» (Chans Caviglia, 1949, p. 19).

Una vez más, es en los antecedentes familiares y «la situación ambiental del alcoholista» donde se pone el foco de la intervención:

Los antecedentes familiares señalan ambiente social en que han vivido que puede catalogarse como regular o malo en 70 % de los casos y un 30 % bueno. Ahora bien, en este aspecto, lo que llama poderosamente la atención es el alcoholismo de los antepasados directos, padres y abuelos, que llega a cifras importantes, un 65 %. La situación ambiental del alcoholista en la faz familiar, social, moral y económica antes de caer en las garras de la bebida se puede catalogar en las clasificaciones de malo y regular, lo que demuestra un estado de peligro social sumamente propicio. (Chans Caviglia, 1949, p. 19)

El servicio fue dotado de visitadoras sociales⁸⁴ que intervendrían

al alcoholista, a su familia, y penetrando en su vida, para completar la labor médica [...] han tenido a su cargo la misión de llenar el cometido psicológico y psiquiátrico completando la acción social [...]. Nexo de unión entre el hogar y los Dispensarios, ha debido mantener intensa e inteligente lucha, sostenida hasta que el vicio fuera desterrado, colaborando luego en la reconstrucción de la familia, maltrecha por los embates del flagelo. (Chans Caviglia, 1949, p. 20)

El tratamiento para el alcoholista implicó acciones centradas en la persona y otras grupales: «es un tratamiento desintoxicante, reconstituyente y orientado a hacer

⁸⁴ Acerca del rol de las visitadoras sociales, ver: Chans Caviglia (1942) Consideraciones sobre la función de las visitadoras en las policlínicas de higiene mental. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 7(38).

desaparecer el hábito, calmar y borrar la apetencia, psicoterápico y de la integración social, y finalmente reajuste como individuo adaptado a la comunidad» (Chans Caviglia, 1949, p. 21).

En este servicio se realizaron actividades de apoyo grupal:

la terapéutica en grupo tiende a la comprensión de reacciones emocionales que capacitan al paciente a enfrentar situaciones nuevas. El alcoholista, quizás por primera vez, reconoce que el problema no es único, con el resultado consiguiente de la ruptura de su aislamiento y una reducción de la tensión. Este tipo de asistencia devuelve la capacidad para objetivar sus dificultades emocionales haciendo una composición de lugar sobre el concepto de su persona, su situación social conducta y muestra la dinámica de la personalidad que aparece bajo la influencia del alcohol. (Chans Caviglia, 1949, p. 22)

También tendría la misión de «observar y encauzar a los niños descendientes de alcoholistas, realizando la experimentación y educación principalmente por medio del juego, obteniendo de esta manera una terapéutica del grupo infantil bajo competente dirección» (Chans Caviglia, 1949, p. 24).

De este capítulo es posible concluir cómo se fueron construyendo los discursos acerca del consumo de alcohol y la figura del alcoholista. El pasaje de su consideración como vicio a su consideración como enfermedad fue central para el afianzamiento de la mirada médica sobre su abordaje tanto a nivel individual como a nivel poblacional. Esos discursos tuvieron un gran componente moralizador y estuvieron dirigidos al disciplinamiento de la clase obrera empobrecida.

Se destaca cómo la teoría de la degeneración fue el principal argumento para abordar la relación entre consumo de alcohol y descendencia. En las fuentes, también se puede observar el lugar de los preceptos de la templanza, es decir, de la moderación del consumo de alcohol, así como las regulaciones legislativas y educativas proyectadas.

A partir del estudio de los documentos relevados, se puede destacar que el consumo excesivo de alcohol se relacionaba con dos fenómenos que en la época eran fuente de preocupación: la locura y el crimen. Extensas son las publicaciones de los médicos de entonces acerca de la influencia del consumo de alcohol en los crímenes de sangre, así como en el aumento de la población del hospital psiquiátrico, producto de estados de locura generados a partir del consumo sostenido de alcohol. Ello permitió la ampliación de la mirada y de la intervención médica tanto en su tratamiento como en su prevención.

A la categorización del alcoholismo como vicio, fundamentalmente de los obreros porque se creía que perjudicaba su rendimiento laboral y las responsabilidades familiares, se sumó su clasificación como enfermedad. Al respecto, se observa como el abordaje del alcoholismo inauguró una forma de intervención en el espacio familiar, con énfasis en la alianza medicina-mujer, quienes serían las encargadas de llevar el mensaje de la templanza y de promover toda acción antialcoholista en el hogar.

Capítulo 5

Infancia, desviación y peligrosidad: hacia la detección de los niños socialmente problemáticos

Este capítulo aborda la intervención de la psiquiatría en los procesos de comprensión y regulación de un conjunto de conductas infantiles consideradas socialmente problemáticas, en las primeras cuatro décadas del siglo XX.⁸⁵

Estas conductas remiten particularmente a aquellos niños que no lograban incorporar la disciplina ni en la escuela ni en el hogar y cuestionaban la autoridad familiar y la escolar, dificultando el aprendizaje propio y el del resto. La mirada sobre estos comportamientos refiere a la amenaza que representaban para el orden social, así como el potencial peligro en términos criminales.

La intervención médica en la infancia socialmente problemática puede ser rastreada desde comienzos del siglo XX. Sin embargo, se entiende que el período que transcurre entre 1930 y 1950 posee algunos rasgos fundacionales respecto de la trayectoria posterior que la medicalización de la infancia experimentó en la segunda mitad del siglo XX (Míguez, 2012).

Desde el surgimiento de la clínica psiquiátrica en la primera década del siglo XX ya se podía observar que, aun siendo una disciplina incipiente, algunos médicos se desempeñaban como consejeros pedagógicos a través de un fuerte nexo con el sistema educativo, las escuelas y los maestros en particular. Su función en este espacio fue la de categorizar habilidades y capacidades de los niños, identificando tempranamente conductas consideradas desviadas y clasificar a los niños bajo la mirada de la anormalidad (Vomero, 2016).

Uno de los elementos claves para entender el proceso de psiquiatrización de la infancia refiere a las acciones emprendidas en torno a la higiene mental, mencionadas en capítulos anteriores de esta tesis. Se trata de acciones que buscaban prevenir las enfermedades mentales, enfatizando en la detección precoz de anomalías o

85 Fueron publicadas dos versiones preliminares de este capítulo: i) Beltrán, M. J. (2018). La intervención de la psiquiatría en el tratamiento de los niños difíciles en Uruguay (1930-1950). *Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(2), 29-49; ii) Beltrán, M. J. (2022). Infancia, desviación y peligrosidad. Hacia la detección de los niños socialmente problemáticos. En M. Mitjavila (org.). *A medicalização do espaço social: objetos discursivos e tecnologias políticas na América Latina do século XX* (pp. 57-75). 1.ª ed. LiberArs.

desviaciones, principalmente en la infancia (Vásquez, 2016). La noción de higiene mental permitió articular discursos preventivos asociados a pautas de crianza para padres, con una injerencia especial en el ámbito de la vida privada.

La psiquiatría novecentista se propuso encontrar, en ámbitos como la familia o la escuela, posibles señales patológicas o indicios de anormalidad en la infancia, desarrollando una extensa categorización, así como la implementación de medidas para encauzar ese tipo de conductas (Vomero, 2016).

Como fuera mencionado en capítulos anteriores, en el período se asistió a ciertas condiciones que coadyuvaron para una progresiva psiquiatrización de la infancia. Al respecto se destaca: una configuración socioinstitucional de atención a la infancia (Ortega, 2008; Morás, 2012; Leopold, 2002, 2014), la creciente preocupación por la composición y la reproducción biológica y social de los sectores populares (Sapriza, 2001), y la expansión del saber psiquiátrico (Duffau, 2019; Vomero, 2016).

Este período, en términos de fases y siguiendo la propuesta de Mitjavila (2020, p. 100), puede ser ubicado en aquel momento en que la infancia adquiere un valor biopolítico, signado también por el influjo de las corrientes eugenésicas. En ese contexto «la infancia comienza a ser problematizada y capturada por la lente de un tipo de conocimiento médico basado en principios higienistas como puede observarse en las preocupaciones condensadas en las figuras del ‘niño problemático’ y del ‘menor incorregible’». La prevención, consigna que fue guía en este período, indicaba la necesaria detección de aquellos menores que, con determinados rasgos, mostraban indicios de futura criminalidad.

En tal sentido, el caso uruguayo explicó a la «infancia socialmente problemática» con una etiología diversa y ecléctica que atribuyó a la degeneración, a la psicopatía y a los vínculos familiares patológicos la explicación de este tipo de conductas peligrosas. Es posible afirmar que en términos causales la familia, la educación y el medio social continuaron en este período siendo los principales elementos que explicaron el comportamiento criminal en la infancia.

Este proceso, bajo la comprensión de diversos autores puede ser denominado como *psiquiatrización de la infancia* (Caponi, 2016; Vomero, 2014a, 2014b; Míguez, 2012). Refiere especialmente a la intervención médica en un conjunto de conductas infantiles que se presentan como moralmente desajustadas (el desorden, la indisciplina, la

indocilidad, el carácter reacio, la falta de afecto) y que se transforman en condiciones patologizables.

Este proceso de intervención médica sobre la infancia, fue expuesto por Foucault (2001) para el caso francés, quien describe la inscripción de la psiquiatría en un nuevo régimen administrativo a través del cual se le demanda la certificación de comportamientos potencialmente criminales y la necesidad de encierro en algunos casos. En ese sentido, menciona el autor, la presencia de la alienación ya no es condición necesaria para la intervención médica. Con esa perspectiva, desde mitad del siglo XIX, la psiquiatría comienza a operar a partir de la noción de perturbación de la conducta y ya no desde la presencia de la enfermedad caracterizada como *alienación*.

El contenido del capítulo está organizado en tres secciones: i) la caracterización de la infancia como etapa de transición al mundo adulto y con ello el papel del Estado como agente que despliega un conjunto de instrumentos legislativos e institucionales dirigidos a la infancia-problema ii) descripción de los discursos médicos sobre la infancia anormal y su traducción en categorías diagnósticas, así como los instrumentos para su detección temprana; y iii) las medidas terapéuticas adoptadas dirigidas a corregir y encauzar a la infancia desviada.

5.1. La invención de la infancia

La infancia fue considerada un espacio privilegiado para desarrollar las estrategias de prevención de esos ‘males sociales’, tanto a nivel escolar como familiar, constituyendo, a su vez, una ampliación del espacio de intervención de la medicina, en áreas anteriormente externas a su influencia.

El proceso de modernización en Uruguay y el cambio en la sensibilidad trajo consigo la consideración del niño como un ser «con características propias» y ya no como «un hombre pequeño». A través de ese nuevo lugar para la infancia, se generó un proceso socioinstitucional en el cual esa etapa vital adquirió gran centralidad (Leopold, 2014). Así, se colocaron en la infancia las esperanzas del futuro de la nación y de la raza, proceso resignificado por las corrientes que propugnaban la reducción de la cantidad de hijos en pro de una mejora en la calidad de la prole (Sapriza, 2001). La composición y la calidad de la población, fundamentalmente relacionadas con las condiciones de

reproducción biológica y social de los sectores populares, constituyeron un foco de interés.

Por su parte, la concepción higienista reinante desde comienzos del siglo XX consideró el ambiente físico y la condición social de los sujetos como el marco en el cual se creaban los peligros sociales que integraban las enfermedades del Novecientos, así como del establecimiento de determinadas pautas de conductas basadas en la moralidad de la época (Barrán, 1993; Ortega, 2008). Elementos tales como el alcoholismo y los denominados «vicios sociales», fueron algunos de los focos de esa intervención.

Frente a este nuevo lugar social que adquirirá la infancia, se fortalecerá el proceso de escolarización, en el que

el discurso pedagógico asumirá un lugar protagónico en la categorización de la niñez y el niño pasará progresivamente a convertirse en objeto de estudio de varias disciplinas tales como la medicina, la psicología y el derecho, cuyos notorios desarrollos manifestados a partir del último tercio del siglo XIX alimentarán los discursos normativos de control y disciplinamiento sobre la infancia. (Leopold, 2014, p. 30)

Dos de los elementos más significativos de la década de 1930 refieren a la creación del Código del Niño y del Consejo del Niño en 1934, encargado de atender todos los problemas de la infancia, considerando los aspectos de desarrollo, higiene, educación y bienestar, en sentido amplio (Ortega, 2008). El Código del Niño muestra la orientación eugenésica de las estrategias de prevención que fueron implementadas en Uruguay y que pueden ser rastreadas también en la institucionalidad construida en torno a la infancia en este período (Leopold, 2002; Ortega, 2008).

La consideración de la infancia problemática fue parte de un momento histórico particular. Como fuera mencionado en capítulos precedentes, la crisis económica y social propició un aumento e intensidad de los discursos asociados a la peligrosidad, en la idea de los menores como potenciales delincuentes, principalmente aquellos niños abandonados por sus padres y que habitaban el espacio público. Esto generó que determinadas acciones estatales adquirieran, paulatinamente, la doble función de proteger y prevenir. Se buscó proteger a la niñez abandonada, pero con el objetivo de prevenir los daños sociales que puede causar este tipo de infancia. El cuidado por el bienestar del niño bajo el precepto de la protección coadyuvó para un progresivo control no solo de la infancia, sino de las familias: «en definitiva es posible afirmar que el

potencial peligro que en diferentes planos significan 'las clases degeneradas', impondrán un sistema de protección que confundirá, en muchas ocasiones el cuidado por el bienestar del niño con el mero encierro disciplinario» (Morás, 2012, p. 79).

Como fuera mencionado, la familia fue considerada responsable por la incorporación de pautas morales en la infancia (Duffau, 2013). La familia es colocada como uno de los ejes centrales de la intervención técnica, en la medida en que fue reconocida como base de la socialización de los sujetos y base de la organización social: «las relaciones intrafamiliares, y esencialmente las relaciones de amor, o más bien sus lagunas, constituyen el nervio esencial de la observación» sobre ese espacio (Foucault, 2001, p. 143).

Los discursos médicos y de la época estuvieron signados por una profunda preocupación por la supuesta crisis moral en los valores tradicionales de la familia. Esta se presenta como una entidad que puede ser enferma o sana y en donde se promueve la propagación de los valores sociales. La visión positivista y organicista reinante en la cultura del período, así como la medicalización de los problemas sociales, pondrá especial cuidado en la preservación de la salud orgánica y su correlato en el espacio social «a través de la adopción de estrictos preceptos en varios planos de la vida cotidiana» (Morás, 2012, p. 78).

Una «buena familia», «bien constituida», aseguraría la reproducción de una «buena salud», tanto física como moral. Las familias que no cumplan con ese mandato fueron catalogadas como «familias enfermas», es decir, aquellas familias desorganizadas, que se reproducían en «situaciones irregulares» (Morás, 2012, p. 76).

Considerando el discurso de la peligrosidad, una de las principales preocupaciones de médicos, jueces y abogados, fue el niño que mostraba conductas proclives al delito. La preocupación estaba centrada en las formas de detección de rasgos físicos y comportamentales que representaran indicios de peligrosidad. En segunda instancia, se encargaron de la implementación de medidas preventivas para encauzar determinadas conductas proclives al delito.

La familia, en este caso, sería sometida a diversos estudios de índole psicosocial, a efectos de establecer responsabilidades en las conductas de sus hijos, así como serán objeto de médicos, psicólogos y visitadoras, quienes los dotarán de elementos para la crianza de sus hijos.

Respecto del Estado, este se presenta como responsable del problema en dos sentidos contrapuestos: un énfasis ‘en la falta de autoridad’ como causa del problema o una ‘impotencia del Estado’ para no encontrar soluciones a un tema complejo (Morás, 2012). En cualquiera de los casos existirá, en este período, un mandato hacia determinadas profesiones respecto de su necesaria intervención para abordar las conductas de la infancia desviada y sus familias.

5.2. Peligrosidad en la infancia y espacio escolar

Se ha mencionado que la escuela fue uno de los espacios elegidos para transmitir valores que se pretendía fueran dominantes en la época. En el período que nos ocupa es preciso mencionar que desde marzo de 1930 hasta abril de 1933, el psiquiatra Santín Carlos Rossi había asumido la dirección del Consejo de Enseñanza Primaria, sustituido después del golpe de Terra por el arquitecto José Claudio Williman.

Williman, por su parte, fue una figura clave en la dirección que adoptó la educación primaria desde 1933. Expresó la necesidad de una reforma moral encaminada a través de «la reeducación de los ciudadanos para que vuelvan a proceder según las normas en que se basa una verdadera democracia» (Williman, citado en Ruiz, 1994, p. 194). Las autoridades que asumieron la educación en 1933 diagnosticaron que los valores transmitidos en la educación primaria por entonces no habían fomentado la disciplina, el valor de la patria y la nación, y que además la escuela era un espacio de aliento a la subversión. El destino de la educación primaria sería la de reencauzar su rumbo para volver a aquellos contenidos morales y espirituales, teniendo como premisa principal el regreso al patriotismo, «el amor a nuestra patria, sus símbolos, su admiración por nuestros próceres civiles militares [...], la santidad de los hogares» (Ruiz, 1994, p. 198).

Los pilares sobre los que se basó la reforma de Williman fueron: primero, propiciar un equilibrio entre el desarrollo intelectual y la formación moral y la sensibilidad; segundo, una referencia a la educación por el esfuerzo; en tercer lugar, rectificar la «formación espiritual» de los maestros, destacando la aptitudes de estos hacia el acto de enseñar y no solo sus conocimientos; finalmente, fortalecer la formación patriótica bajo el precepto de la unidad nacional (Ruiz, 1994).

Si bien en la expresión de Williman su reforma retoma los viejos preceptos varelianos, consideró que «el fin de la educación no es que todos sean iguales, porque eso es

antinatural», sino que el fin sería «proporcionar una preparación básica para que el éxito en la vida dependiera solo de las condiciones personales». Afirmó asimismo que era necesario igualar las condiciones de lucha, «respetando luego el éxito de los mejores» (Ruiz, 1994, p. 203).

Estos objetivos revelaban una concepción liberal-conservadora de la educación, que bregaba por una cultura mínima para todos, pero que a su vez debía aceptar una estructura «donde cada cosa y cada persona tenían su lugar» con base en las capacidades personales (Ruiz, 1994, p. 204).

En este sentido, la perspectiva de la gestión de Williman se centró en orientar la educación hacia el objetivo de encauzar a cada quien según el lugar que debía tener en la estructura social. En sus palabras, el rol de la escuela era preparar ciudadanos que respeten los valores republicano-democráticos, así como «aptos para combatir la anarquía, la dictadura y la democracia mal entendida» (Williman citado en Ruiz, 1994, p. 206). La democracia para Williman implicaba «un temor explícito de las clases conservadoras, especialmente de sus sectores más reaccionarios, a la ‘rebelión de las masas’», y «el cuestionamiento que estas pudieran hacer del orden socioeconómico» (Ruiz, 1994, p. 206).

Las ideas de Williman provenían de la reforma educativa impulsada por el gobierno italiano en 1923 a comienzos del régimen fascista, aquel que rindió un culto a la patria, al orden y al trabajo, y al combate al comunismo (Ruiz, 1994).

Con estas premisas fue que emprendió, desde 1933, la gestión de la enseñanza primaria. Los primeros cambios estaban encaminados a desarrollar el patriotismo y el sentimiento de nación concebido de forma totalmente diferencial al que se había desarrollado durante el batllismo.⁸⁶ En ese sentido, la nación estaba centrada en la idea de unidad nacional, y para su afianzamiento se apeló al culto a los símbolos patrios y a la represión de aquellos maestros que realizaban propaganda antirreformista (Ruiz, 1994).

En los párrafos precedentes se describieron algunas de las características de la institución escolar que fue interlocutora de las principales acciones de detección e intervención sobre la infancia problemática. En la década de 1930 y posteriormente, se observa un énfasis en utilizar el espacio escolar y sus agentes para detectar signos de

⁸⁶ «Barrán y Nahum han demostrado que el batllismo elaboró, entre 1905 y 1916, un nuevo concepto de nacionalidad, opuesto al heredado del siglo XIX» (Ruiz, 1994, p. 211), y que básicamente consistía en que la idea de patria superaba el lugar donde se nace, sino la humanidad entera.

peligrosidad en la infancia. La medicina, en ese marco, será la encargada de desarrollar métodos para su detección y de encaminar acciones de corrección y posteriormente, preventivas. Esta injerencia médica en la institución escolar se produce gracias a espacios que ya existían, tales como el Cuerpo Médico escolar, creado por un Decreto del Poder Ejecutivo en 1908. (Conde, Darrigol, Páez, 2019).

5.3 Formas de detección de «la infancia desviada»

Para Vomero (2014a, 2014b), en Uruguay, la clínica psiquiátrica infantil de la primera mitad del siglo XX se dividía principalmente en dos sujetos sobre los que colocó su atención: el débil mental y el niño díscolo. El primero refiere a aquellos niños con problemas de aprendizaje, asociados estos a la debilidad mental. El segundo grupo, fueron los menores socialmente problemáticos que con una mirada de futuro, se cuestionaba su inserción como adultos productivos en el país.

Los primeros fueron definidos como poblaciones

inferiores, débiles, deformes intelectuales, que con su anomalía misma se transformaban en una amenaza constante sobre el conjunto del orden social, sobre la población general, razón por la cual la psiquiatría debía ocuparse de ellos, clasificarlos, identificarlos y ordenar su estar en el mundo. (Vomero, 2014a, p. 2)

La noción de debilidad permitió la generalización del saber psiquiátrico principalmente hacia la infancia, pues es allí donde se manifestaban los primeros signos de anormalidad y se admitían niveles de intervención para encauzarla, tanto en el sujeto mismo como en el ambiente familiar.

Tal como afirma Foucault (2012), a través de la noción de ‘debilidad’ se produjo la psiquiatrización de la infancia, pues era allí donde se manifestaban los primeros signos de anormalidad. Entre los fundamentos de la medicalización de la debilidad mental también se observa en este período la impronta preventiva, en el sentido de encontrar en la infancia signos y síntomas capaces de preanunciar problemas futuros tales como la locura o el crimen.

En las páginas que siguen se trabaja sobre la caracterización que la psiquiatría realizó sobre el segundo grupo.

5.4. La psiquiatría nacional: características y modelos etiológicos para diagnosticar la infancia patológica

Como fuera expresado en capítulos anteriores, se afirma que la psiquiatría en Uruguay se configuró con una perspectiva diversa e integracionista que reunió perspectivas biologicistas, la teoría de la degeneración y el psicoanálisis incipiente, a partir de la segunda década del siglo XX. En este último sentido, el estudio de las conductas y las inclinaciones del sujeto, las emociones y las pasiones, enfocadas en el estudio de la personalidad, fue foco de preocupación por parte de los psiquiatras. Esto permitió incorporar a su espacio de intervención el estudio individualizado de las tendencias del sujeto, considerando su entorno familiar y social, las formas de crianza, la moralidad y los hábitos, pese a que estas dimensiones ya estaban presentes en la clínica psiquiátrica desde sus orígenes. Como se mencionó en páginas precedentes, a través de la noción de higiene mental se desarrollaron acciones tendientes a detectar rasgos patológicos en todas las etapas de la vida, pero principalmente en la infancia y la adolescencia, en la medida en que ello permitía prevenir y corregir aquellas personalidades que presentaban rasgos de desviación.

En las fuentes documentales de época, uno de los elementos centrales es el estudio de la conducta. La conducta es, para Sicco (1947, p. 4), «la manera o el modo de conducirse o comportarse. Es la manera de proceder frente a los demás». Agrega que «este modo especial de conducirse crea una forma especial de conducta». La conducta se presenta como el nexo entre el individuo y la sociedad y el desarrollar determinada conducta configura «el modo como el individuo se adapta a la vida social».

La conducta se configuraría con un factor individual y uno psicosocial. El primero de ellos está conformado por las tendencias, los deseos, los deberes morales, la decisión de la voluntad, la deliberación. El segundo factor está integrado por el medio físico, lo biológico y lo psicológico y cómo estos obran sobre el individuo «y lo obliga a reaccionar contras estas incitaciones» (Sicco, 1947, p. 5).

Del producto de estas interacciones surgen dos situaciones, la adaptación o la inadaptación. La primera se expresa «por la correspondencia entre la conducta del individuo y la de la comunidad», mientras que la segunda «se manifiesta por la anormalidad de la conducta» (Sicco, 1947, p. 6). Se asume que hay cierta variabilidad en las conductas, en un rango de leves a graves, esporádicas o pasajeras vinculadas a

determinadas situaciones, pero reconoce que otras «son la expresión de anomalías temperamentales o caracterológicas (personalidades psicopáticas) o de verdaderas enfermedades psíquicas» (Sicco, 1947, p. 7).

En 1949, el psiquiatra Fortunato Ramírez publicó un artículo acerca de las anomalías de la conducta infantil.⁸⁷ En él, reconoce que hay variaciones en la conducta dentro de un rango que considera normal, y que son variables que dependen del contexto (Ramírez, 1949). La conducta implica actos con sentido y estos están «dirigidos por su constitución psicofísica y sus experiencias psíquicas del pasado», revelando una síntesis entre lo heredado y lo adquirido.

Para poder detectar estas variaciones y establecer cuáles son normales y cuáles no, plantea la necesidad de un estudio integral de la conducta infantil realizando «un inventario todo lo más completo posible de los mismos desórdenes» (Ramírez, 1949, p. 34).

El estudio de cada niño implicaría, principalmente, los antecedentes personales y familiares, la afectividad y el temperamento, el carácter y el humor, la actividad general, la evolución sexual, la instrucción y el examen físico. Ramírez (1949, p. 35) sugiere que para cada escolar se realice una ficha médica y una endocrinológica, un examen mental e intelectual y un informe social. Se muestra abierto a incorporar la psicología al estudio de la conducta infantil: «la investigación psicológica debe estar dirigida hacia el conocimiento del temperamento, del carácter, de la personalidad total».

Como en otras concepciones de la conducta mencionadas en capítulos anteriores, parece primar un criterio ecléctico para entender la conducta infantil.⁸⁸ Para el estudio de las anomalías, el médico tiene en cuenta la edad, el factor somático, la inteligencia, el factor emocional, el sexual, el constitucional, y los factores ambientales tales como el hogar, el vecindario, la escuela.

Un caso referenciado por este médico, a modo de ejemplo, remite a un niño «indisciplinado» con ideas homicidas. Para estudiar su caso se elaboró un amplio diagnóstico que incluyó una ficha médica, una endocrinológica, un examen del nivel intelectual y un espacio destinado a la «información social». En la caracterización del

87 El artículo de Ramírez (1949) refiere a su trabajo en una policlínica de la Obra Morquio a partir del trabajo integrado con dos psiquiatras, un neurólogo, un pediatra, un endocrinólogo, dos psicotécnicos y una visitadora social.

88 El autor cita a Freud, Stekel, Kunkel, Horney, Meyer, L. Kanner, Ruhle, Hamburger, Von Karman, Anderson, Reca, Decroly, Descoedres, Lafora, Diez Abella (Ramírez, 1949, p. 36).

niño, se repasan elementos tales como los antecedentes familiares (mencionan el alcoholismo, por ejemplo), la sexualidad, y hay una indagación sobre las pautas de conducta instaladas en el hogar, en el espacio escolar y en el social.

La biografía de este niño es descrita minuciosamente, apelando a hitos que en su historia vital marcaron su temperamento indisciplinado. Al respecto de la madre, se menciona que «es una mujer algo voluble, de fondo ansiosa, pero buena ama de casa, atiende bien a sus hijos» (Ramírez, 1949, p. 42).

También hay una referencia al «ambiente» que caracterizan como un «barrio de personas muy modestas, de vida algo irregular, con vicio de alcohol frecuente [conformado por] gente sucia» (Ramírez, 1949, p. 44). En este caso, la terapéutica fue el abordaje psicológico en consultorio, así como se brindó a los padres pautas de crianza para encaminar este tipo de conducta ‘anómala’.

El psiquiatra Ventura Darder, a pedido de una escuela de educación profesional en 1927, sugiere la realización de una ficha médica y psicológica a efectos de registrar antecedentes del niño al ingreso a la escuela. La ficha médica estaría compuesta por tres componentes: la ficha neurológica, la somática y la psicológica.

La primera estaría integrada por los datos hereditarios del niño, registrando los «episodios patológicos de la primera infancia». Estos datos «deben ser suministrados por el establecimiento que se ha ocupado de su crianza o en su defecto por los padres del niño» (Darder, 1927a, p. 45). Estos episodios incluyen posibles enfermedades sufridas por el niño, que el médico entienda pueden ser consideradas a la hora de evaluar el futuro del menor. Sugiere que este tipo de registros «comenzará en el asilo o en la escuela maternal» y debía ser realizada «por los encargados de educarlos y cuidarlos» (Darder, 1927a, p. 46).

La ficha somática debe ser «clara y sintéticamente y que todo el arte del médico se ejercite en despistar las enfermedades bien compensadas, latentes, a menudo ignoradas por el enfermo y ‘entourage’» (Darder, 1927a, p. 47).

Finalmente, la ficha psicológica debía ser elaborada con el fin de evaluar la capacidad intelectual del niño «para indicarle una ruta a seguir cuando abandone la escuela». Este instrumento, según este especialista, será una forma de homogeneizar para guiar, estando «convencido de que este modo disminuirá el número de los fracasados por inadaptación» (Darder, 1927a, p. 48).

La ficha psicológica debe incluir: i) el examen de inteligencia, que será evaluado a través de diversos test; 2) la evaluación de su «capacidad de adaptación social» y iii) el examen afectivo del niño. Lo afectivo, según el autor, incluye el conjunto de las inclinaciones, de los apetitos, de las necesidades» (Darder, 1927b, p. 120).

El estudio incluye la detección de todas las tendencias del niño que emergen a partir de su conducta, tales como las «egocéntricas», las «defensivas», las «éticas y las sociales», «el amor propio» y «el sentido moral» (Darder, 1927b, p. 120).

Considera que lo más conveniente es «observar su vida [...] estudiando su comportamiento con los padres, con los hermanos, con los compañeros, con los animales y los objetos que lo rodean, que uno podrá conocer sus predisposiciones más íntimas» (Darder, 1927b, p. 121).

Del estudio de las tendencias que surgen a partir de las fichas podría emerger una clasificación de los «tipos principales». Al decir del psiquiatra serían los siguientes: los inestables, los retraídos, los paranoicos, los emotivos, los mitómanos, los perversos y los pervertidos sexuales.

Los primeros se caracterizan porque «no pueden quedarse quietos, se mueven en su asiento, incomodan a sus compañeros, se levantan, están continuamente en actividad (son) niños llamados nerviosos por los padres e indisciplinados por los maestros». En su juventud, estas tendencias se agudizan aún más y resultan personas «inconsecuentes e inconstantes» (Darder, 1927b, p. 121).

Los retraídos serían su par opuesto, son «silenciosos, retraídos [...] desinteresados del mundo exterior para vivir una vida interior puramente imaginativa» (Darder, 1927b, p. 121). En la pubertad la adaptación al medio es compleja y, en general, afirma el médico, nunca triunfan ampliamente en oficios o carreras prácticas.

Los paranoicos se caracterizan por ser «pedantes, orgullosos, pero siendo su orgullo netamente patológico [...] y su personalidad debe ser considerada como mórbida [...] en otros predomina la desconfianza y son celosos» (Darder, 1927b, p. 122). En su juventud, en general se consideran incomprendidos o perjudicados y no logran estabilidad laboral.

Por su parte, los catalogados como ‘emotivos’, «se nos presentan como tímidos, impresionables, sensitivos, emotivos al extremo» (Darder, 1927b, p. 122).

Los siguientes tipos, los ‘mitómanos’ y ‘perversos’, son los tipos más asociados a la peligrosidad, destacados por su «inafectividad», «inadaptabilidad» e «impulsividad». Los pervertidos «manifiestan conductas desviadas» asociadas a la exacerbación de lo sexual, como por ejemplo «la masturbación y el autoerotismo». Estos dos últimos casos no revisten interés para el psiquiatra, pues se entiende que no son recuperables siendo más conveniente «estar en guardia contra ellos» (Darder, 1927b, p. 123).

A tono con las preocupaciones del período, Carrere (1927, p. 36) abordó especialmente la delincuencia infantil y las formas de detección de la peligrosidad. Considera que el diagnóstico de niños indisciplinados incluía el estudio de antecedentes familiares desde padres, hermanos y hasta primos con el objetivo de detectar «todo lo que haya de hereditario y degenerativo». El estudio de estos antecedentes incluye saber si hubo en el hogar «alcoholismo, sífilis, enfermos mentales, epilepsia, prostitutas, suicidas, etcétera».

Asimismo, «será investigado lo mismo que el ambiente económico del hogar, el ambiente de afectos en que ha vivido y su moralidad». Se realizará un estudio pormenorizado de su psiquismo, lo que incluye el estudio de «su carácter, su grado de inteligencia, sus gustos, sus sentimientos afectuosos, sus instintos [...] sus facultades ideativas y perceptivas, el estudio de sus impulsiones, de su actividad y sociabilidad, de su conciencia y personalidad, de su afectividad» (Carrere, 1927, pp. 36-37).

5.5. La caracterización del niño psicopático como futuro criminal

Como fuera expresado en capítulos anteriores, hacia mediados del siglo XX la psicopatía ocupó un lugar central en la configuración de la personalidad. Antonio Sicco, —a quien ya se hizo referencia—, dedicó un capítulo de su libro a la descripción de la personalidad del niño psicopático. En él, se podrían encontrar signos de peligrosidad criminal. La idea sobre la cual se asentó esa afirmación es la siguiente: «la mayoría de las genuinas personalidades psicopáticas se revela, precozmente y, por lo general, comienzan en la infancia, pero en esta faz inicial ellas se presentan en forma embrionaria y dentro de los moldes de la psicología infantil». La etiología de la personalidad infantil, sería igual a la de los adultos: «la herencia psicopática, la alcohólica, la sifilítica, las enfermedades y el ambiente pernicioso» (Sicco, 1948, p. 238).

Es el ambiente social uno de los factores que influyen en la psicopatía: «numerosas estadísticas han demostrado que la infancia psicopática se cultiva en los medios pobres o míseros, en familias irregulares, bajo la influencia de padres inmorales o viciosos y mediante la corrupción adquirida en la vida callejera» (Sicco, 1948, p. 239).

Además del ambiente, adquirieron importancia las experiencias afectivas en la infancia: «el niño sufre por su situación mortificante o humillante y reacciona contra ella por la indisciplina y la rebeldía. El acto delictuoso es en estos casos la expresión de su protesta o de su revuelta» (Sicco, 1948, p. 239).

El diagnóstico fue uno de los elementos centrales para la detección de este tipo de conductas en la infancia. Sicco (1948, p. 240) expresó algunos de los componentes de ese diagnóstico, destacando la educación familiar y la conducta, siendo la segunda consecuencia de la primera: el tipo de conductas a ser observadas fueron la desobediencia y la haraganería, «consecuencias de una educación deficiente que no se ha preocupado de inculcar al niño el hábito de la higiene, del orden, de la obediencia, del trabajo, o ejemplos y enseñanzas perjudiciales».

Sicco (1948, p. 242) utiliza la clasificación de Binet y Simon de «Les enfants anormaux» de 1907⁸⁹ y clasifica a los niños en tres categorías: i) retardados, ii) inestables y iii) mixtos. El foco de las medidas disciplinarias estaría colocado en aquellos niños inestables. Se caracterizan por «tener el cuerpo siempre en movimiento, el carácter irritable y ser refractarios a la disciplina ordinaria». Afirma también, que siguiendo una clasificación más afinada, se pueden encontrar dentro de este, otros tres grupos: i) los inestables (hipertímicos), ii) los coléticos e impulsivos y iii) los perversos.

El primer grupo se destaca por su inquietud y falta de disciplina: «La inestabilidad se revela temprano, alcanza su máxima durante la segunda infancia y comienza a declinar en la tercera. En la adolescencia la conducta suele agravarse llegando a veces a la delincuencia» (Sicco, 1948, p. 244). Asocia «la inestabilidad infantil con la inconstancia y la volubilidad del adulto» y que en algunos casos se trata de niños «verdaderamente difíciles porque además de barullentos y revoltosos son rebeldes, violentos y agresivos» (Sicco, 1948, p. 244).

89 Alfred Binet (1857-1911), pedagogo y psicólogo francés y Theodore Simon (1872-1961), psiquiatra y psicólogo francés, fueron los creadores, en 1905, de escalas para la medición de la inteligencia en niños. En el texto al que se hace referencia, se evalúa no solo la inteligencia de los niños, sino su capacidad de adaptación social y las necesidades de educación especial para cada caso, en función de los resultados.

El segundo grupo se caracteriza porque «su disposición reactiva es polivalente y el niño irascible es a la vez irritable, violento, explosivo y impulsivo [sic]» (Sicco, 1948, p. 245)

Los niños perversos son caracterizados como insensibles y malignos: «El perverso típico es frío, sereno y calculador, pero la perversidad y la inestabilidad pueden asociarse en el hipertímico cruel y malvado de elevado potencial delictuoso» (Sicco, 1948, p. 245).

Todas las características antes descritas se expresaban como indicios de peligrosidad en la infancia. La capacidad de adaptación social fue uno de los principales indicadores a tener en cuenta en la detección de anomalías en la infancia, siendo la agresividad y la impulsividad, uno de los principales signos de dificultad para adaptarse socialmente.

En estas fuentes es posible afirmar como el ambiente familiar y la educación fueron determinantes a la hora de moldear la conducta infantil. Por ello, gran parte de las acciones se desarrollaron sobre el niño y la familia. A continuación se describen esas medidas.

5.6. La clínica de la conducta

La Clínica de la conducta fue un servicio dependiente del Servicio de Sanidad Escolar, que tuvo como objetivo atender «a los niños escolares que presentan como síntomas aparentes trastornos de la conducta, irregularidades del carácter, desadaptación o falta de orientación» (Chans Caviglia, 1946, p. 13). En la década de 1940 el servicio estaba integrado por un médico, una psicóloga y dos visitadoras sociales.

Según se expresa en los documentos que hacen referencia a este Servicio, el niño es concebido como «un ser en estado de desarrollo incompleto». Como en otros documentos, se afirma que la personalidad del niño es de conformación multifactorial, entre los que se destacan el tipo constitucional, el temperamento, la capacidad, las disposiciones, la afectividad y la moralidad» (Chans Caviglia, 1946, p. 13).

El objetivo de la clínica era realizar un diagnóstico de la conducta infantil contemplando elementos biológicos y psicológicos, así como el medio ambiente social y familiar. Ese diagnóstico tendrá como fin arribar a una orientación y terapéutica médica, psicológica, pedagógica, profesional y social adecuadas: «obtener una buena integración de la personalidad y la correspondiente integración de esta personalidad dentro del ambiente

social constituyen los fines de un servicio especializado de esta naturaleza y contribuye a lograr una perfecta adaptación» (Chans Caviglia, 1946, p. 13).

El Servicio de Sanidad Escolar completaría el examen clínico así como el laboratorio de psicología realizaría los estudios pertinentes sobre el nivel mental, aptitudes, afectividad y carácter. En ambos espacios,

se observa al menor en función del ambiente social en su totalidad, se solicita información detallada a las escuelas sobre escolaridad y reacciones del niño, y a su vez se aconseja, orienta, y trata y se sigue directamente en la clínica actuando sobre el niño y familiares o por medio de la Visitadora en la Escuela y en el hogar. (Chans Caviglia, 1946, p. 13)

Del estudio de otros factores que intervienen en la conducta infantil, se destaca la composición del hogar, la situación económica y la escolaridad de los padres. Se destaca también, «la frecuencia de problemas de educación familiar, ya sea los relativos a la propia educación de los padres (morales y culturales) o los motivados por la ignorancia sobre la manera de conducir al niño, educación equivocada, insuficiente o incomprensión» (Chans Caviglia, 1946, p. 15).

Los motivos de envío de niños «problemáticos» hacia la clínica fueron, «la turbulencia escolar», «la agresividad hacia otros niños», «la falta de atención», «el desinterés escolar», las «rabonas», «el hurto en la escuela», la «fabulación», «la falta de rendimiento escolar» (Chans Caviglia, 1946, p. 14).

Se expresan en el artículo algunos casos que por su significación merecen ser mencionados a modo de ejemplo. Uno de ellos refiere a un niño de 9 años con mala conducta. Expresa que el niño tiene buen rendimiento escolar pero presenta conductas moralmente desviadas: «en la escuela se apodera de los útiles de otros niños. Frecuenta la calle, es dominador e influye como cabecilla sobre los compañeros y cuando no le hacen el gusto los castiga» (Chans Caviglia, 1946, p. 16).

Otro de los casos a mencionar refiere a un niño de 11 años que mostraba «reacciones perversas en la casa: desarma, descompones y destroza, siendo dañino con los animales; en la escuela empuja a los demás niños, les tira del pelo, es conversador y desatento» (Chans Caviglia, 1946, p. 21). Preocupaba, en este caso en particular, la falta de comprensión de los padres del «retraimiento social del niño que permanece en la casa

aislado, sin deseos ni aspiraciones, mentando de forma remota alguna vocación» (Chans Caviglia, 1946, p. 21).

Un tercer ejemplo refiere a una niña de 7 años que fuera enviada por su carácter inestable, caracterizado por su «inquietud, hiperemotividad y trastornos del comportamiento» especialmente porque la niña al salir de la escuela deambulaba en la vía pública «con rumbo desconocido». Según se informa en el artículo, luego de una intervención familiar «se ha impedido que progresaran disposiciones psicológicas perjudiciales que estaban en marcha favorecidas por el ambiente y ha conjugado un estado de peligro moral que se había vuelto alarmante» (Chans Caviglia, 1946, p. 23).

5.7. Corregir y encauzar a la infancia inadaptada

Como fue expresado en páginas precedentes, la psiquiatría se preocupó de encontrar aquellas conductas infantiles que expresaban signos de inadaptación, principalmente en el espacio educativo. De las clasificaciones establecidas, el sujeto sobre el cual se centra la atención es aquel que es posible corregir y encauzar, aquel que, aunque presentando incorrecciones menores que perturbaran el espacio educativo o familiar, es posible de reeducar. La escuela se presentó como el espacio privilegiado para establecer las medidas correctivas para este tipo de niños, para volverlo dócil e inculcarle la adaptación a mecanismos de regularidad y principalmente a que entienda el sometimiento a la voluntad de otro, sustituyendo, en cada uno, egoísmo por altruismo (Vomero, 2014b).

En la Clínica de la conducta antes mencionada, las medidas adoptadas fueron «sobre el niño y la familia» y se realizó una «intensa orientación y educación familiar» para que los padres sepan «guiarse a sí mismos y guiar a los hijos». La asistencia realizada en este espacio incluyó mayoritariamente «la orientación educativa, social y psicológica, las medidas psicoterápicas [sic], higiénicas, dietéticas y médicas» (Chans Caviglia, 1946, p. 16).

El tratamiento de esos niños en reformatorios fue otra de las soluciones planteadas, tal como ya venía siendo implementada en la primera década del siglo XX a través, por ejemplo, del Reformatorio Educacional de Varones en Suárez creado en 1912 (Álvarez, 2017).

Carrere (1927, p. 36), psiquiatra referenciado en páginas anteriores, sugiere que en este tipo de instituciones hay dos tipos de menores: los que «son sanos mentales y los que son enfermos de su sistema nervioso, con fallas morales características de la hiper o hipostenia mental». Para el médico, los sanos mentales no abundan en estos establecimientos, sino todo lo contrario, está poblado de «menores insoportables por su agitación, los indisciplinados de todo tiempo y aquellos que por sus hábitos de haraganería y por su inercia mental y moral no se interesan por nada, perdidos en la luna de sus sueños».

Considera que es el psiquiatra quien debe detectarlos y establecer las medidas necesarias para encauzar su conducta. Posterior al ingreso al establecimiento, deberían pasar por un régimen de observación, en donde «se estudiaría sus inclinaciones, sus gustos, la modalidades de su psiquismo y su vocación al trabajo». Aquellos menores que pasados por esta etapa no logren convivir con otros, «por su inmoralidad, por su indisciplina y por su mal ejemplo permanente» serán confinados en «el pabellón de los indisciplinados para su corrección y reforma» (Carrere, 1927, p. 36). El psiquiatra prevé un seguimiento personalizado de cada uno de los menores, y en función de las características personales y la conducta que presenten se determinarán las medidas a adoptar en cada caso.

En este capítulo se han expuesto parte de las condiciones que coadyuvaron a la intervención de la psiquiatría en el tratamiento de la infancia desviada, destacando, por un lado, las causas que la especialidad atribuyó a ese tipo de conductas, las formas de detección de ellas y, por otro, las principales medidas adoptadas al respecto.

En lo que refiere al primer punto, se puede afirmar que el contexto social contribuyó a que la infancia fuera objeto de diversas intervenciones, tanto las asociadas a la protección como las que buscaron controlar a los niños que presentaban conductas desviadas, asociadas en su gran mayoría a la peligrosidad. La psiquiatría fue una de las profesiones depositarias de categorizar y detectar este tipo de comportamientos, bajo la aplicación de diversos test o cuestionarios que buscaban conductas desviadas o anormales con parámetros preestablecidos.

Hacia 1930, la psiquiatría se presentaba como una disciplina plural y ecléctica y apeló al saber psicológico para establecer parámetros clasificatorios. En ese sentido, el estudio de la conducta y personalidad del sujeto, sus tendencias e inclinaciones, fueron piezas claves por medio de las cuales la psiquiatría pudo ampliar su intervención hacia el

espacio escolar, estableciendo una alianza estratégica con el cuerpo docente, quien brindó la información necesaria para abrir paso a la intervención de los psiquiatras.

Considerando la familia como la base de socialización de los niños, encargada de la incorporación de pautas morales de convivencia y de la buena educación en la infancia, las medidas que se adoptaron fueron la intervención en el espacio familiar (a través de psicólogas y visitadoras sociales) encargadas de dotar de pautas de crianza a los padres.

Consideraciones finales

En este trabajo se han abordado las principales características que adoptó el proceso de transformación del crimen en objeto del saber y de la práctica médica en Uruguay, en las primeras cuatro décadas del siglo XX.

Para alcanzar ese objetivo se optó por una forma de abordaje que se apoyó en la genealogía propuesta por Foucault. Se identificaron aquellas condiciones de posibilidad que propiciaron que el crimen fuera problematizado y la medicina fuera asumiendo un rol protagónico en la gestión de la peligrosidad.

También, mediante un abordaje de corte genealógico se mostró como se fue constituyendo un discurso de verdad con relación al crimen y la peligrosidad, fuertemente medicalizado y basado en las concepciones de ciencia de época.

Las características que adoptó la medicalización del crimen en Uruguay encuentran similitud con las sucedidas en Europa y en otros países de la región, aunque con distintos énfasis y también ausencias.

En primer lugar, la transformación del crimen en objeto médico se produce en una sociedad que ya estaba fuertemente medicalizada y secularizada. Por ello, ya existían mecanismos institucionales que hicieron posible que la psiquiatría formara parte de un estrategia biopolítica de gestión del comportamiento criminal y la peligrosidad. Esos mecanismos estaban asociados al desarrollo del higienismo, la eugenesia y la gestión del crimen que ya se venían implementando desde el campo penal.

El período histórico que se estudia en esta tesis tuvo una serie de particularidades que funcionaron como condiciones de posibilidad para que se produjera una creciente intervención de la medicina en torno a las problemáticas del crimen y de la peligrosidad. Esas condiciones fueron forjadas por un tipo de racionalidad que atribuía a la reproducción biológica y social de la población funciones estratégicas para el desarrollo de la sociedad. A partir de ese tipo de preocupaciones, prosperaron diversas concepciones y estrategias de carácter higienista y eugenésico que permearon la gestión de los comportamientos anormales en ese período.

El crimen fue concebido como un problema que atentaba contra el progreso social y obstaculizaba los procesos de modernización y de creación de una sociedad ordenada y

por lo tanto, civilizada. En ese contexto, el crimen se convirtió en uno de los principales asuntos a ser abordados por distintas disciplinas e instituciones. Por ejemplo, las intervenciones de los médicos de policía para la detección de situaciones de vagancia y el destino de estos, estarían dando indicios de la intervención médica en situaciones que se presentaban como pre-delictuales, ya desde las últimas décadas del siglo XIX.

La institucionalización de la psiquiatría, el desarrollo que esta experimentó hacia 1920 y la confianza depositada en ella, fueron elementos fundamentales para que la medicina fuera participando cada vez más en la creación de un espacio de intersección entre anormalidad, locura y crimen. Como consecuencia de ello, la psiquiatría comienza a producir saber acerca de la peligrosidad e intervenir en diversas áreas de la vida social, cumpliendo una función política de regulación y control.

Otra de las características refiere a los modelos etiológicos que organizaron la medicalización del crimen y de la peligrosidad, en los que pudo observarse una asociación entre factores biológicos y sociales que revelarían formas de anormalidad de carácter constitucional.

En esa búsqueda de «lo constitucional», el saber psiquiátrico identificó tanto factores endógenos como exógenos y funcionó con alternancias entre ellos: desde una condición biológica de carácter esencialista hasta «condiciones malsanas» de existencia, hábitos de vida «desajustados» tales como la ausencia de hábitos de trabajo, o el consumo de alcohol. En ese sentido, peligrosidad criminal y peligrosidad social, aparecieron reunidas bajo el mismo criterio.

Hacia mediados de siglo XX, comenzó a delimitarse una tendencia a ubicar en la biografía del individuo las causas de la criminalidad y de la peligrosidad. No solo se consideró el linaje y la herencia familiar, sino también aquellas decisiones del propio individuo a lo largo de su vida que, agrupadas, estarían explicando el acto criminal y la peligrosidad social.

Este aspecto merecería un estudio exhaustivo para observar cómo se desarrolló dicha tendencia en la segunda mitad del siglo XX, así como el surgimiento de las «enfermedades de la personalidad» y la incorporación de la noción de «trastorno» como definición que permitiría superar el concepto de enfermedad como pieza clave de los procesos de psiquiatrización de ciertos desvíos comportamentales (Mitjavila, Mathes, 2012b).

Otro de los aspectos que requieren un análisis diferenciado y que si bien no fue foco de discusión en este trabajo aparecía en las fuentes consultadas, refiere a la discusión acerca del instinto o impulso criminal y de aquellos individuos que serían constitucionalmente portadores de él y cuáles serían las medidas de defensa social a ser implementadas. Por ejemplo, en la infancia considerada «socialmente problemática» hay referencias a la presencia de un «instinto indomable» y una ausencia de pautas morales para su control, los cuales fueron dos indicadores principales de la peligrosidad en la infancia.

Se afirma que como producto del integracionismo que caracterizó a la psiquiatría en Uruguay, las explicaciones médicas sobre el crimen fueron lo suficientemente amplias como para que un conjunto de condiciones ingresaran en el dominio de la peligrosidad y persistieran hasta mediados del siglo XX, tal como pudo observarse en el caso de la teoría de la degeneración.

En función de las estrategias explicativas de la psiquiatría sobre el crimen y la peligrosidad, las medidas «terapéuticas» adquirieron un carácter fundamentalmente educativo y moralizante, siendo el encierro una solución para aquellos individuos considerados extremadamente peligrosos o «irrecuperables» y las educativas para aquellos que era posible re-encauzar socialmente.

Considerando el modelo relacional como desequilibrio o desajuste, el modelo terapéutico adoptado se basó en re-establecer ese equilibrio en la relación del individuo con el medio ambiente social y familiar mediante acciones de fuerte carácter moralizador.

En esta tesis se intentó mostrar que la peligrosidad fue la noción que permitió articular la locura con el crimen y la anormalidad, y lo etiológico con lo terapéutico. En primer lugar es posible afirmar que en periodo que se estudió, se instaló fuertemente el discurso de la peligrosidad. Las leyes promulgadas principalmente en la década de 1930 así lo evidencian.

La noción de peligrosidad también posibilitó que la medicina ampliara su dominio hacia otras conductas, interviniendo en vastas esferas de la vida social. El código penal de 1934, la *ley de peligrosidad sin delito* y el conjunto de leyes vinculadas con la inmigración consolidan el tipo de visión sobre la peligrosidad que se venía gestando décadas atrás y la defensa social como forma de gestión poblacional.

Ese proceso de expansión de los dominios de la medicina a otros campos de la vida social pudo observarse de manera nítida en Uruguay, en la gestión de dos problemáticas tempranamente asociadas al crimen y la peligrosidad, y que por esa razón se convirtieron en focos privilegiados de acciones preventivas en este período: el alcoholismo y las conductas socialmente problemáticas en la infancia.

A través de la intervención en la infancia problemática, se sentaron las bases para que procesos posteriores de psiquiatrización de la infancia pudieran desarrollarse y expandirse, como puede ser observado en la intervención de la psiquiatría en el espacio escolar a través de un trabajo articulado con los docentes.

El abordaje que se le dio al alcoholismo instauró una tecnología de gestión de amenazas que se entiende perdura hasta la actualidad, caracterizada por una fuerte impronta preventiva, de carácter moralizante, dirigida a los sectores más empobrecidos de la sociedad.

Esa tecnología estuvo sustentada en la alianza de la medicina con la figura de la mujer en el ámbito familiar, por ser considerada pieza decisiva de los procesos de moralización de las costumbres.

En relación con el vínculo entre medicina y derecho, no se encontraron —como sí se puede observar en otros contextos— una disputa entre los universos médico y jurídico por la determinación de la responsabilidad penal o en torno a la reformulación de las bases para el establecimiento de penas. En ese sentido, se trata de un hallazgo relevante de la investigación aquí presentada, en la medida que las evidencias disponibles muestran un punto de partida de la medicalización del crimen mucho más facilitado que en otros países durante el mismo período, en función de una precoz y robusta institucionalización del saber médico en general y, en particular, del monopolio de la psiquiatría uruguaya para determinar parámetros de (a)normalidad que se afianzaron y posteriormente se expandieron a lo largo del siglo XX.

Sin embargo, la naturaleza y el alcance de ese vínculo entre médicos y jueces merecerían ser objetos de nuevos estudios pero es posible, por el momento, concebirlos más en términos de colaboración o co-construcción que de oposición y conflicto, aunque sí es posible evidenciar la autoridad creciente de la psiquiatría en el campo penal, en una tendencia que parece mantenerse hasta la actualidad (Bercovich, 2000).

Otra de las características que adoptó la medicalización del crimen en Uruguay refiere a la ausencia del factor racial como fuente de peligrosidad. Es razonable pensar que las discusiones respecto a la moral y la moralización de las costumbres de las clases populares ocupara un lugar central y sustituyera la discusión acerca de la raza como fuente de crimen.

Referencias bibliográficas

- Acerenza, S. (2005). Los siriolibaneses y la Ley de 1890: El racismo como ordenador de la política inmigratoria. *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay* (pp. 59-66). Facultad de Humanidades y Ciencias y de la Educación.
- Aller, G. (2008). Reseña histórica de la ley penal uruguaya. En *Dogmática de la acción y praxis penal* (pp. 7-22). BdeF.
- Almeida, M. (2006). Circuito abierto: ideas e intercambios médico-científicos na América Latina nos primórdios do século XX. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, 13(3), 733-757.
- Álvarez, F. (2017). A la búsqueda de un lugar para los menores infractores. La creación de la Colonia Educacional de Varones en Uruguay (1912-1925). *Claves. Revista de Historia*, 3(4), 191-218.
- Armand Ugón, E. et al. (1930) *Compilación de Leyes y Decretos. 1825-1930*, Montevideo, Impr. Nacional Colorada.
- Armus, D. (2016). Eugenesia en Buenos Aires: discursos, prácticas, historiografía. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, 23(10), 149-169.
- Bambaren, C.A., Espejo, L.D. (1928). Perversión psicosexual y delincuencia. *Revista de Neurología, Psiquiatría y Medicina legal*, p. 235.
- Barrán, J. P. (1993). *La ortopedia de los pobres*. Ediciones de la Banda Oriental.
- Barrán, J. P. (1995). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. La invención del cuerpo*. Ediciones de la Banda Oriental.
- Beltrán, M. J. (2018). La intervención de la psiquiatría en el tratamiento de los niños difíciles en Uruguay (1930-1950). *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(2), 29-49. [La intervención de la psiquiatría en el tratamiento de los niños difíciles en Uruguay \(1930-1950\) \(scielo.edu.uy\)](https://doi.org/10.15446/psyc.8.2.100000)
- Beltrán, M. J. (2022). Infancia, desviación y peligrosidad. Hacia la detección de los niños socialmente problemáticos. En M. Mitjavila (org.). *A medicalização do espaço social: objetos discursivos e tecnologias políticas na América Latina do século XX* (pp. 57-75). 1.ª ed. LiberArs.

- Bercovich, I. (2000). *La medicalización de la sociedad: el caso de la práctica psiquiátrica forense en el Uruguay* [Tesis de grado]. Licenciatura en Sociología – Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República Oriental del Uruguay.
- Bielli, A. (2012). *La introducción de los antidepresivos en Uruguay (1950-2000). Transformaciones de los saberes psicológicos*. Biblioteca Plural CSIC.
- Binet, A. y Simon, T. (1917). *Niños anormales. Guía para admisión de niños anormales en clases de perfeccionamiento*. M. Roig.
- Boletín de Criminología y Ciencias afines (1936). La lucha contra la delincuencia en el Uruguay. Tomo 1, n.º 2. (pp. 25-27).
- Bouret, D. (2012). Lo sano y lo enfermo. El consumo de vinos y los problemas sociales del alcoholismo en el Montevideo del Novecientos. *Boletín Americanista*, 2(65), 167-190.
- Bouret, D. (2018). *Moral y salud en el consumo de vinos. Una perspectiva histórica de las variables que inciden en el consumo de vinos y la conformación del gusto en los sectores urbanos durante la modernización*. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República.
- Caetano, G. (2021). *El liberalismo conservador. Genealogías*. 7.ª ed. Ediciones de la Banda Oriental.
- Caetano, G. y Rilla, J. (1994). *Historia contemporánea del Uruguay. De la Colonia al Mercosur*. Fin de Siglo.
- Campos, R. (1997). Higiene mental y peligrosidad social en España 1920-1936. *Asclepio*, 49(1).
- Campos, R. (2013). La construcción del sujeto peligroso en España 1880-1936. El papel de la psiquiatría y la criminología. *Asclepio*, 65(2).
- Campos, R., Huertas, R. (1992). Alcoholismo y degeneración en la medicina positivista española. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 12(41), 125-129.
- Canguilhem, G. (1978). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI.
- Caponi, S. (2009). Biopolítica e medicalização dos anormais. *Physis Revista de Saúde*

- Coletiva*, 19(2), 529-549.
- Caponi, S. (2014). *Loucos e degenerados. Uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Editora Fiocruz.
- Caponi, S. (2016). Vigiar e medicar – O DSM-5 e os transtornos ubuescos na infancia. En S. Caponi y F. Vásquez Valencia. *Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância*. LiberArs.
- Capurro, R. y Nin, D. (1995). *Extraviada*. Edel.
- Carrara, S. (1998). *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. EdUERJ.
- Carrere, J. (1927). Los médicos psiquiatras y la delincuencia infantil. *Revista de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, 2(1).
- Casarotti, H. (2007). Breve síntesis de la evolución de la Psiquiatría en el Uruguay. *Revista de psiquiatría del Uruguay*, 71(2), 153-163.
- Casarotti, H. (2015). Legislación en «psiquiatría» y «salud mental» en Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 79(2), 137-151.
- Casarotti, H. (2016). Entrevista al Dr. Humberto Casarotti. Continuando el intercambio sobre la legislación en Salud Mental. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 80(1), 45-51.
- Castel, R. (1980). *El psicoanalismo, el orden psiquiátrico y el poder*. Siglo XXI.
- Castel, R. (1986). De la peligrosidad al riesgo. En C. Wright Mills, M. Foucault, P. Poliak, H. Marcuse, J. Habermas, N. Elias, N., et al. *Materiales de sociología crítica*. La Piqueta.
- Chans Caviglia, J. C. (1942). Consideraciones sobre la función de las visitadoras en las policlínicas de higiene mental. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 7(38).
- Chans Caviglia, J. C. (1946). Funciones de la clínica de la conducta. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 11(63), 13-24.
- Chans Caviglia, J. C. (1949). Asistencia médico social del alcoholista. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 14 (80).
- Conde, S., Darrigol, M. y Páez, S. (2019). Configuración del Cuerpo Médico Escolar en Uruguay (1903-1915). *Didáskomai. Revista del Instituto de Educación*, 1(9).

- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review Sociology*, 8, 209-232.
- Contreras, M., Pérez, M.I. (2000) Los ecos de Iris. Ensayos en torno al libro *Extraviada*. Editorial Psicoanalítica de la Letra.
- Correio, C. F. R. G. V. (2014). Michel Foucault: a genealogia, a história, a problematização. *Prometeus*, 7.
- Darder, V. (1927a). Ficha médico-psicológica de los alumnos de la Colonia. *Revista de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, 1(2).
- Darder, V. (1927b). Ficha médico-psicológica de los alumnos de la Colonia. *Revista de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, 1(4).
- Darder, V. (1936) Sobre el valor del testimonio en los oligofrénicos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 4, 23-36.
- Darmon, P. (1991). *Médicos e assassinos na Belle Époque: medicalização do crime*. Paz e Terra.
- Do Campo, O. (1993). La locura: un viejo y actual problema [Tesis]. Facultad de Medicina, Universidad de la República.
- Do Campo, O. (2014). *Aportes a la historia y epistemología psiquiátrica en el Uruguay*. Facultad de Medicina, Universidad de la República.
- Do Campo, O. (2016). Reflexiones y aportes sobre la locura y psiquiatría en el Uruguay del siglo XX. Historia OdC.cdr (suhm.uy)
- Donzelot, J. (1986). *A polícia das famílias*. Graal.
- Duffau, N. (2013). *La increíble y triste historia de la mujer-perro y su madre desalmada. Enfermedad psiquiátrica y crónica roja en los orígenes de la noción de «estado peligroso»*. Ponencia presentada en las Jornadas de Investigación de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
- Duffau, N. (2015). El debate sobre los locos criminales en el Uruguay del Novecientos. En G. Bardazano. *Discutir la cárcel, pensar la sociedad: contra el sentido común punitivo*. Trilce - CSIC.
- Duffau, N. (2019). *Historia de la locura en Uruguay (1860-1911)*. Alienados, médicos y

representaciones sobre la enfermedad mental. CSIC - Universidad de la República.

- El Lazo Blanco. (1917a). Órgano de propaganda de la Liga Nacional contra el Alcoholismo. Año 1, Num.3. Mayo.
- El Lazo Blanco. (1917b). Órgano de propaganda de la Liga Nacional contra el Alcoholismo. Montevideo. Año 1, Num.4. Junio.
- El Lazo Blanco. (1918). Órgano de propaganda de la Liga Nacional contra el Alcoholismo. Montevideo. Año 2, Num.7. Mayo.
- El Lazo Blanco. (1919). Órgano de propaganda de la Liga Nacional contra el Alcoholismo. Montevideo. Año 2.
- El Lazo Blanco. (1920). Órgano de propaganda de la Liga Nacional contra el Alcoholismo. Montevideo. Año 3.
- Estapé, J. M. (1935). Clasificación aproximada de los Penados reclusos en el Establecimiento Penitenciario. En *Boletín de Criminología y Ciencias afines*, Tomo 1, num.1. Instituto de Estudios Superiores de Montevideo.
- Estapé, J. M. (1936). La Escala de los valores universales En *Boletín de Criminología y Ciencias afines*, Tomo 1, num.2. Instituto de Estudios Superiores de Montevideo.
- Estapé, J.M. (1938) La hipocondría y los estados hipocondríacos en medicina legal En *Boletín de Criminología y Ciencias afines*, 1 (4), 5-27
- Estapé, J.M. (1947) Bernardo Etchepare (el médico el profesor el jefe de escuela, el humanista, el hombre). *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 13(71), 3-14.
- Estapé, J. M., Cáceres, A. y Lombart, L. (1937). Estatutos de la Sociedad Uruguaya de Criminología. *Boletín de Criminología y Ciencias afines*, 1(3), 3-20.
- Etchepare, B. (1909). El alcoholismo mental en el Uruguay. *Revista médica del Uruguay*, 12(6), 117-148.
- Etchepare, B. (1912). La lucha contra el alcoholismo. *Revista Médica del Uruguay*, 15.
- Etchepare, B. (1913). *Los débiles mentales*. El Siglo ilustrado.
- Facal, S. (2002). Política inmigratoria de puertas cerradas. Uruguay frente a la llegada de refugiados españoles republicanos y judíos alemanes. *Revista Complutense*

de Historia, 28, 169-183.

- Falcone, R. (2008). Psicología y publicaciones periódicas en Argentina. *Revista de Historia de la Psicología en Argentina*, (1), 78-87. Facultad de Psicología, UBA.
- Falcone, R. y Kisch, U. (2008) El lugar de la psicología en las publicaciones de criminología y psiquiatría (1902-1936). Su articulación al contexto de ideas argentino. *Revista de Historia de la Psicología en Argentina*, (1), 73-77. Facultad de Psicología, UBA.
- Ferro, G. (2010). *Degenerados, anormales y delincuentes: gestos entre ciencia, política y representaciones en el caso argentino*. Marea.
- Fessler, D. (2009). *Delito y castigo en Uruguay (1907-1934)* [Tesis de Doctorado]. Doctorado en Historia. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad de la República.
- Fessler, D. (2012). *Derecho penal y castigo en Uruguay (1878-1907)*. Universidad de la República - CSIC.
- Fessler, D. (2021). *Delito y castigo en Uruguay (1907-1934)*. Fundación de Cultura Universitaria.
- Foucault, M. (1976) La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educación Médica y Salud (OPS)*; 10(2): 152-70.
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación Médica y Salud*, 11(1), 3-25.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. 2.^{da} ed. La Piqueta.
- Foucault, M. (1987). *Historia de la Sexualidad Volumen 1. La Voluntad de Saber*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (1992). *La vida de los hombres infames*. Altamira.
- Foucault, M. (2001). *Los anormales*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France. (1977-1978)*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2012). *El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1977-1978)*. Fondo de Cultura Económica.

- Foucault, M. (2018). *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber. Tomo I*. 2.^a ed. Siglo XXI.
- Freire Costa, J. (1976). *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Editora Documentário.
- Galera, A. (2005). Hacia una fisiología del delito: el modelo biotipológico de Nicola Pende. En M. Miranda y G. Vallejo (comps.). *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino* (pp. 363-374). Siglo XXI.
- García Austt, E. (1947). Uxoricidio por emoción violenta. *Revista de psiquiatria del Uruguay*, 13(71), 15-33.
- García Press, F. (2020). *Un pionero en la historia del psicoanálisis en Uruguay: Valentín Pérez Pastorini. De trazas e inicios. (1895-1948)* [Tesis de Maestría]. Maestría en Ciencias Humanas. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad de la República.
- García y Santos, F. (1902). *El alcoholismo. Locura y criminalidad*. Imprenta La Nación.
- Ginés, A. M. (1997). *Noventa años de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina*. Sindicato Médico del Uruguay.
- Giribaldi, A. (1905) Sobre establecimientos para los criminales alienados, 1905, *Revista de derecho y jurisprudencia* n°21, año II.
- Gorlero Bacigalupi, R. (2006). Dr. Joaquín de Salterain (1856-1926). En F. Mañé Garzón (comp.). *Médicos uruguayos ilustres*. Facultad de Medicina, Universidad de la República.
- Goyena, I. (1909). Exposición crítica de nuestro régimen penitenciario. *Revista de Derecho y Jurisprudencia*, 16(15), 243.
- Gros, F. (2015). Problematização. *Mnemosine*, 11(2), 296-297.
- Harris, R. (1993). *Assassinato e loucura: medicina, leis y sociedade no fim de siecle*. Rocco.
- Lamas, E., Etchepare, B. y Rodríguez, R. (1909). *Informes de los médicos internos del Manicomio Nacional. Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia pública*. El Siglo Ilustrado.
- Laplantine, F. (1991). *Antropologia da doenca*. Martins Fontes.

- Leopold, S. (2002). *Tratos y destratos: prácticas públicas de atención a la infancia en el Uruguay (1934-1973)*. [Tesis de maestría]. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.
- Leopold, S. (2014). *Los laberintos de la infancia. Discursos, representaciones y crítica*. CSIC.
- Liga Nacional contra el Alcoholismo. (1921). Estatutos. Montevideo: Imprenta del Comercio.
- Liga Nacional contra el Alcoholismo. (1933). *Ideas antialcohólicas*. Montevideo. Colombino.
- Liga Uruguaya de Higiene Mental. (1932). *Bases para la creación y organización de la Liga de Higiene Mental del Uruguay*.
- Mantilla, M. J. (2010). «Riesgo», «Peligrosidad» e «Implicación subjetiva»: un análisis de las decisiones de internación psiquiátrica en la ciudad de Buenos Aires. *Revista Interface*, 14(32), 115-126.
- Mañé Garzón, F. (1996). *Historia de la ciencia en el Uruguay*. Universidad de la República.
- Mathes, P. (2010). *Criminalização da loucura e medicalização do crime: trajetórias e tendências da psiquiatria forense* [Tesis de Maestría]. Programa de Pós-Graduação de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Mathes, Priscilla (2014). *Crime e loucura: a psiquiatria forense e a medicalização da periculosidade criminal* [Tesis de Doctorado]. Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Medinaceli, A. (1928). Importancia del rol del médico legista y psiquiatra en la aplicación del derecho penal. *Revista de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal del Uruguay*, 1(10), 276-281.
- Methol, F. (1999). *Razón científica y modernidad en el Uruguay del Novecientos. Un análisis de las ideas higienistas y sus articulaciones con los discursos políticos* [Tesis de maestría]. Universidad Federal de Río de Janeiro.
- Mieres, G. (1997). *El sector salud. 75 años de un mismo diagnóstico*. Sindicato Médico del Uruguay. Montevideo.

- Míguez, M. N. (2012). Niñez psiquiatrizada. Invisibilizando una realidad compleja. *Versión Nueva Época*, 29, 1-24.
- Mitjavila, M. (1998). *El saber médico y la medicalización del espacio social*. Universidad de la República.
- Mitjavila, M. (2010). Ciencia, técnica y algo más: los psiquiatras forenses como árbitros de la criminalidad. En R. A. Martins (org.). *Filosofia e história da ciência no Cone Sul* (pp. 439-446). AFHIC.
- Mitjavila, M. (2015). Medicalizacao, risco e controle social. *Tempo Social*, 27(1), 117-137.
- Mitjavila, M. (2020). Sobre la medicalización de la infancia socialmente problemática: objetos y trayectorias de la psiquiatría. *Política y Sociedade*, 19(46), 95-114.
- Mitjavila, M. y Espíndola, L. (2020) O álcool na etiologia do crime: indagações nos arquivos brasileiros de higiene mental (1925-1947). En M. Mitjavila y M.F. Vásquez, *Crime, medicina e sociedade. Perspectivas sócio-históricas*. Editora LiberArs.
- Mitjavila, M., Mathes, P. (2012a). Doença mental e periculosidade criminal na psiquiatria contemporânea: estratégias discursivas e modelos etiológicos. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, 22(4): 1377-1395.
- Mitjavila, M., Mathes, P. (2012b). A psiquiatria e a medicalização dos anormais: o papel da noção de transtorno de personalidade antissocial. *Interthesis*, 9(2), 84-100.
- Mitjavila, M., Mathes, P. (2016). Labirintos da medicalização do crime. *Saúde e Sociedade*, 25(4), 847-856.
- Mitjavila, M.; Ortega, E.; Beltrán, M.J. (2019). Saber médico y gestión biopolítica de la anormalidad: el combate al alcoholismo a inicios del sigloXX en Uruguay. Ponencia publicada en los Anales del XIX Congresso Brasileiro de Sociología.
- Mitjavila, M., Ortega, E. y Beltrán, M.J. (2022). Eugenesia e infancia en la sociedad uruguaya de la primera mitad del siglo XX. En M. Mitjavila (org.). *A medicalização do espaço social: objetos discursivos e tecnologias políticas na América Latina do século XX* (pp. 100-116). 1.^a ed. LiberArs.

- Morás, L. E. (2012). *Los hijos del Estado. Fundación y crisis del modelo de protección-control de menores en Uruguay*. Serpaj.
- Murguía, D., Soiza Larrosa, A. (1989) Desarrollo de la psiquiatría en el Uruguay En J. Mariategui, *La psiquiatría en América Latina*. Editorial Losada.
- Novella, E. J. y Huertas, R. (2010). El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una Aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 205-219.
- Ortega, E. (2008). *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. Trilce.
- Ortega, E. y Beltrán, M. J. (2016). *Alcoholismo, degeneración y medicalización del crimen en el Uruguay a comienzos del siglo XX*. Ponencia publicada en los Anales del XV Seminário Nacional de História da Ciência e da tecnologia. Sociedade Brasileira de História da Ciência.
- Ortega, E. y Beltrán, M. J. (2017). La teoría de la degeneración como factor etiológico del comportamiento criminal en Uruguay a comienzos del siglo XX. *Revista Teoría y Cultura*, 11(3), 29-39.
- Ortega, E. y Beltrán, M. J. (2019) La intervención de la psiquiatría en la invención del sujeto peligroso (1930-1945). *Revista Fórum lingüístico do Programa de Pós-Graduação em Lingüística da UFSC* 16,(3), 3936 – 3952. Florianópolis (Santa Catarina), Brasil.
- Ortega, E., Beltrán, M. J. y Mitjavila, M. (2018). Eugenics and medicalization of crime at the early 20th century in Uruguay. *Saúde e Sociedade*, 27(2), 354-366.
- Ortega, E., Beltrán, M. J., Mitjavila, M. (2020). La psiquiatría y la gestión de la peligrosidad criminal en la sociedad uruguaya de la primera mitad del siglo XX. En M. Mitjavila y M.F. Vásquez-Valencia (orgs.). *Crime, medicina e sociedade: perspectivas sócio-históricas* (pp. 87-102). Editora LiberArs.
- Panizza, F. (1990). *Uruguay: batllismo y después. Pacheco, militares y tupamaros en la crisis del Uruguay batllista*. Ediciones de la Banda Oriental.
- Payseé, C. (1935). El psicograma del psicópata. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 1, 3-25.

- Payseé, C. (1936). Psicogénesis de un parricidio. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 4.
- Peraza Rosas, C. D. (2017). *Higienismo y psicoanálisis en el Uruguay. La representación del Psicoanálisis en la Revista Vivir (1937-1958)*. [Monografía de grado]. Facultad de Psicología, Universidad de la República.
- Pérez, J. (2019). Los autores y postulados de la escuela de Marburgo y de la escuela de la Defensa Social. *Quadernos de criminología*, 45.
- Porrini, R. (1994). *Derechos humanos y dictadura terrista: 1933-1938*. Vintém.
- Porzecanski, T. (2011). *Inmigrantes. 1811-2011*. <http://www.1811-2011.edu.uy/B1/content/inmigrantes>.
- Prins, A. (1912). *La defensa social y las transformaciones del derecho penal. Versión española y prólogo sobre la génesis de la defensa social de Fernando Castejón*. Hijos de Reus editores.
- Programa del curso Antropología Criminal. (1936). En *Boletín de Criminología y Ciencias afines Tomo 1, n.º 2*. Instituto de Estudios Superiores de Montevideo.
- Puppo Touriz, H. (1983). La cátedra de psiquiatría. Su evolución histórica. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 48(283), 19-36.
- Ramírez, F. (1949). Anomalías de la conducta infantil. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 4(80).
- Rodríguez, C. (2020). *La eugenesia en el Uruguay y su vínculo con el campo de la educación física (1900-1948)*. [Tesis de maestría]. Universidad de la República.
- Rossi, S. C. (1914). *El alienado y la sociedad*. Administración de Loterías.
- Rossi, S. C. (1919). *El criterio fisiológico*. Montevideo: Tipografía Moderna
- Rovira, A. (1960). *El estado peligroso en la legislación uruguaya*. Jefatura de Policía de Montevideo, Instituto de Enseñanza profesional.
- Ruiz, E. (1994). Escuela y dictadura. La enseñanza primaria durante el terrismo (1933-1938). En O. Cures, N. Da Cunha y R. Porrini. *Desde abajo. Sectores populares en los años treinta*. Ediciones de la Banda Oriental.
- Saenz Royner, E. (2004). La prohibición norteamericana y el contrabando entre Cuba y los Estados Unidos durante los años veinte y treinta. *Innovar, Revista de*

Ciencias Administrativas y Sociales, n.º 23, enero-junio.

- Salterain, J. de (1918). *Sobre alcoholismo*. Montevideo. Imprenta Nacional.
- Sapriza, G. (2001). *La utopía eugenista: raza, sexo y género en las políticas de población en Uruguay (1920-1945)*. [Tesis de maestría]. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República.
- Sapriza, G. (2021). El caso del aborto en el Uruguay de Terra (1933-1938). *Revista De Derecho Penal* (18), 79-85.
<https://revistas.fcu.edu.uy/index.php/penal/article/view/2653>
- Sicco, A. (1947a). La conducta. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 13(68).
- Sicco, A. (1947b). *La personalidad (estudio objetivo)*. Independencia.
- Sicco, A. (1948). *Personalidades psicopáticas. Hombres y vidas normales. Anormales. Antisociales*. El Ateneo.
- Silva, C. (2014). *Entre la Justicia y la Psiquiatría Convivencia de dos instituciones en el sector de seguridad del hospital psiquiátrico*. [Tesis de maestría]. Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús.
- Soiza Larrosa, A. (1980). Antecedentes históricos sobre el desarrollo de la psiquiatría en el Uruguay. 1788-1912. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, (267), 97-119.
- Soiza Larrosa, A. (1983). Esbozo histórico sobre la psiquiatría y sus servicios hospitalarios en el Uruguay (1788 – 1907). *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 48, 1-18.
- Soiza Larrosa, A. (2002). Médicos al servicio de la verdad jurídica: historia de los médicos de policía y los médicos forenses en el Uruguay (1826-1918). *Revista de Derecho Penal*, 13, 663-677.
- Sozzo, M. (2015). *Locura y crimen: nacimiento de la intersección entre los dispositivos penal y psiquiátrico*. Didot.
- Stepan, N. (2005). *A Hora da Eugenia: raça, gênero e nação na América Latina*. Fiocruz.
- Suburú, A. (2007). *Historia del balón: deporte nacional uruguayo*. El Autor.
- Talak, A. M. (2005). Eugenesia e higiene mental: usos de la psicología en la Argentina, 1900-1940. En M. Miranda y G. Vallejo. *Darwinismo social y eugenesia en el*

mundo latino. Siglo XXI.

- Trochón, I. (2008). *Cosecha de sangre: crímenes que conmovieron al Uruguay en el siglo XX*. Editorial Fin de siglo.
- Turnes. (s.f.). *Víctor Zerbino (1888-1943)* en Personalidades médicas. Sindicato Médico del Uruguay <https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/zerbino.pdf>
- Uarth, M. C. y Almeida, F. M. (2004). *Metamorfoses da Noção de «Indivíduo Perigoso» na Psiquiatria Forense Brasileira*. Seminário Internacional Michel Foucault: Perspectivas, 21 a 24 de setembro de 2004. Simpósio Temático n.º 7: Foucault, a História e a Atualidade.
- Urteaga, L. (1985). Higienismo y ambientalismo en la medicina decimonónica. *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 5, 417-425.
<https://raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/121798>
- Uruguay. (1936). Ley 9.581. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/9581-1936>
- Uruguay. (1941). Ley 10.071. Política social. Medidas de seguridad.
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/10071-1941>
- Valeta, A. (1913). *Estragos del alcoholismo. Forma racional de combatirlo*. Imprenta La Rural.
- Vallejo, G. y Miranda, M. (2004). Los saberes del poder: eugenesia y biotipología en la argentina del siglo XX. *Revista de Indias*, 64(231), 425-444.
- Varela, J. y Álvarez-Uría, F. (1997). *Genealogía y sociología. Materiales para repensar la modernidad*. El Cielo por Asalto.
- Vásquez Valencia, F. (2016). A personalidade doente: higiene mental e medicalização da infância. En S. Caponi y F. Vásquez Valencia. *Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância* (pp. 85-102). LiberArs.
- Vega, G. (2019). Problematización, historia del pensamiento y arqueología en Michel Foucault. *Nuevo Itinerario* 76(15), 75-106.
- Visca, P. (1980). Biografía del doctor R. Adolfo Brunel (1810-1871). En *Sesiones de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina*, Vol. III (pp. 120-140). Juan

Ignacio Gil y Fernando Mañé Garzón.

- Vomero, F. (2009). *Enfermedad mental, saber psiquiátrico, cultura y orden social en el Uruguay de la primera mitad del siglo XX. Pedro Rodríguez Bonaparte: un anarquista en el Vilardebó*. [Tesis de maestría]. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República.
- Vomero, F. (2014a). *La psiquiatrización de la infancia en el Uruguay. Parte I: Bernardo Etchepare y el nacimiento de los débiles mentales*. Articulando. <http://articulando.com.uy/la-psiquiatrizacion-de-la-infancia-parte-i>
- Vomero, F. (2014b). *La psiquiatrización de la infancia en el Uruguay. Parte II: El niño como un ser promitivo y anormal*. Articulando. <http://articulando.com.uy/la-psiquiatrizacion-de-la-infancia-parte-ii>
- Vomero, F. (2016). *¿Qué significa clasificar en psiquiatría?* Articulando. <https://articulando.com.uy/clasificar-psiquiatria/>
- Vomero, F. (2021). *Enfermos, anormales y peligrosos. Anarquismo y psiquiatría en el Uruguay. Un análisis de los estudios psiquiátricos realizados a los anarquistas que protagonizaron el asalto al Cambio Messina y a la Panadería La Estrella del Norte (1927-1958)*. Academia. (99+) Enfermos, anormales y peligrosos. Anarquismo y Psiquiatría en el Uruguay | Fabricio Vomero - Academia.edu
- Vomero, F. y Beltrán, M. J. (2022). El caso de Iris Cabezudo: intervenciones psiquiátricas, efectos y resistencias en el Uruguay (1935-1985) En M. Mitjavila (org.). *A medicalização do espaço social: objetos discursivos e tecnologias políticas na América Latina do século XX* (pp. 57-75). 1.^a ed. LiberArs.