

Historia de la locura en Uruguay (1860-1911)

Alienados, médicos
y representaciones
sobre la enfermedad mental

Nicolás Duffau

Nicolás DUFFAU

HISTORIA DE LA LOCURA
EN URUGUAY (1860-1911)

*Alienados, médicos y representaciones
sobre la enfermedad mental*

La publicación de este libro fue realizada con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (csic) de la Universidad de la República.

Los libros publicados en la presente colección han sido evaluados por académicos de reconocida trayectoria en las temáticas respectivas.

La Subcomisión de Apoyo a Publicaciones de la csic, integrada por Luis Bértola, Carlos Carmona, Carlos Demasi, Mónica Lladó, Alejandra López, Sergio Martínez, y Aníbal Parodi ha sido la encargada de recomendar los evaluadores para la convocatoria 2017.

© Los autores, 2017

© Universidad de la República, 2019

Ediciones Universitarias,
Unidad de Comunicación de la Universidad de la República (UCUR)

18 de Julio 1824 (Facultad de Derecho, subsuelo Eduardo Acevedo)
Montevideo, CP 11200, Uruguay
Tels.: (+598) 2408 5714 - (+598) 2408 2906
Telefax: (+598) 2409 7720
Correo electrónico: <infoed@edic.edu.uy>
<www.universidad.edu.uy/bibliotecas/>

ISBN: 978-9974-0-1633-0

CONTENIDO

PRESENTACIÓN DE LA COLECCIÓN BIBLIOTECA PLURAL, <i>Roberto Markarian</i>	5
AGRADECIMIENTOS.....	7
INTRODUCCIÓN.....	9
Metodología y fuentes	14
INSTITUCIONALIZAR.....	19
Del Asilo de Dementes al Hospital Vilardebó.....	21
ESTUDIAR.....	75
El desarrollo de la psiquiatría en Uruguay.....	77
La definición y las causas de las enfermedades mentales.....	107
El tratamiento.....	145
SEÑALAR.....	185
Las causas sociales de la locura	187
REPRIMIR Y CONTENER.....	247
Relación entre medicina y derecho.....	249
SÍNTESIS Y CONSIDERACIONES FINALES	277
COLOFÓN	285
FUENTES.....	287
BIBLIOGRAFÍA.....	295

Presentación de la Colección Biblioteca Plural

La Universidad de la República (Udelar) es una institución compleja, que ha tenido un gran crecimiento y cambios profundos en las últimas décadas. En su seno no hay asuntos aislados ni independientes: su rico entramado obliga a verla como un todo en equilibrio.

La necesidad de cambios que se reclaman y nos reclamamos permanentemente no puede negar ni puede prescindir de los muchos aspectos positivos que por su historia, su accionar y sus resultados, la Udelar tiene a nivel nacional, regional e internacional. Esos logros son de orden institucional, ético, compromiso social, académico y es, justamente, a partir de ellos y de la inteligencia y voluntad de los universitarios que se debe impulsar la transformación.

La Udelar es hoy una institución de gran tamaño (presupuesto anual de más de cuatrocientos millones de dólares, cien mil estudiantes, cerca de diez mil puestos docentes, cerca de cinco mil egresados por año) y en extremo heterogénea. No es posible adjudicar debilidades y fortalezas a sus servicios académicos por igual.

En las últimas décadas se han dado cambios muy importantes: nuevas facultades y carreras, multiplicación de los posgrados y formaciones terciarias, un desarrollo impetuoso fuera del área metropolitana, un desarrollo importante de la investigación y de los vínculos de la extensión con la enseñanza, proyectos muy variados y exitosos con diversos organismos públicos, participación activa en las formas existentes de coordinación con el resto del sistema educativo. Es natural que en una institución tan grande y compleja se generen visiones contrapuestas y sea vista por muchos como una estructura que es renuente a los cambios y que, por tanto, cambia muy poco.

Por ello es necesario:

- a. Generar condiciones para incrementar la confianza en la seriedad y las virtudes de la institución, en particular mediante el firme apoyo a la creación de conocimiento avanzado y la enseñanza de calidad y la plena autonomía de los poderes políticos.
- b. Tomar en cuenta las necesidades sociales y productivas al concebir las formaciones terciarias y superiores y buscar para ellas soluciones superadoras que reconozcan que la Udelar no es ni debe ser la única institución a cargo de ellas.
- c. Buscar nuevas formas de participación democrática, del irrestricto ejercicio de la crítica y la autocrítica y del libre funcionamiento gremial.

El anterior rector, Rodrigo Arocena, en la presentación de esta colección, incluyó las siguientes palabras que comparto enteramente y que complementan adecuadamente esta presentación de la colección Biblioteca Plural de la

Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC), en la que se publican trabajos de muy diversa índole y finalidades:

La Universidad de la República promueve la investigación en el conjunto de las tecnologías, las ciencias, las humanidades y las artes. Contribuye, así, a la creación de cultura; esta se manifiesta en la vocación por conocer, hacer y expresarse de maneras nuevas y variadas, cultivando a la vez la originalidad, la tenacidad y el respeto por la diversidad; ello caracteriza a la investigación —a la mejor investigación— que es, pues, una de las grandes manifestaciones de la creatividad humana.

Investigación de creciente calidad en todos los campos, ligada a la expansión de la cultura, la mejora de la enseñanza y el uso socialmente útil del conocimiento: todo ello exige pluralismo. Bien escogido está el título de la colección a la que este libro hace su aporte.

Roberto Markarian

Rector de la Universidad de la República

Mayo, 2015

Agradecimientos

El trabajo que aquí se presenta es una adaptación de la tesis de doctorado realizada en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires y defendida en junio de 2016. El libro respeta las ideas centrales de ese texto, pero ha sufrido modificaciones que permiten la lectura fluida de un producto elaborado inicialmente para cumplir con los requerimientos académicos de un posgrado. Ha sido necesario unir capítulos, eliminar otros, reordenar partes significativas del texto y desbrozar diversas consideraciones historiográficas o teóricas.

La edición no modificó las innumerables deudas que he contraído con distintas personas que me ayudaron a lo largo del proceso y que, en los últimos seis años, me han escuchado hablar con insistencia sobre «locos», trementina, simulaciones o sillones de Darwin.

Deseo agradecer a mis amigos Ernesto Bohoslavsky y Vania Markarian, quienes, además, oficiaron de tutor y cotutora de la tesis respectivamente. Ambos, desde el inicio del proceso, depositaron en mí su confianza, estímulo y apoyo, además de que fueron atentos lectores de cada párrafo. Vania ofició originalmente de directora de mi proyecto de Iniciación a la Investigación, financiado por la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República, en el cual abordé algunos aspectos parciales tratados en profundidad en la tesis.

Cualquier investigación individual es también colectiva, por lo que soy tributario de comentarios, críticas y sugerencias de distintas personas. Las deudas acumuladas son numerosas, por lo que sería imposible nombrar aquí a todos los que merecen mi agradecimiento, ni corresponder con una frase ascética sus ayudas.

Debo reconocer, en primer lugar, a Daniel Fessler, por las sugerencias, las recomendaciones bibliográficas y el permanente envío de fuentes. Sin su amistad y estímulo este trabajo sería otro.

Asimismo, debo retribuir la generosidad de amigos y colegas, quienes aportaron fuentes, bibliografía y opiniones: Martín Albornoz, Ismael Apud, Andrés Azpiroz, Cecilia Baroni, Alex Borucki, Mauricio Bruno, Gerardo Caetano, Agustín Cano, Santiago Delgado, Mario Etchechury, Magela Fein, Diego Galeano, Mercedes García Ferrari, Daniel Gil, Aldo Marchesi, Mónica Maronna, Guillermo Milán, Lourdes Peruchena, Raquel Pollero, Rodolfo Porrini, Soledad Prieto, Pablo Rocca, Ana María Rodríguez, Marcelo Rossal, Ana Sosa, Florencia Thul, Georgina Torello, Yvette Trochon e Isabel Wschebor. Daniel Vidal me orientó en el estudio sobre el vínculo entre locura y anarquismo; lo mismo hicieron Inés Cuadro y Diego Sempol, quienes me asistieron en el apartado dedicado a la relación entre locura y sexualidad. Gianella Bardazano me ayudó a entender algunas complejidades de la codificación jurídica uruguaya.

Entre los médicos, debo agradecer a Luis Broquetas, Pablo Fidacaro, Ángel Ginés, Antonio Turnes y Margarita Wschebor, quienes, desde sus especialidades, brindaron información a alguien ajeno al campo de la medicina y la psiquiatría. Gracias a ellos, pude entender los efectos del tratamiento y las características de las instituciones hospitalarias.

Álvaro Rico, decano de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad de la República, colaboró en distintas gestiones que me permitieron acceder a los archivos del Hospital Vilardebó.

Quiero agradecer también a Ana Frega, quien ha sido un apoyo fundamental y una fuente de orientación permanente.

Mi amiga Nairí Aharonian leyó la versión final de la tesis y corrigió buena parte de mis errores de redacción. Me devolvió el texto «y un montón de comas».

En Buenos Aires, Silvia Pérez me auxilió cada vez que la necesité con gestiones y trámites en la laberíntica Universidad de Buenos Aires.

He participado como expositor en distintos eventos académicos, en los cuales presenté avances de la investigación y algunos subproductos fueron enviados a revistas especializadas; gracias a los comentarios y los arbitrajes realizados, pude mejorar partes sustanciales de la tesis o corregir algunas imprecisiones.

Graciela Sapriza, Lila Caimari y Eduardo Zimmermann integraron el tribunal de defensa de tesis. Quiero agradecer especialmente a Lila y Eduardo, quienes, como desde hace varios años, hicieron aportes sustanciosos para mejorar la versión final del texto y para pensar en nuevos caminos de investigación.

Sin la ayuda de los funcionarios del Hospital Vilardebó no hubiera sido posible llevar a cabo la tarea de relevamiento documental. También agradezco a Analaura Collazo de la biblioteca de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación y del Museo Histórico, a los funcionarios del Archivo General de la Nación, del Departamento de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, del Archivo General de la Universidad, del Archivo Nacional de la Imagen y a Daniel Sosa del Centro de Fotografía de Montevideo.

Hago una dedicatoria especial a Álvaro Alexander *el Chino* Recoba, porque la angustia de escribir una tesis y el nerviosismo que me generó esperar la defensa de doctorado solo se apaciguaron cada vez que me convenció de que el fútbol es cuestión de magia y la fuerza de gravedad, un invento.

Finalmente, quiero reconocer a mi familia por el apoyo de siempre, por brindarme soportes logísticos mientras realizaba esta investigación y escribía la tesis; fundamentalmente, a mi esposa Magdalena Broquetas, quien me apoyó desde el principio y con todo su amor y paciencia se encargó de Juan y Catalina mientras yo trabajaba. Ella acompañó, como en otras oportunidades, cada paso de mi trabajo con su inteligencia, sus consejos y su afecto incondicional. Les dedico este libro a ella, a Juani y a Cata, a sabiendas de que cualquier dedicatoria es insuficiente para retribuir todo lo que ellos hacen por mí.

Introducción

El 26 de junio de 1889, dos personas, un hombre y una mujer, plasmaron la impresión que les había generado la visita al Manicomio Nacional: «Muy bien», firmó el médico argentino Eduardo Wilde, y «¡Qué tristeza!», afirmó Ernestina Costa.¹ Estas dos manifestaciones, tan distintas entre sí, seguramente poco tendrían que ver con las cualidades atribuidas a uno y a otro género durante la época. En las palabras de la mujer, podríamos ver cierta empatía con la situación de subordinación de los enfermos psiquiátricos, dado que, como sobre ellos, sobre las mujeres recayeron con más fuerza los condicionamientos de la época que intentaron (no siempre con éxito) disciplinar a la sociedad. Podríamos preguntar: ¿qué impresiones despertaba en la sociedad la presencia de un establecimiento de reclusión manicomial?, e, incluso, ¿qué factores contribuyeron a su legitimación? Y, al mismo tiempo, cuestionar: ¿qué trato se daba a los llamados «locos» o «enajenados» a comienzos del siglo XIX y a lo largo de toda la centuria? ¿Quiénes iban al Manicomio Nacional?, ¿solo aquellos que tenían algún tipo de psicopatología pasaron por la institución que durante cincuenta años —si contamos los veinte (entre 1860 y 1880) durante los que se llamó Colonia de Alienados— rigió los destinos de los «anormales»? En otras palabras, ¿no pudo haber algún tipo de etiología social por la cual travestidos, revolucionarios, delincuentes y mujeres que causaran «disgustos» también fueran enviados a dicha institución?

La historiografía uruguaya se ha concentrado en la ampliación de los derechos sociales y políticos a comienzos del siglo XX (asistencia sanitaria, legislación laboral, fin de la restricción política para ejercer el voto), pero no se ha referido prácticamente al trato conferido por ese mismo Estado a los enfermos mentales y a la protección brindada a los ciudadanos con enfermedades psiquiátricas (lo mismo podríamos decir de los internos de otros establecimientos de reclusión y aislamiento). Al mismo tiempo, no ha analizado de forma sostenida el desarrollo de la psiquiatría, la evolución de sus principales instituciones, ni la vinculación entre determinadas políticas sociales y el desarrollo de esta rama, en un principio, menor, de la medicina. Los trabajos elaborados en Uruguay se encuentran rezagados en los análisis retrospectivos de las corrientes de ideas que legitimaron el funcionamiento de diversas instituciones de control social.

Nuestro trabajo apunta a saldar, en parte, este déficit, mediante el abordaje historiográfico de uno de esos aspectos: la disciplina psiquiátrica, las corrientes de ideas que la sustentaron y la construcción de la figura del loco como uno de los elementos que era necesario erradicar de un pensado país modélico. Este libro pretende analizar en perspectiva histórica la principal institución de reclusión psiquiátrica del período, ya que su presencia en la vida cotidiana de los uruguayos lleva a que consideremos su existencia como algo dado (con la

1 Hospital Vilardebó, *Manicomio Nacional. Libro de visitantes*, f. 1, 26 de junio de 1899.

recurrencia a chistes o latiguillos en relación con los locos) e imbricado con la cultura local, pero su análisis histórico sigue siendo una ausencia significativa en el desarrollo de otras instituciones de salud y del Estado en general. Más problemático aun si tenemos en cuenta que el Hospital Vilardebó sigue siendo, como hace cien años, el nosocomio público al que asisten los enfermos psiquiátricos de menores recursos. Con ese punto de partida, nuestra investigación plantea estudiar el desarrollo de la psiquiatría como disciplina entre 1860 y 1911 y analizar las articulaciones existentes entre la construcción del poder estatal y la asistencia sanitaria. El tramo cronológico abordado abarca la fundación del Asilo de Dementes en 1860, su redenominación como Hospital Vilardebó en 1910, pasando por la formación en 1907-1908 de la Cátedra y Clínica Universitaria de Psiquiatría, dependiente de la Facultad de Medicina. Nuestro trabajo trata, en el marco espaciotemporal precisado, de penetrar en los comportamientos vividos y confesados de la sociedad uruguaya de la época sobre la locura, y, a la vez, de ver de qué forma esa percepción sobre los locos fue mutando con el tiempo en paralelo a las transformaciones en la vida médica y jurídica del país.²

Las transformaciones económicas de la segunda mitad del siglo XIX, el nuevo modo de producción, consecuencia de las modificaciones tecnológicas en el medio rural, el aluvión inmigratorio y la inserción del país en el mercado capitalista mundial provocaron cambios en la moral dominante, que se trasladaron a distintos planos de la vida social y cultural, y convirtieron a los enfermos psiquiátricos en figuras de rechazo, en hombres y mujeres que habían perdido la razón, que eran improductivos y desinhibidos. Ese mismo contexto fue modificando la conceptualización jurídica del loco, imponiendo nuevas leyes y códigos.

Para solucionar la existencia de esos hombres y mujeres considerados improductivos e inadaptables a la sociedad moderna, «degenerados» o «alienados mentales» —como se los comenzó a llamar desde la segunda mitad del siglo XIX—, fue necesario que el Estado creara una institución de contención y aislamiento. Esta problemática empezó a subsanarse en junio de 1860 con el primer traslado de enfermos psiquiátricos internados en el Hospital de Caridad hacia la quinta de la sucesión de Miguel Antonio Vilardebó en la zona del Arroyo Seco. En ese período, nació el primer manicomio local, llamado Asilo de Dementes, establecimiento en el cual los enfermos psiquiátricos eran enviados para ser cuidados y en el que los médicos ocupaban una aparente función secundaria, ya que la institución era regentada por la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública que otorgó plena potestad para el tratamiento de los asilados (en este y en varios nosocomios) a la Hermandad de Caridad.

El asilo funcionó en la órbita del catolicismo, que entabló una relación estrecha entre la existencia de hospicios de alienados y las prácticas de control

2 La referencia a palabras como *locos*, *locura*, *alienados*, *enajenados*, *descendencia mórbida*, entre otras, conexas a la temática tratada, no responde a una nosografía psiquiátrica, sino a la forma en que fueron llamados los enfermos psiquiátricos en el período aquí considerado.

social, pero, al mismo tiempo, legitimó el discurso médico al aplicar el principio de aislamiento pregonado por la escuela francesa, en especial por Philippe Pinel y Jean-Étienne Dominique Esquirol. Esta orientación no se modificó el 25 de mayo de 1880 cuando, con la presencia de la plana mayor del Gobierno, entre ellos, el presidente y médico Francisco A. Vidal, el asilo pasó a denominarse Manicomio Nacional, nombre que llevó hasta 1911, año en el que por un decreto del Poder Ejecutivo fue redenido Hospital Vilardebó, centro estatal para enfermos mentales pertenecientes a los estratos sociales más bajos (y, en algunos casos, no tan bajos).

De forma paralela, la Universidad Mayor de la República comenzó a formar médicos y juristas especializados en el trabajo con enfermos psiquiátricos. Desde la década del setenta del siglo XIX, trabajos elaborados en la Facultad de Medicina y en la Facultad de Derecho de la Universidad plantearon la problemática de los enfermos psiquiátricos y sugirieron la implementación de políticas específicas para el tratamiento (clínico y jurídico) de los alienados.

Como una de las hipótesis de nuestro trabajo, podríamos pensar que los médicos utilizaron instituciones ya existentes y que gozaban de cierto prestigio entre la población, en tanto eran vistas como casas de salud que alejaban la anormalidad, para legitimar las nuevas prácticas y anular procedimientos de otra época. Ese proceso no fue meramente institucional, sino que precisó de un marco de ideas que también lo legitimara, aunque importa señalar que el Asilo de Dementes no surgió de forma aislada, sino que, por el contrario, se inscribió en el contexto de las transformaciones económicas, sociales y culturales por las que comenzó a atravesar el Uruguay en la segunda mitad del siglo XIX. A su vez, la *medicalización* dependió de la actuación de los juristas, que empezaron a considerar a los enfermos psiquiátricos como sujetos de derechos, pero a los que era necesario inhabilitar en su capacidad civil y contener en instituciones de reclusión. Por tanto, planteamos como otra hipótesis de trabajo que el campo de la psiquiatría en el ámbito local dependió de la actuación de los abogados, quienes elaboraron propuestas específicas para la contención de los alienados.

Otra de las hipótesis, establecida como base de esta investigación, propone que, en ese contexto, los enfermos psiquiátricos, entre otras figuras de la marginalidad (como los inmigrantes pobres, los delincuentes rurales y las prostitutas), fueron expuestos por las elites ilustradas como responsables de prácticas censurables (y, muchas veces, punibles) que era necesario eliminar para imponer otro tipo de valores, entre los cuales sobresalían el ahorro, el trabajo, una vida ordenada, una sexualidad contenida o el respeto irrestricto a la propiedad privada. En estos intentos de «normalización», resultaron fundamentales el par binario *normalidad/patología* y el concepto de *degeneración*, que permitieron construir la imagen del otro no normalizado como peligroso para la población. 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 al nuevo modelo de subordinación que se instaló en la segunda mitad del siglo XIX. En

la mayor parte de las historias clínicas que se publicaron en las revistas especializadas en medicina, el enfermo mental mostraba alguna psicopatía; sin embargo, también era presentado como un transgresor de las convenciones que comenzaron a regir en el Uruguay moderno y que ordenaron a las mujeres obedecer a los hombres y a la población económicamente activa a trabajar y sujetarse a la racionalidad burguesa, y que ciñeron la actividad sexual a estrictas normas de base católica (pese a que el catolicismo, de a poco, perdió su influencia en otros aspectos de la vida pública y privada, como consecuencia del proceso de secularización). Por tanto, atacando el medio social, los psiquiatras buscaban retrasar o evitar que los «anormales» despertaran su anormalidad y, al mismo tiempo, combatir aquellos focos del vicio (alcohol, mala alimentación, promiscuidad) que generaban una «descendencia mórbida».

De esta manera, la psiquiatría habría dejado de ser el mero poder para controlar, e, incluso, corregir la locura, y se convertiría en el poder para controlar aspectos de la vida cotidiana —prácticas condenables— de la población en general, pero en especial de los sectores populares. La prensa o la literatura que señalaban a los locos como portadores de rasgos bárbaros también colaboraron en la emergencia de esas nuevas figuras temidas y en la aparición de diversos estigmas. En este sentido, es posible sostener que la categorización de enfermo psiquiátrico excedió la enfermedad y contribuyó a conformar un estereotipo de inadaptado social al que, por su modo de vida o sus prácticas, se intentó marginar de la civilización a través de un discurso que rechazó la no productividad en el mercado económico (y los locos no eran productivos), la enfermedad en una sociedad cada vez más medicalizada y un estilo de vida muchas veces asociado a prácticas sexuales o hábitos como el consumo de alcohol u otras drogas que, para los sectores ilustrados, se oponían al valor supremo del trabajo. La posibilidad de defender a la sociedad de esos pacientes con psicopatologías permitió desarrollar un concepto de defensa social que intentó proteger a la población de los individuos peligrosos que podían constituir un riesgo para la seguridad pública. Esa noción de defensa resultó fundamental para la consagración del poder psiquiátrico y habría permitido el confinamiento de los enfermos psiquiátricos en el Manicomio Nacional. No obstante, huelga aclarar que una interpretación unívoca que explique la existencia de asilos o manicomios solo como lugares de reclusión anula la complejidad de instituciones que también tuvieron una vinculación estrecha con la construcción de saberes científicos y con la divulgación del conocimiento.

Ese temor a los enfermos psiquiátricos no se restringió de forma exclusiva a la enfermedad, sino que también dio cuenta de un temor colectivo a lo desconocido en un contexto de inmigración masiva, de transformaciones y de construcción de un Estado unificado y moderno.³ Por eso, el miedo a la locura

3 La idea de modernidad sintetiza la percepción de las elites reformistas del período para las cuales ser modernos (o, al menos, aparentarlo) implicó poner en práctica una serie de medidas que permitieran romper con un desarrollo social pasado al que consideraban atrasado.

o a la enfermedad en general apareció entrelazado con críticas a la inmigración y a los nuevos hábitos que esta traía. Ahora bien, ¿solo el crecimiento demográfico explicaría el pasaje de 0,53 internos cada 10000 habitantes en 1862 (una treintena) a 3,15 entrado el siglo XX (más de mil pacientes)? Ese aumento de la población manicomial, ¿implicó algún cambio en la detección de la locura o una modificación de connotaciones no solo orgánicas, sino también morales, en la forma de identificar los trastornos psiquiátricos? ¿Solo el crecimiento en el número de internos justificaría la necesidad de construir un establecimiento más adecuado, como lo intentó ser, en 1880, el Manicomio Nacional, sustituto del Asilo de Dementes fundado en 1860? ¿No podríamos encontrar también razones que explicarían el ascenso de los médicos en el interior de los establecimientos hospitalarios? Esto no supone negar la existencia de las psicopatologías como un dato objetivo, pero sirve para tratar de ver posibles hechos de resistencia por parte de los pacientes y para decantar los cuestionamientos que los médicos podían hacer al estilo de vida o hacia algunas prácticas de los sectores populares. Es decir, ¿por qué se internó a meretrices por algunos días o meses sin ningún síntoma de enfermedad psiquiátrica, como le ocurrió a A. A. de 34 años el 31 de octubre de 1894? ¿Por qué se internaba a mujeres a pedido del padre o del esposo? Situaciones de esta índole, ¿indicarían que es posible encontrar un tratamiento diferenciado de los pacientes según el género al que pertenecieron? Pero, al mismo tiempo, ¿por qué se internó a hombres y mujeres jóvenes de «vida desarreglada» que causaron «disgustos»? Es decir, ¿solo el género marcó la solicitud de internación o cualquier conducta desviada resultó causal suficiente para el confinamiento?

Una investigación sobre la psiquiatría no puede ser comprendida fuera del orden social y cultural que la determinó y analizó. En otras palabras, partimos de la premisa de que todo conocimiento científico tiene una base social y política que reproduce y en la que se refleja. Pero, a la vez, consideramos e intentaremos demostrar en nuestro trabajo que el Estado moderno no fue únicamente una máquina de control social que solo recurrió a la coerción, sino que, por el contrario, buscó la cooperación de intelectuales competentes que ofrecieron sus conocimientos administrativos, culturales y técnicos para, al mismo tiempo, divulgar ese saber entre la población. Ello no implica establecer una suerte de relación mecanicista entre el discurso y el éxito de las propuestas disciplinadoras dentro de los manicomios y otras instituciones de control.⁴ Sin embargo, importa

Las epidemias, la movilización social, la inmigración no deseada y el delito fueron vistos como amenazas al proyecto político nacionalista y al crecimiento económico.

4 En Uruguay, la historiografía ha estado ausente del debate sobre la posible vinculación entre el control social y el desarrollo de determinadas corrientes científicas como la psiquiatría, por lo cual no abundan los trabajos monográficos en esa dirección. Sin embargo, cualquier trabajo que se proponga estudiar la relación entre el control social y el positivismo científico debe tomar como base la obra de José Pedro Barrán, *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*. El historiador uruguayo planteó, en los tres tomos de este trabajo, que desde la segunda mitad del siglo XIX la sociedad uruguaya avanzó hacia un proceso

cuestionar: ¿hacia quiénes se dirigían las políticas públicas implementadas por los médicos y abogados positivistas?, ¿cómo lograron que sus iniciativas (de fundar un manicomio, por ejemplo) cuajaran en una sociedad en pleno proceso modernizador e identitario?

Metodología y fuentes

Nuestra investigación se asienta en el tercero de los enfoques propuestos por el historiador Diego Armus dentro de abordajes posibles de la historia de la medicina. Armus señaló que la historia de la medicina, en primer lugar, busca conocer aspectos de la historia natural de una patología y el desarrollo biomédico, y, al mismo tiempo, discutir el contexto científico, social, cultural y político; en segundo lugar, implica analizar la asistencia pública, las instituciones, el desarrollo de la profesión médica y las políticas públicas para preservar la salud colectiva, y, por último —el enfoque que consideramos se acerca más a nuestra perspectiva—, el autor entiende que la historia sociocultural de una enfermedad es abordada «no solo como problema, sino también como excusa o recurso para discutir otros tópicos». Este último abordaje posible se concentra en lo que Armus llama «metáforas asociadas a una cierta enfermedad», que incluyen los procesos de profesionalización, los avatares de la medicalización, las instituciones y prácticas de asistencia, la función social de los médicos en el disciplinamiento (y la consiguiente perspectiva de los enfermos) y la posición del Estado en la construcción de infraestructura sanitaria. Adscribir a uno de los puntos no implica desconocer los otros dos; incluso, podríamos hablar de una combinación de todos ellos, aunque tenga mayor énfasis el último mencionado.⁵

El trabajo se centrará en el estudio de fuentes históricas primarias a través de las cuales analizaremos el funcionamiento del Asilo de Dementes, del Manicomio Nacional y de los espacios universitarios que se vincularon a estas instituciones. La mayor parte de las fuentes se ubica dentro del período

de *medicalización* que provocó una creciente presencia de los médicos en la vida cotidiana, hacia una monopolización del ejercicio de curar y de su influencia en las decisiones estatales (José Pedro BARRÁN, *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*, vols. I y II, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1992-1993). Una reseña crítica al análisis de Barrán sobre el poder médico y el poder psiquiátrico en concreto se puede encontrar en: Nicolás DUFFAU, «El tratamiento de la “locura” en la obra de José Pedro Barrán a través del análisis de *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*» [en línea], en *Culturas Psi/Psy Cultures*, n.º 1, Buenos Aires, 25 de setiembre de 2013, pp. 108-125, <<http://www.culturaspsi.org/#!Número-1-Culturas-PsiPsy-Cultures-Psicoanálisis-y-Ciencias-Humanas/c16ee/556E462F-DDF8-401E-9CBE-42A7987A1D65>> (última consulta: 21/02/2015).

5 Diego ARMUS, *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*, Buenos Aires, Edhasa, 2007, pp. 17-18.

cronológico 1860-1911, aunque utilizaremos algunos textos del período posterior, porque fueron redactados con anterioridad a nuestra fecha límite pero se publicaron *a posteriori* o expresan continuidad con ideas del pensamiento político o científico que se elaboraron en la primera década del siglo XX.

La documentación disponible en el Hospital Vilardebó, en un estado de deterioro avanzado, comprende libros de registros de ingresos y legajos de anotaciones médicas con fichas personalizadas de los pacientes que se inician el día de su ingreso y dan cuenta del pedido de internación (familiar, judicial, policial, médico), de los antecedentes familiares del interno, de las enfermedades que ha padecido, de los resultados de la observación clínica, del diagnóstico y de un tratamiento. Estas fuentes son importantes porque facilitan el acercamiento a los tratamientos que los médicos dispensaron a los enfermos, pero también porque se registran los motivos de la internación, que no siempre estaban asociados a algún tipo de enfermedad mental. Por acuerdo con las autoridades del hospital, que nos permitieron acceder a estos registros, no citaremos nombres propios contenidos en este tipo de documentación.

En el caso de las historias clínicas, utilizamos las correspondientes a la sección femenina para el período 1893-1895 y 1904-1907, lo que conlleva, es cierto, la dificultad de contar con registros médicos completos. Además, los documentos presentan omisiones en la información, por lo que es muy elemental lo que sabemos sobre esas personas. A su vez, no se realizaba un seguimiento del paciente: por lo general, el diagnóstico de ingreso se mantenía inamovible hasta la fecha del alta médica o de la defunción.⁶ Sin embargo, la fuente nos permitirá estudiar causales de internación y aspectos clínicos, características asistenciales y a los propios médicos, ya que, pese a la información escueta, son varios los registros donde se aprecian prejuicios, valores y convicciones. En otros casos, nos brindan algunas pistas para conocer el relato de los propios pacientes que describían su situación o su enfermedad, aunque, claro está, siempre accedemos a esa versión por la mediación médica. Como señala Arlette Farge, esas historias fragmentarias, no lineales, truncas, revelan acontecimientos y permiten al historiador contar con una especie de «observatorio social».⁷

Recurriremos a la documentación de la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública y del Hospital de Caridad que se preserva en el Archivo General de la Nación de Uruguay (AGN). Esas fuentes, en su mayoría informes administrativos y actas de sesiones, dan cuenta del funcionamiento interno del manicomio. Para estudiar la relación entre la Comisión de Caridad y el Estado, usaremos

6 En fecha posterior a nuestra investigación, un grupo de voluntarios, con Magela Fein al frente, inició tareas de recuperación de un voluminoso cuerpo de documentos (más de quinientos libros de registro, por ejemplo) que se inicia en 1880 y finaliza en la década del sesenta. Dichas fuentes históricas, que probablemente nos llevarían a realizar una nueva investigación y a escribir un texto diferente, no fueron utilizadas para la elaboración de este trabajo.

7 Arlette FARGE, *O sabor do arquivo*, San Pablo, Editora da Universidade de São Paulo, 2009, pp. 79-85.

papelería del Ministerio de Gobierno. En el AGN, y para el seguimiento de personas con alguna patología psiquiátrica acusadas de haber cometido delitos, será fundamental el análisis de la documentación de las jefaturas policiales en las que se efectuó la detención, de la papelería de la Cárcel del Crimen y de la Cárcel Correccional y Penitenciaria, y de los expedientes judiciales abiertos durante la causa, que se conservan en la Sección Judicial.

Otras fuentes importantes son las revistas dedicadas a cuestiones criminológicas y médicas, en las que se publicaban casos científicamente interesantes que, por un lado, favorecen la aproximación a las posturas en boga y a los métodos aplicados por los médicos tratantes de los pacientes psiquiátricos, y, por otro, contribuyen a conocer en detalle a los pacientes expuestos como ejemplos. La concentración en revistas locales no implica descuidar la circulación transnacional de saberes, técnicas, revistas y especialistas, ver qué ideas irradiadas desde los centros europeos tuvieron mayor aceptación en el Río de la Plata, así como aquellas consideradas inaplicables. Contamos, para ello, en nuestro acervo particular, con un importante número de libros y revistas que pertenecieron a la biblioteca del Manicomio Nacional y del Hospital Vilardebó y que abarcan el tramo cronológico 1863-1912.

Asimismo, las tesis presentadas ante un tribunal examinador de la Facultad de Derecho o de la Facultad de Medicina son herramientas importantes para conocer los debates y discursos científicos de la época. En esos escritos, los estudiantes de ambas carreras desarrollaban una temática que tomaban de una serie de sugerencias realizadas año a año por las autoridades de las respectivas facultades. La idea central de la prueba final con que egresaban consistía en llevar a cabo una investigación sobre las temáticas sugeridas, pero desde una perspectiva original. Los estudiantes de Medicina podían optar por seguir una enfermedad y relatar una experiencia clínica o trabajar con problemáticas de índole social, como la prostitución, las objeciones contra la vacunación obligatoria o la ausencia de una legislación sobre alienados. Por su parte, los estudiantes de Derecho podían abordar un caso judicial, las características de una normativa específica y también tratar temáticas de interés general. Para ser aprobado, el alumno debía presentar el trabajo ante un tribunal examinador compuesto de tres miembros. Las tesis constituyen un grupo de fuentes significativo, ya que permiten conocer las ideas imperantes en cada momento histórico e, incluso, seguir la evolución de algunos conceptos.

Las tesis con que trabajaremos se restringirán al universo de aquellas que trataron temáticas relacionadas con las enfermedades psiquiátricas y su herencia o con campos jurídicos como el derecho penal o civil en directo vínculo con el tratamiento de los alienados. En estos trabajos, la enfermedad psiquiátrica se presentó como un fenómeno a la vez biológico y social, y se elaboraron diversos instrumentos y mecanismos conducentes al combate de estas patologías, pero también de aquellos casos de indisciplina atentatoria contra la propiedad o la vida de otros, que eran asociados con la locura.

Al mismo tiempo, prestaremos atención a los trabajos de médicos —nacionales y extranjeros— publicados como libros o folletos de divulgación. También analizaremos la papelería que se conserva en el Museo Histórico Nacional (MHN) y que perteneció a algunos médicos destacados como Enrique Castro o Francisco Soca. Podemos encontrar, en esa documentación, apuntes de clases de su período como estudiantes, historias clínicas o borradores de trabajos científicos.

Los locos que cobraron cierta notoriedad pública, por vivir en la calle, protagonizar escándalos o por cometer algún tipo de delito, pasaron rápidamente a la sección «policial» o de «gacetilla» de los diarios tanto de Montevideo como del interior del país. El tratamiento de las páginas policiales de algunos diarios o semanarios contribuirá a una mayor comprensión del vínculo entre la prensa y la locura, que, creemos, se extendió más allá de los gabinetes. El seguimiento de casos específicos, sobre todo relacionados con hechos de sangre, y su correcto contraste con la documentación judicial permitirán ver las diversas visiones sobre los episodios y la relevancia que este tipo de noticias tuvo en las páginas periodísticas.

INSTITUCIONALIZAR

Del Asilo de Dementes al Hospital Vilardebó

En este capítulo, contextualizaremos la situación de los enfermos psiquiátricos en Montevideo y, luego de 1830, en el Uruguay, para explorar *a posteriori* la formación de la institución de reclusión de enfermos mentales en sus distintas etapas entre 1860 y 1911. Nuestra intención es brindar un marco general sobre la historia de la institución que sirva como contexto de los capítulos subsiguientes. Decidimos dividir en tres grandes tramos la historia del asilo-manicomio, opción que nos permitirá trabajar en detalle algunas particularidades. Para ello, periodizaremos el capítulo en un primer tramo desde comienzos del siglo XIX hasta 1860, una segunda etapa de 1860 a 1880 y un momento final que se inicia en 1880 y finaliza con la aprobación de la Ley de Asistencia Pública en 1910.

La primera parte se detendrá en la situación de los enfermos psiquiátricos desde comienzos del siglo XIX hasta 1860. En el segundo apartado, estudiaremos los inicios de una institución dedicada exclusivamente al tratamiento de personas con enfermedades psiquiátricas, seguiremos a la Comisión de Caridad como institución rectora del hospicio y analizaremos la relación entre las autoridades religiosas y los médicos que reclamaron —sin éxito— mayor autoridad dentro del establecimiento y la posibilidad de tomar decisiones sobre el destino de los pacientes. Al mismo tiempo, estudiaremos los problemas y tensiones existentes entre la Comisión de Caridad, la policía y la justicia por la admisión de pacientes que llegaban al hospicio sin aparentes síntomas de enfermedad psiquiátrica. El tercer apartado se inicia con el estudio de la transformación del Asilo de Dementes en Manicomio Nacional y finaliza con la creación de la Asistencia Pública Nacional y la estatización de todos los servicios hospitalarios, incluido el establecimiento aquí estudiado.

Abordaremos las conflictivas relaciones entre las religiosas y los médicos que, de forma paulatina, comenzaron a reclamar mayores potestades y lograron desplazar a los religiosos de la dirección y administración del hospicio. El influjo de los médicos no se dio de forma aislada, sino que se vinculó a distintas transformaciones que atravesó el nascente Estado local, que intentó cumplir con un número cada vez más creciente de funciones, dentro de las que se encontraba la asistencia sanitaria, y aprobó nuevos reglamentos y disposiciones para la admisión y el tratamiento de los pacientes. Esa voluntad por incidir en la administración de los asilos enfrentó, en pleno proceso de secularización, a médicos de distintas tendencias ideológicas y a las autoridades religiosas, y se profundizó con el clima de confrontación que generó la propuesta de la Ley de Asistencia Pública, aprobada finalmente en 1910, que laicizó los establecimientos hospitalarios y, según nuestra visión, inició una nueva etapa en la historia del país.

El tratamiento a los enfermos psiquiátricos en la primera mitad del siglo XIX

El Montevideo colonial no contaba con ningún establecimiento para el tratamiento de los enfermos psiquiátricos. Según diversos memorialistas y cronistas del siglo XVIII y de la primera mitad del XIX, los locos podían ser reclusos en los calabozos del Cabildo, junto a personas detenidas o procesadas por distintos delitos. En el caso de las mujeres, y cuando se trataba de familias pudientes, podían ser enviadas a las celdas del Convento de San Francisco, donde mayoritariamente se dispensaba como tratamiento la recurrencia al ceremonial religioso que intentaba combatir la presencia demoníaca en la persona afectada por alguna patología psiquiátrica.⁸

Entre 1779 y 1780, se instaló en Buenos Aires el Tribunal del Real Protomedicato para regular las actividades vinculadas a la salud pública y dar título habilitante a los médicos. En 1806, se creó una delegación en Montevideo, tarea que asumió Cristóbal Martín de Montúfar (teniente protomédico), médico de la ciudad. Hacia 1788, comenzó a funcionar en Montevideo, a iniciativa de la católica Cofradía de San José y la Caridad, el primer hospicio, conocido como Hospital de Caridad.⁹ El establecimiento fue, hasta fines del siglo XIX, un espacio social en el que se combinaron (y confrontaron) religión y medicina, caridad católica y avance científico.

De acuerdo al relevamiento de los psiquiatras uruguayos e historiadores de la disciplina Daniel Murguía y Augusto Soiza Larrosa, entre los ocho primeros enfermos que recibió el Hospital de Caridad, el 17 de junio de 1788, se encontraba un hombre, Juan de Acosta, catalogado como «demente», pese a que carecemos de mayores datos al respecto.¹⁰ Asimismo, durante esta etapa, no encontramos peritajes psiquiátricos, dado el escaso avance de la disciplina y la vinculación de las enfermedades asociadas a la conducta con la superstición o la posesión diabólica.

El siguiente registro sobre un enfermo psiquiátrico, relevado por Soiza Larrosa, da cuenta del ingreso el 8 de marzo de 1816 de Joaquina Lorente —esposa de Julián Genes, un acaudalado propietario de Montevideo—, quien fue internada en el hospital en calidad de «pudiente», por lo que debió abonar

8 Museo Histórico Nacional (MHN), *Legislación sobre alienados. Manuscrito de la tesis de Enrique Castro para optar al título de doctor en Medicina y Cirugía (1898)*, Manuscritos del Dr. Enrique Castro, t. 1436, f. 131. En adelante, citaremos como MHN en referencia al texto manuscrito de Castro utilizado.

9 ISIDORO DE MARÍA, *Memoria Histórica del Hospital de Montevideo desde su fundación. Presentada el 17 de Abril de 1864 a la Comisión de Caridad y Beneficencia Auxiliar de la J. E. A. del Departamento de la Capital*, Montevideo, Imprenta Tipográfica A Vapor, 1864, pp. 6 y 19.

10 DANIEL MURGUÍA y AUGUSTO SOIZA LARROSA, «Desarrollo de la Psiquiatría en el Uruguay», en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. LII, n.ºs 309-310, Montevideo, 1987, p. 170.

hospitalidades (obligación nunca cumplida por su esposo, lo que derivó en un sonado juicio con la hermandad).¹¹

En 1817, dos fincas linderas al hospital fueron incorporadas y utilizadas como enfermería femenina y «loquería». Según Soiza Larrosa, la «loquería» estaba formada por «cuatro habitáculos, con puerta provista de rejilla, contando cada uno con una “bandola” o lecho (simple o de cuero) y colchón, sin más mobiliario». ¹² Según las crónicas de Isidoro de María, estas dependencias eran para los «locos furiosos», mientras los llamados «mansos» vagaban por las inmediaciones del hospital e, incluso, cumplían con algunas tareas dentro de él.

La *Memoria instructiva* del hospital — fechada en 1826, aunque de momento no fue posible encontrarla en los archivos —, citada por Murguía y Soiza Larrosa, señalaba que desde el 15 de octubre de 1821 al 15 de mayo de 1826 habían ingresado al establecimiento 3130 enfermos, 11 de los cuales tenían alguna patología psiquiátrica. ¹³ En 1898, el joven psiquiatra Enrique Castro, al realizar una retrospectiva sobre la situación de los alienados en la primera mitad del siglo XIX, sostuvo que el escaso número de internos por motivos psiquiátricos se debía a la ignorancia sobre la utilidad del aislamiento, puesto que, de lo contrario, su presencia habría sido mayor. Sin embargo, y de forma paradójica, durante este período, el único tratamiento recomendado para la «locura agitada» era la reclusión forzada (lo que explicaría también la existencia de las llamadas «loquerías»). Al mismo tiempo, las crónicas y memorias de época dan cuenta de la presencia de los locos en las calles, lo que reafirmaría la presunción de Castro acerca de la internación.

Son varios los testimonios que muestran la presencia de enfermos psiquiátricos en sus hogares o en las calles, estos últimos librados a la buena voluntad de la población que los asistía con dinero, vestimenta o alimentos, aunque también los hostigaba con burlas y humillaciones. Uno de los memorialistas más importantes del siglo XIX, Antonio N. Pereira (hijo del presidente Gabriel Antonio), recordaba que con los «locos mansos» «se entretenían los muchachos», como pasaba con el llamado Lotas, que recorría la ciudad «muy liviano de ropa, abrazando a cuanta mujer encontraba en el camino». La libertad era tal que convivía incluso con los niños. Recuerda Pereira:

Una vez estando en el colegio de Mr. Rey, casi todos los muchachos en el patio a la espera de que abriesen las clases, entró Lotas y se convirtió en poco tiempo aquel patio en una verdadera plaza de toros, hasta que vino Mr. Rey y pudo conseguir llevarlo afuera.¹⁴

11 Augusto SOIZA LARROSA, «Antecedentes históricos sobre el desarrollo de la Psiquiatría en el Uruguay. 1788-1912», en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, n.º 267, Montevideo, mayo-junio de 1980, p. 101.

12 *Ib.*, p. 102.

13 *Ib.*, p. 104.

14 Antonio N. PEREIRA, *Recuerdos de mi tiempo*, Montevideo, 1891, pp. 150-151.

Pero también había «locos terribles», como un tal «Giménez, [que] andaba por las calles vociferando todo roto, y siendo el terror de los muchachos que lo respetaban», o Enrique *El Hojalatero*, «que andaba con un cobertor prendido y una camisa que se ataba a la cabeza y que no tenía muy buenas pulgas, pues a las primeras de cambio le acomodaba a cualquiera un garrotazo o un trompazo».¹⁵ El relato de Pereira demuestra que la recurrencia a la violencia por parte de enfermos psiquiátricos, indefensos, además, podía constituir un problema para las autoridades. Un ejemplo, en ese sentido, es el de «un extranjero loco nombrado Juan Papareti, que continuamente se halla en las calles de la Capital, llamando la atención con sus continuos gritos dirigiéndose muchas veces con insultos [a] determinadas personas», quien, en julio de 1834, golpeó y lastimó a la hija de don Andrés Durán y resistió cualquier intento de detención, al punto de que el comisario de la ciudad debió golpearlo con «una hastilla de leña [sic]» para «reducirlo».¹⁶ En otras ocasiones, la situación de los enfermos psiquiátricos terminó peor; tal fue el caso de un «demente», cuyo nombre no figura en la documentación, quien «como a las 10 de la noche» del 24 de febrero de 1843 «subió a las azoteas inmediatas [a su domicilio] y desde ellas arrojó piedras a las personas que estaban en las casas y a las que pasaban por las calles, de las cuales hirió dos». Los vecinos y el cuerpo de serenos de Montevideo dispararon al hombre y lo hirieron «gravemente» de «dos tiros».¹⁷

Situaciones que vinculaban a los locos a la violencia no fueron exclusivas de la primera mitad del siglo. En 1878, el médico alemán Carl Brendel recordó en su diario que el presidente de la República, el coronel Lorenzo Latorre, había participado de una broma colectiva «a un enfermo mental» en los baños de «una casa de salud». El enfermo, que era atendido por el alemán, quedó tan excitado «que sufrió un ataque de rabia, lo cual le hizo mucho daño».¹⁸ El periodista Rómulo Rossi, de proverbial memoria, se refirió, en 1924, a distintas «modalidades que contribuyeron a endulzar las horas de nuestros mayores» y recordó la broma gastada al capitán Virutas, quien, en «su insana», corría «paralelamente a los tranvías, que en aquellos tiempos eran tirados por caballos, haciéndose preferentemente su recorrido por 18 de Julio». Según Rossi, Virutas era capaz de correr al costado de un tranvía 10 kilómetros o más, «con la consiguiente alegría de los pasajeros y especialmente del elemento joven que, con sus gritos y chanzas, lo estimulaban para que excediese en velocidad a los trenes».¹⁹ Sobre el mismo personaje también escribió el periodista y político Daniel Muñoz, a través de su *alter ego* Sansón Carrasco. Describió, en 1885, a Viruta (sin *s* al final,

15 ANTONIO N. PEREIRA, *Novísimas y últimas cosas de antaño*, Montevideo, 1899, pp. 49-51.

16 Archivo General de la Nación (AGN), Documentos de la Administración Central (DAC), Fondo Ex Ministerio de Gobierno (MG) y Ministerio del Interior, caja 858, documento 268. En adelante, se citará como AGN, DAC y MG.

17 AGN, DAC y MG, caja 943, documento 461.

18 CARL BRENDEL, *El gringo de confianza. Memorias de un médico alemán en Montevideo entre el fin de la Guerra del Paraguay y el Civilismo. 1867-1892*, Montevideo, s. i., 1992, p. 205.

19 Rómulo Rossi, *Recuerdos y crónicas de antaño*, vol. II, Montevideo, La Mañana, 1924, pp. 68-69.

como lo escribe Rossi), quien padecía una «neurosis hípica» y «se creía caballo, especialmente caballo de *tramway*, y como tal recorría al trote distancias enormes». Carrasco confirma las burlas de las que era objeto y de las que se defendía arrojando piedras «contra los pilluelos que [le] salían al paso». Nuevamente, un texto que intenta ser costumbrista aporta algunas pistas sobre la presencia de los enfermos psiquiátricos en las calles y el estado de abandono en el que se encontraban (y, al mismo tiempo, cuestiona la idea según la cual el manicomio recluyó a los locos que vagaban por la ciudad).²⁰

En las crónicas sobre casos de enfermos psiquiátricos en estado de vagancia, encontramos numerosas referencias al trato que la sociedad de la época les dispensaba. En relatos que parecen superficiales, hallamos significados interesantes para interpretar la sociedad de la época.

En las clases medias y altas, el loco de la familia era «escondido en el rincón más apartado de las casas, privado de toda libertad», o llevada, si era mujer, a algún convento o colegio religioso según reveló Enrique Castro en su tesis presentada en 1898 para egresar de la Facultad de Medicina.²¹ El encierro domiciliario podía llevar a que el enfermo escapara, incluso armado, como ocurrió con Nicolás Guarch en diciembre de 1829, quien atacó a su madre y luego ingresó a una de las escuelas de la ciudad de Montevideo, por lo que las autoridades solicitaron, para salvaguardar «la seguridad de tales personas», que el enfermo fuera encerrado en «la carcel de la Ciudadela i otros parages [sic] semejantes». ²² Es probable que situaciones de este tipo se hayan vivido en más de un caso, con el consiguiente problema para las autoridades, en particular en las localidades demográficamente reducidas del interior del país. La presencia de un pariente con una psicopatía era algo vergonzante para la familia, sin importar su situación socioeconómica, porque podía ser interpretado como una insinuación de posesión diabólica e, incluso, de relaciones entre consanguíneos que habían generado una descendencia mórbida.

Si avanzamos en el tiempo, observamos cómo un testimonio del poeta y dramaturgo Fernán Silva Valdés da cuenta de una situación de este tipo entre las clases altas al relatar una velada en la familia del transgresor poeta del Novecientos Julio Herrera y Reissig. Una noche, presuntamente a comienzos del siglo XX, mientras la poetisa María Eugenia Vaz Ferreira tocaba el piano, ingresó al salón principal un desconocido «alto y flaco, vestido con un traje oscuro muy viejo», «con algo de Diablo en sus gestos y en sus manos de huesudos dedos». Se trataba de Alfredo Herrera y Reissig, hermano del poeta, séptimo hijo de una familia perteneciente al decadente patriciado uruguayo, que vivía «semioculto» en una habitación y al cual «algunos de los presentes no habían

20 Sansón CARRASCO, «El capitán Viruta», en *La Razón*, 27 de junio de 1885, tomado de Sansón CARRASCO, *Personajes montevideanos*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 2000, pp. 19-24.

21 MHN, o. cit, t. 1436, f. 131.

22 AGN, DAC y MG, caja 791, carpeta 11, documento 316.

visto nunca».²³ Todavía en 1914, el médico psiquiatra Santín Carlos Rossi (uno de los profesionales más importantes del período) insistía en que, ya fuera «por honor o mengua del sentimiento», «la mayoría de las familias no quieren desprenderse del pariente enfermo, a quien sin embargo no pueden asistir como el médico lo indica».²⁴ Esto también pone en cuestión la idea planteada por Barrán de la medicalización como un proceso que de forma paulatina incorporó a los establecimientos sanitarios a todas las personas con alguna patología.²⁵ El rechazo a la intervención del médico o a la reclusión del familiar imperó entre algunos sectores sociales, actitud que los médicos interpretaron como una manifestación de atraso intelectual.

La necesidad de un asilo

Los psiquiatras Murguía y Soiza Larrosa, en su análisis sobre los orígenes de la psiquiatría en el país, dan cuenta de la *Memoria instructiva* del Hospital, fechada en 1826, en la cual se dispone la edificación de una Casa de Locos que al parecer no se llegó a construir.²⁶ En la misma *Memoria...*, citada por Soiza Larrosa, la hermandad sostenía que:

Los objetos de este piadoso establecimiento fueron, en su principio, solo los enfermos pobres, algo después las mujeres de la misma clase, y modernamente los expósitos: agréguese que poco a poco nos vamos cargando también con los impedidos y los locos y vendrá V. E. a parar en que la Hermandad tiene sobre sí, y es la única que atiende a todos los objetos de pública beneficencia.²⁷

Sin embargo, la posibilidad de contar con un establecimiento exclusivo para dementes debió esperar varias décadas. En parte, por el calamitoso estado de las arcas públicas y, en parte, por los sucesivos conflictos armados que atravesó la región al menos hasta 1852. En 1852, se creó, bajo la órbita de la Junta Económico Administrativa de Montevideo, la primera Comisión de Caridad y Beneficencia Pública. La integraban algunos de los hombres más distinguidos del patriciado uruguayo, entre ellos: Juan Ramón Gómez, el político Doroteo García, el llamado primer médico uruguayo Teodoro Miguel Vilardebó, los abogados y políticos Florentino Castellanos y Manuel Herrera y Obes, el médico Juan García Wich y el comerciante Jacobo Varela (padre de José Pedro,

23 Fernán SILVA VALDÉS, «Autobiografía [segunda parte]», en *Revista Nacional*, n.º 2, Montevideo, octubre-noviembre de 1957, pp. 513-514. No era Alfredo el único integrante de la familia Herrera y Reissig con algún tipo de patología psiquiátrica. Por el contrario, al caso mencionado debemos agregarle a su hermano Julio y a su hermana mayor María Luisa. Los tres eran sobrinos políticos del eminente psiquiatra Bernardo Etchepare, quien atendió a Julio. Al respecto, véase: Aldo MAZZUCHELLI, *La mejor de las fieras humanas. Vida de Julio Herrera y Reissig*, Montevideo, Taurus, 2010, pp. 47 y 89.

24 Santín Carlos Rossi, *El alienado y la sociedad*, Montevideo, Administración de Lotería, 1914, p. 16.

25 Barrán, o. cit., vol. II, p. 57.

26 Murguía y Soiza Larrosa, o. cit., p. 170.

27 Citado por Soiza Larrosa, o. cit., p. 104.

responsable de la reforma educativa iniciada en 1877). Si bien no es posible desgajar la mirada de Fernando Mañé Garzón de su condición de médico, encontramos certera su lectura respecto a las características de la Comisión de Caridad, a la que considera como:

Administradora de un depósito de desamparados que la sociedad segregaba de su seno y a los que solo cabe el consuelo de la resignación bajo el amparo de la caridad cristiana, que una institución al cuidado de la cual estuviera el promover la salud, luchar por la mejor asistencia, brindar a los pacientes las mejores oportunidades de curación, así como a los médicos las mejores condiciones para ejercer con provecho su magisterio.²⁸

El Hospital de Caridad quedó en manos de una Comisión Auxiliar, que también se encargaría de velar por los enfermos psiquiátricos que, según cifras del médico francés Louis Saurel, no pasaban de cuarenta en 1851.²⁹ Pese al reducido número de «dementes», su ubicación constituía un problema para la Comisión de Caridad. El 23 de junio de 1852, la organización envió una nota a la Junta Económico Administrativa de Montevideo con una propuesta impositiva para el financiamiento del hospital. La misiva es interesante por dos motivos. En primer lugar, porque evidencia las dificultades generadas por las múltiples funciones del nosocomio, entre las que se hallaba la asistencia sanitaria a los enfermos psiquiátricos. Según la nota, el problema central era que el «local [...] reúne en sí [sic] el Hospital Civil, el Hospital Militar, Cuna y dementes», tareas «que en otros países [sic] forman otros tantos establecimientos separados, bien rentados».³⁰ En segundo lugar, la solicitud de un subsidio para el mantenimiento de sus dependencias expresa una característica que marcó el funcionamiento de la institución desde sus orígenes: la recurrencia a fondos estatales. Por tanto, si bien se trató de una Comisión de Caridad, no debemos tener una visión estricta en relación con el auxilio voluntario a los necesitados. Desde sus orígenes, estas instituciones dependieron de los fondos que aportó el Estado local, los cuales, si bien eran magros, fueron creciendo y, hacia fines del siglo, provocaron que las autoridades políticas reclamaran (como veremos) nuevas atribuciones en la organización hospitalaria.

Con el ingreso de funciones en la Comisión de Caridad, quedó constituida, al mismo tiempo, la Comisión de Señoras, fundada por iniciativa del católico presidente de la Comisión de Caridad e integrante de la Junta Económico Administrativa Juan Ramón Gómez (quien presidió la comisión entre 1852 y 1870) y formada por mujeres pertenecientes al sector económico más poderoso, en su mayoría, esposas de acaudalados comerciantes y estancieros. Las rifas,

28 Fernando MAÑÉ GARZÓN, *Pedro Visca: fundador de la clínica médica en el Uruguay*, Montevideo, Talleres Gráficos Barreiro, 1983, p. 135.

29 Luis Julio SAUREL, «Un ensayo sobre Climatología Médica de Montevideo y del Uruguay publicado en Francia en 1851», en *Revista Histórica*, t. XXXVII, año LX, n.º 109-111, Montevideo, diciembre de 1966, p. 618.

30 AGN, DAC y MG, caja 995, documento sin número [23 de junio de 1852].

bazares y veladas artísticas permitieron acumular importantes sumas que fueron utilizadas para refaccionar distintas partes del establecimiento. Esta Comisión de Damas —apelativo utilizado para definir a las mujeres de la elite— quedó a cargo de la sala de mujeres del Hospital de Caridad, así como de la sección de niños expósitos y femenina de dementes, al menos hasta el arribo de las hermanas de caridad. La comisión estaba compuesta por las esposas o hijas de algunos de los hombres más ricos de la época: María Antonia Agel de Hocquard (se mantiene el apellido tal como aparece en la fuente), María Quevedo de Lafone (esposa del rico comerciante, saladerista y traficante de esclavos Samuel Lafone), Valentina Illa de Castellanos, Emilia Aguilar de Pérez, Rosalía Artigas de Ferreira (esposa del médico Fermín Ferreira), Eusebia Vidal y Zabala, Pascuala C. de Lecoq (esposa del comerciante de origen francés José Lecoq), Juana Silva de Vidal, Joaquina Navia de Tomkinson, Fortunata Acevedo de Gowland, Pascuala Obes de Álvarez (perteneciente a una de las familias más importantes de la época), Carmen Nieto de Gómez (esposa de Juan Ramón Gómez), Carolina Álvarez de Zumarán, Eumenia Lima de Castellanos y Agueda Susbiela de Rodríguez.³¹

Fue la Comisión de Caridad la responsable del arribo al país de las primeras hermanas de caridad, provenientes de Génova. En junio de 1855, la comisión autorizó al presbítero D. Isidoro Fernández

Para que negocie en cualquier puerto de España o Europa el transporte para esta ciudad, de cuatro o más Hermanas profesas de Caridad, con el fin de poner a su cargo el Hospital de esta ciudad, en lo concerniente a la asistencia de enfermos.³²

El 1.º de diciembre de 1856, arribó el primer contingente de ocho religiosas pertenecientes a la Orden de Nuestra Señora del Huerto y, en 1857, lo hicieron 24 más.³³ El 18 de mayo de 1860, presentaron sus votos definitivos las primeras cinco novicias nacidas en Uruguay.³⁴ El punto es interesante también para plantear que, originariamente, las instituciones sanitarias locales no surgieron como un espacio medicalizado (pese al prestigio que comenzaron a gozar los médicos en Europa, por ejemplo), sino que se vincularon, sobre todo, a la religiosidad.

Podríamos cuestionar si la recurrencia a las religiosas era solo una manifestación del catolicismo de los hombres y mujeres que integraban las comisiones de caridad. Probablemente, la decisión estuviera asociada a un modelo de gestión, pero también a la experiencia de las religiosas en establecimientos hospitalarios

31 Datos tomados de: De María, o. cit., p. 23.

32 Citado por Fernando MAÑÉ GARZÓN y Ricardo POU FERRARI, *El doctor Julepe. Vida y obra del Dr. Francisco Antonino Vidal (1827-1889)*, Montevideo, Plus-Ultra Ediciones, 2012, p. 88.

33 Facundo ZUVIRÍA, *Las Hermanas de la Caridad*, Montevideo, Imprenta del Mercurio, 1858.

34 Herman KRUSE, «Las Damas de la Caridad y los Caballeros de la Filantropía. Un estudio sobre caridad, filantropía y beneficencia en el Uruguay del siglo XIX», en Sandra BURGUES ROCA y Fernando MAÑÉ GARZÓN, *Sesiones de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina (correspondiente al año 2004)*, vol. XXIV, Montevideo, Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina, 2004, p. 234.

europeos, así como a la ausencia total de personal capacitado en el país. Así, su arribo implicó que se convirtieran en las únicas mujeres con capacidad para tomar decisiones sobre la marcha administrativa interna de los establecimientos, y si bien quedaban sometidas a la comisión, veremos que esa situación ocasionó tensiones y enfrentamientos.³⁵

Esa presencia religiosa nos lleva a cuestionar —tal vez introduciendo una discusión estéril— si la decisión de crear un asilo respondió a presiones médicas o si primero se tomó la decisión de crear un establecimiento para los enfermos psiquiátricos y luego se desarrolló la psiquiatría como disciplina. Las fuentes son escasas, pero todo parece conducir a esa segunda interpretación. Incluso, las ideas en torno a la enfermedad psiquiátrica fueron inocuas y abstractas, lo mismo que el tratamiento —que, en ocasiones, recurrió al abuso de medidas violentas—, hasta que los médicos adquirieron experiencia y conocimientos sobre las psicopatologías y su posible cura.³⁶

El Asilo de Dementes

Según cifras aportadas por Soiza Larrosa, la población interna con alguna psicopatía llegaba, en 1856, a 34 personas y, dos años más tarde, a 40 (16 hombres y 24 mujeres).³⁷ Sin embargo, y al igual que en nuestros días, los médicos se resistían a la convivencia de pacientes con enfermedades de naturaleza somática con aquellos con enfermedades de tipo psíquico. Ese mismo año, se abrió en el hospital el llamado Departamento de Dementes.³⁸

Una de las iniciativas de la Junta Económico Administrativa fue la de solicitar al Gobierno nacional el edificio del llamado Colegio de la Villa de la Restauración, ubicado en la zona ocupada por el ejército sitiador de Montevideo durante la guerra Grande. El objetivo era no solo recluir allí a los dementes, sino convertirlo en un asilo educativo para niños huérfanos o con padres abandonados o enfermos psiquiátricos. Sin embargo, según Soiza Larrosa, por intervención de

35 Gerardo Caetano y Roger Geymonat señalan que el arribo de la hermandad tuvo como contexto el enfrentamiento interno dentro de la Iglesia católica entre la corriente jesuítica, con un proyecto «ultramontano», y otra que los autores denominan «católico-masónica», con una propuesta de sesgo liberal que acompañó el ingreso de las religiosas al país, como la influencia de la cofradía en otros ámbitos, ya que les permitió ganar posiciones en la disputa intestina (Gerardo CAETANO y Roger GEYMONAT, *La secularización uruguaya (1859-1919). Catolicismo y privatización de lo religioso*, Montevideo, Taurus, 1997, p. 54).

36 Importa realizar la siguiente precisión: el tratamiento a los enfermos psiquiátricos implica cierto grado de recurrencia a la violencia, ya que, por ejemplo, el confinamiento en una cama o la inmersión en un estanque de agua fría eran parte de la rutina terapéutica avalada por los propios médicos. Realizamos esta aclaración puesto que es importante diferenciar la violencia como parte del tratamiento del abuso de esta que llevó a que los internos fueran golpeados, atados o castigados físicamente de otras formas.

37 Soiza Larrosa, o. cit., p. 107.

38 Osvaldo DO CAMPO, «La “locura” del virrey y otras “locuras”», en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 67, n.º 1, Montevideo, agosto de 2003, p. 43.

Juan Ramón Gómez y del médico Francisco A. Vidal (quien había realizado sus estudios secundarios y la Facultad de Medicina en París entre 1843 y 1857), la junta resolvió crear un asilo exclusivo de alienados. Con ese objetivo, las autoridades de la ciudad arrendaron una casa quinta perteneciente al rico comerciante Miguel Vilardebó, padre del médico Teodoro Miguel, en la zona del Reducto sobre la calle Burgues.

El 17 de junio de 1860, fue inaugurado el primer Asilo de Dementes con 25 o 28 enfermos (el número varía según las fuentes).³⁹ La dirección del establecimiento quedó en manos de un homeópata, el sueco Agustín Cristiano D’Kort, pero un facultativo no especializado en psiquiatría, el doctor Joaquín Nogueira, se encargaba del tratamiento médico de los internos. D’Kort era responsable de los hombres y Nogueira, de las mujeres. Los acompañaban en las tareas un capellán, las hermanas de caridad, un ecónomo, el farmacéutico, los practicantes, el jefe de vigilancia y los sirvientes para los diferentes servicios. Funcionaba, al igual que en otros establecimientos, una Comisión Auxiliar de la Comisión de Caridad, a la que se le delegaban algunas tareas administrativas. El nosocomio era mixto (y lo seguirá siendo a lo largo de toda su historia), por lo que no se fundaron, como en otros países, establecimientos específicos para hombres o mujeres.

De este modo, Uruguay se ponía a tono con la reforma iniciada en Francia luego de que, en 1838, Jean-Étienne Dominique Esquirol impulsara la ley que obligaba al Estado a asistir a los enfermos psiquiátricos, ya fuera a través de una red pública de asilos o apoyándose en instituciones de tipo privado. En ese sentido, consideraba el médico francés del Hospital de Caridad, Adolphe Brunel, que Uruguay «ha dado un gran paso» y destacaba que, además de estar aislados, «ahora los dementes reciben buena ropa y una alimentación abundante y bien preparada; tienen agua abundante y un buen jardín bien ventilado donde en verano pueden ponerse a la sombra de los árboles». Sin embargo, y apenas a dos años de la inauguración del asilo, también sostuvo que «todo esto no basta, puesto que el local en que se encierra es demasiado estrecho por el número de dementes a que está destinado».⁴⁰ Según el galeno francés, «las condiciones primordiales que deben distinguir el carácter físico de un establecimiento para dementes» eran el aislamiento, para evitar así las molestias ocasionadas a una «vecindad incómoda», la provisión de agua potable, «construcciones subdivididas y arregladas y separadas según lo exiga [sic] el tratamiento de cada clase de

39 Con respecto a los países vecinos, encontramos que, en 1852, fue inaugurada, en Santiago de Chile, la Casa de Orates Nuestra Señora de los Angeles, mismo año en que abrió sus puertas el primer manicomio en el territorio del Imperio del Brasil, en la ciudad de San Pablo. En Argentina, la Casa de Mujeres Dementes de Buenos Aires data de 1854. Datos tomados de: Valeria PITA, *La casa de las locas: una historia social del Hospital de Mujeres Dementes: Buenos Aires, 1852-1890*, Rosario, Prohistoria, 2012, p. 28.

40 Adolphe BRUNEL, *Consideraciones sobre higiene y observaciones relativas a la de Montevideo*, Montevideo, Imprenta de la Reforma Pacífica, 1862, p. 290.

demencia y el de cada demente en particular», y no descartaba la posibilidad de «construir un establecimiento para cada sexo».41

De acuerdo a esta visión, las hermanas de caridad debían ser consideradas por los sirvientes «como superiores» y estarían presentes en las visitas realizadas por el médico «para poder darle todos los pormenores que pida sobre cada enfermo». Asimismo, de ellas dependía «la distribución de los alimentos», la limpieza y la vigilancia de «la conducta de los empleados inferiores y con especialidad la comportación [sic] de los enfermeros para con los dementes, haciendo que estos sean tratados con paciencia y dulzura». Por su parte, el médico

Será el director y deberá residir en el asilo por ser indispensable su presencia a toda hora del día y de la noche, si cumple con su deber de consagrarse enteramente a la observación y alivio de los desgraciados confiados a sus cuidados científicos y de hacer un estudio especial de cada enfermo.42

En el caso del galeno francés, era una reafirmación del poder médico, pero, al referirse al asilo, el planteo no era inocente. La presencia de D’Kort, sobre todo por su condición de homeópata, fue foco de numerosas controversias. En 1863, el presidente de la Junta de Higiene, el doctor Fermín Ferreira, denunció la poca preparación del homeópata para trabajar con enfermos psiquiátricos y solicitó que fuera suspendido, así como el presbítero Santiago Estrázulas, otro homeópata de la época. Sin embargo, la decisión generó un escándalo, ya que varias voces se levantaron en su defensa, lo que provocó que la junta diera marcha atrás con lo resuelto y que D’Kort permaneciera en su puesto hasta 1875. La disputa sobre quién tenía las potestades para el tratamiento de los enfermos (en el caso del asilo, pero también en otros hospicios) da cuenta de la presencia del poder médico que se iba acrecentando en distintos ámbitos públicos. El punto es interesante porque permite ver la competencia, pero también los intercambios entre el pensamiento médico, que pugnaba por convertirse en hegemónico, y los conocimientos alternativos, que compartían el mismo campo de aplicación. El poder médico aún debía sortear varios obstáculos para ser reconocido de forma pública.

En el asilo, la influencia de los médicos, como en otros establecimientos sanitarios, aún era escasa. Durante el período considerado en este apartado, el médico visitaba a los pacientes dos veces a la semana (sin importar el grado de la patología) y se encargaba, sobre todo, de las dolencias físicas. Incluso, la aplicación de castigos o chalecos de fuerza debía ser autorizada por las religiosas, quienes, por lo general, no se mostraban indulgentes.

En 1874, atendían a los 325 pacientes del asilo dos médicos, 12 sirvientes y siete hermanas de caridad.43 Esas siete hermanas prueban que la presencia religiosa

41 Ib., p. 322.

42 Ib., pp. 320-329.

43 *Proyecto del presupuesto general de gastos del Hospital de Caridad y sus dependencias para el año de 1875, confeccionado por la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública*, Montevideo, Tipografía de El Mensajero, 1874, en AGN, Colección de Folletos, n.º 116, planilla n.º 3.

dentro del establecimiento no era significativa; sin embargo, la correlación de fuerzas se modificaba, ya que los sirvientes solo respondían a las religiosas.

En 1877, fue nombrado como médico del Asilo de Dementes Pedro Visca, quien había realizado sus estudios en Francia, cargo que ocupó hasta 1878, año en que renunció y fue sustituido por Ángel Canaveris. Sin embargo, las cifras dan cuenta de que, probablemente, la presencia de pocos médicos —pese a sus limitadas funciones— no alcanzaba para cubrir la creciente demanda generada por el aumento de pacientes. El crecimiento en las internaciones se constata al relevar las discontinuadas cifras anuales entre 1860 y 1879 (sin tomar en cuenta 1862, 1863, 1868, 1870, 1873 y 1875, años para los cuales no obtuvimos cifras).⁴⁴

Cuadro 1

1860	28
1861	68
1864	130
1865	102
1866	127
1867	124
1869	64
1871	181
1872	115
1874	325
1876	400
1877	420
1878	486
1879	542

Elaboración propia a partir de: Adolfo VAILLANT, *La República Oriental del Uruguay en la exposición de Viena*, Montevideo, La Tribuna, 1873, p. 106; *Memoria de la Comisión de Caridad presentada a la Comisión E. Administrativa correspondiente a los años 1876, 77 y 78*, Montevideo, Imprenta a Vapor de La Nación, 1879; Eduardo ACEVEDO, *Anales Históricos del Uruguay*, vol. IV, Montevideo, Barreiro y Ramos, 1934, p. 140.

44 Importa destacar, para la siguiente serie de datos, así como para todas las que realizaremos a lo largo del trabajo, que las cifras proporcionadas por las fuentes varían. Hemos seguido las reconstrucciones realizadas por la bibliografía, cotejando con la documentación consultada. En cuanto a los datos proporcionados por la Comisión de Caridad, pudimos corroborar que los conteos anuales se realizaban con el total de pacientes existentes en diciembre de cada año, por lo que no se tomaban en cuenta las altas o las internaciones de pocos meses, lo que hacía que la cifra se redujera de forma considerable (en más de doscientos casos). Optamos, por lo tanto, por tener en cuenta el movimiento de todo el año y realizar sobre esa base un promedio. En todos los casos, se indica la procedencia de la información.

Aunque incompletas (y, probablemente, con subregistro), las cifras demuestran el evidente aumento de la población interna. Esto provocó una situación de hacinamiento y de precariedad, por lo que fue imprescindible anexar terrenos linderos y ocupar construcciones de la quinta que no estaban en el mejor estado. En 1868, el médico Germán Segura afirmó que, en 1866, los «dementes estaban alojados en cuatro piezas pequeñas y húmedas».⁴⁵ Según las cifras de la gráfica, había, en ese entonces en el asilo, 127 personas internadas.

El aumento nos ayuda a elaborar algunas conjeturas relacionadas con las causas de remisión. Por ejemplo, del año 1874 en adelante, el número de internos creció a casi el doble y, si bien carecemos de datos para 1873, podríamos pensar que, desde esa fecha, el aumento de las personas enviadas al asilo se vinculó al endurecimiento de los deberes punitivos del Estado, situación que se agudizó luego del golpe de Estado que nombró al coronel Lorenzo Latorre como presidente provisorio y que contó con el apoyo de comerciantes, banqueros y, sobre todo, terratenientes, quienes exigieron el respeto irrestricto a la propiedad privada en el medio rural.⁴⁶ Por tanto, el asilo-manicomio también fue utilizado como una alternativa para la reclusión carcelaria.

Para los propietarios rurales, los desocupados o los hombres libres de la campaña resultaban 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. Por ello, los pobres eran considerados peligrosos, puesto que los actos delictivos que podían protagonizar eran una subversión al orden establecido. Contra ellos recayó la persecución policial, pero también —y como lo probó el historiador Raúl Jacob— contra hombres que, sin incurrir en el mundo delictivo, carecían de vivienda o trabajo estable y que, muchas veces, fueron víctimas de la leva que los reclutó con destino a los batallones o a los trabajos públicos.⁴⁷ Podríamos pensar que algunos de esos hombres y mujeres también fueron enviados al Asilo de Dementes.

Como veremos en el apartado siguiente, contra esa situación intentó luchar, no siempre con éxito, Ángel Canaveris, médico del asilo primero y del manicomio después, quien se opuso a que la policía enviara personas sin ningún síntoma psiquiátrico solo para no continuar superpoblando el edificio del Cabildo, único (y reducido) establecimiento penitenciario de la época. En sintonía con esta visión, se encontraban los planteos de Barrán, pues él sostenía que, a diferencia de Argentina, donde se encerraba, sobre todo, a los inmigrantes indigentes y «díscolos», en Uruguay, el interno típico del asilo y del manicomio fue el «migrante

45 Germán SEGURA, *Cólera morbus epidémico. Tesis de la Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires*, Buenos Aires, Imprenta del Plata, 1868, p. 11.

46 La nueva legislatura electa en 1878 lo designó presidente constitucional en febrero de 1879 (Acevedo, o. cit., p. 25).

47 Raúl JACOB, *Consecuencias sociales del alambramiento*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1969.

interno», perteneciente al «pobrerío rural».⁴⁸ La historiadora italiana Eugenia Scarzanella señaló que, en el caso de Buenos Aires, dos tercios de los internos en hospitales psiquiátricos eran extranjeros.⁴⁹ Es probable que una situación similar se haya vivido en Montevideo, ya que el flujo migratorio fue sostenido durante cuarenta años, a lo que debemos agregar cierta reticencia de una parte de la sociedad y de la policía hacia los inmigrantes, en especial a aquellos que formaban parte de los estratos sociales más bajos. Esto no implica desconocer la posición de Barrán, pero sí hace necesario complementar ambas visiones, ya que, al proceso demográfico que vivió la campaña con el desplazamiento masivo de población sin trabajo estable y las consecuencias de la desocupación tecnológica por el alambramiento de los campos y el mestizaje de las razas vacunas y ovinas, debemos agregarle el arribo constante de población migrante, principalmente desde los puertos italianos y españoles.

El crecimiento del número de pacientes llevó a que, entre 1865 y 1879, la Comisión de Caridad incorporara terrenos linderos y comenzara a discutir la construcción de un establecimiento de reclusión más adecuado. En 1873, el médico alemán Carl Brendel llamó al asilo «establo para humanos, indigno e insuficiente» y resaltó las numerosas fugas que se producían entre los internos.⁵⁰

La presencia masiva de pacientes presentó algunos problemas de seguridad tanto en el interior del edificio (peleas entre los internos o con los guardias) como para el resto de la población, debido al envío de criminales o ladrones afectados por patologías psiquiátricas. Por ejemplo, en mayo de 1879, Canaveris comunicó a las autoridades de la Comisión de Caridad que:

Durante el mes que hoy termina hemos tenido cinco fugados lo que no es de extrañar [sic], pues a pesar de la vigilancia que se observa puede hacerse esta con la mayor facilidad dadas las condiciones de poca seguridad que tiene hoy el establecimiento.⁵¹

Advertía, además, que una de las personas prófugas, José María Rojas, Había ingresado a este Establecimiento [el 10 de febrero de 1879] en el pleno goze [sic] de sus facultades intelectuales y como venía con la nota de criminal creía el que suscribe que a dicho individuo no le pertenecía permanecer en este manicomio.⁵²

Situaciones de este tipo motivaron que la Comisión de Caridad le escribiera al ministro de Gobierno, José María Montero hijo, el 11 de julio de 1879, para expresarle su preocupación por «la falta de seguridad que se nota en el Asilo de

48 Barrán, o. cit., vol. II, p. 52.

49 Eugenia SCARZANELLA, *Italiani malagente. Immigrazione, criminalità, razzismo in Argentina, 1890-1940*, 7.ª ed., Milán, Franco Angeli, 2007, p. 47. También véase: Pita, o. cit., p. 200, quien arriba a conclusiones similares.

50 Brendel, o. cit., p. 129.

51 Archivo General de la Nación (AGN), Historia de la Administración (HA), Ministerio de Salud Pública (MSP) y Archivo del Hospital de Caridad de Montevideo (HCM), libro 4837, fs. 180-181. En adelante, se citará como AGN, HA, MSP y HCM.

52 Ib.

Alienados, respecto de los individuos que se hallan allí asistiéndose en calidad de presos sometidos a la acción de los juzgados del Crimen». ⁵³ Podríamos pensar que el problema no era solo locativo, sino que se vinculaba al flujo permanente de delincuentes comunes hacia el asilo y a las desavenencias que tal circunstancia generaba entre la Comisión de Caridad y la policía. Podemos pensar que la renuencia de los médicos del asilo a trasladar a los enfermos se debía a la sobrepoblación y, por ende, a la falta de lugar, pero también a la ausencia de protocolos sobre la remisión de delincuentes con alguna patología que derivó en un enfrentamiento constante entre la policía y la Comisión de Caridad.

Más allá de las situaciones concretas que se vivieron con la policía, el significativo incremento en el número de pacientes no se puede explicar solo por el confinamiento de vagos o presuntos delincuentes. El aumento de los internos podría revelar las soluciones institucionales canalizadas a través del creciente Estado uruguayo, generador de nuevas dinámicas sociales y punto nodal de redes e intereses diversos (religiosos, profesionales, familiares, policiales, locales). Al mismo tiempo, la existencia de un asilo permitió que los profesionales médicos orientaran sus carreras en el conocimiento de la enfermedad, avanzaran en definiciones y encontraran nuevos síntomas para señalar la psicopatía.

«El palacio de locos»⁵⁴

Pese a la estrechez en sus dimensiones y a los innumerables problemas que comenzó a presentar el hacinamiento de pacientes, así como las dificultades de convivencia entre médicos y religiosos —que veremos más adelante—, el establecimiento era para el país motivo de orgullo, progreso y admiración. Si revisamos la documentación del período, encontraremos numerosas alabanzas a su existencia, muy vinculadas a la voluntad caritativa, pero con un incipiente sesgo cientificista que buscaba curar a los enfermos psiquiátricos de uno de los males más temidos por los hombres del período.

En los libros de actas del Hospital de Caridad, donde se registra todo lo concerniente al funcionamiento administrativo del asilo, se da cuenta de solicitudes de litografías y de daguerrotipos para distribuir en la población.⁵⁵ El 22 de julio de 1878, el litógrafo Luis Peña le reclamó a la Comisión de Caridad el pago por la realización de 20000 reproducciones de una postal con un grabado en la que se copiaba el edificio del asilo.⁵⁶ Es probable que esas litografías o grabados fueran distribuidos entre las personas que de forma voluntaria aportaron dinero para la construcción del edificio. También se convirtieron en frecuentes las notas periodísticas, escritas en un tono costumbrista, donde se relataba la vida cotidiana en el

53 Ib., f. 184.

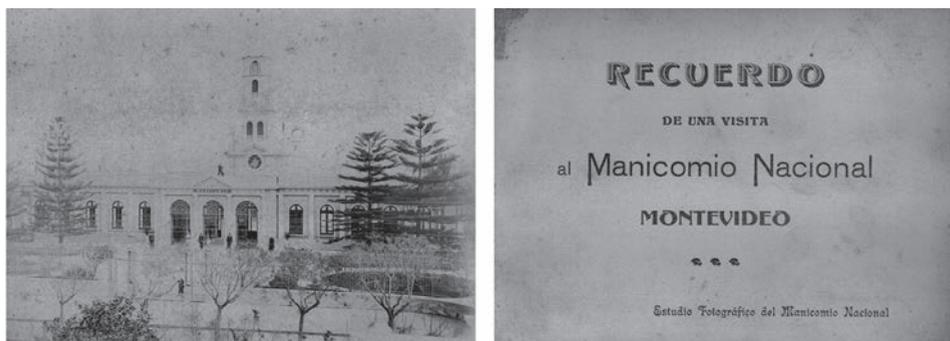
54 Nombre utilizado por un periodista del diario *La República* para referirse al nuevo establecimiento. La recurrencia al manicomio como un «palacio» o una «mansión» era frecuente.

55 De momento, no fue posible encontrar ninguno.

56 AGN, HA, MSP y HCM, libro 4836, f. 449.

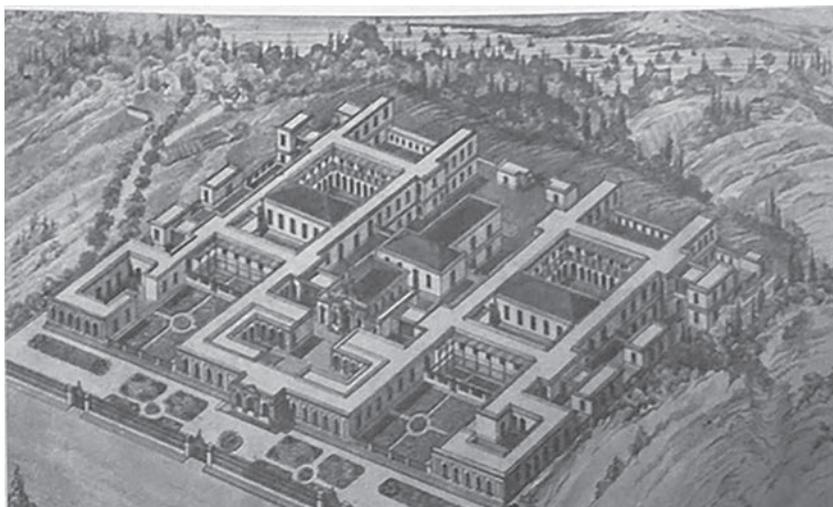
asilo y, posteriormente, en el manicomio. Seguramente, las litografías, fotografías y notas de prensa respondieron a la necesidad de mostrar el asilo-manicomio como hospital antes que como casa de aislamiento, y su exhibición es la constatación del convencimiento entre los sectores dirigentes de la época de un avance urbano pero también científico. El nuevo edificio era propio de una sociedad «civilizada». En lugar de calabozos, tenía habitaciones con camas y jardines con flores, y —según se dijo— no se utilizaría la violencia contra los pacientes, sino un tratamiento que permitiera la cura de los internos.

Imágenes 1 y 2. Anverso y reverso de una postal entregada a los visitantes del Manicomio Nacional, s. f.



Fuente: Departamento de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de la República, s. f.

Imagen 3. Litografía del proyecto de manicomio realizada por Luis Peña



Fuente: José María FERNÁNDEZ SALDAÑA, «Para la historia del Hospital Vilardebó», en *El Día* [suplemento dominical], 20 de diciembre de 1942, p. 5.

El edificio del Manicomio Nacional fue proyectado por el ingeniero Eduardo Canstatt, director general de Obras Públicas de Montevideo, quien, en 1876, presentó los planos inspirados en el parisino hospicio de Sainte-Anne, inaugurado ese mismo año en la capital francesa y que el profesional visitó en un viaje de estudio. Los trabajos de construcción insumieron unos cuatro años. Los materiales utilizados en la construcción fueron de lujo para un establecimiento de esas características. Aún hoy se conservan algunas escaleras y pisos del mármol original, no así los azulejos importados o los aparatos higiénicos con los que no contaban ni las residencias más pudientes de la capital.

El edificio proyectado tenía 15000 m², 132 m de fachada, 100 m de fachadas laterales y 150 m en la parte posterior, todas rodeadas de jardines. En el pabellón central, se concentraban los servicios de administración, que se continuaban hacia la derecha con la farmacia y el alojamiento de las religiosas. A la izquierda, se encontraban los pabellones de hombres y de mujeres, todos con dormitorios, comedores, servicios higiénicos y enfermería. Sin embargo, los pensionistas estaban separados en otro pabellón, también dividido por sexos. Frente al vestíbulo de entrada, se ubicaban la capilla, de estilo románico, y otras dependencias de uso común, como las cabinas de baño, la piscina, los talleres y depósitos y la torre con el tanque de agua. Entre las «comodidades» del edificio, podemos destacar los ventiladores de techo en la sala de internación, aunque carecía de calefacción. La iluminación era a kerosene al menos hasta 1899.⁵⁷

Los problemas entre el ingeniero Canstatt y la Comisión de Caridad se documentan en los libros de actas de esta última. El retraso en las obras generó numerosos problemas en las instalaciones linderas al asilo que se quería abandonar, y así lo hizo saber el integrante de la Comisión de Caridad e inspector del Asilo de Dementes, Urbano Chucarro, quien consideró «imperiosa la necesidad de trasladar los dementes de la casa vieja a la nueva, por la falta de suficiente comodidad y malas condiciones de aquella».⁵⁸ Canstatt renunció a su función por la suspensión en el envío de materiales para continuar las obras. La decisión de la comisión se debió al elevado presupuesto de la construcción, aunque el ingeniero y arquitecto atribuyó esa situación a la «falta de competencia» y a las «impertinentes órdenes» de los integrantes de la organización de la beneficencia pública.⁵⁹

Otro rasgo distintivo de la obra fue el uso de internos que trabajaron en la albañilería, en un anuncio del uso de la laborterapia como elemento clave en la reinserción de los enfermos psiquiátricos. Incluso, luego de inaugurado el establecimiento, muchos pacientes siguieron cumpliendo tareas a razón de

57 Los datos del edificio fueron tomados de: Juan GIURIA, *La arquitectura en el Uruguay. De 1830 a 1900*, t. II, vol. I, Montevideo, Instituto de Historia de la Arquitectura, Facultad de Arquitectura, Universidad de la República, 1958, p. 66; Nora PONS, *Hospitales y hospitalidad: apuntes de ayer, reseña de la arquitectura hospitalaria en el Uruguay desde 1878 a 1928*, Montevideo, Editorial Dos Puntos, 1997, pp. 31-34.

58 AGN, HA, MSP y HCM, libro 4839, f. 10.

59 AGN, HA, MSP y HCM, libro 4840, f. 633. Canstatt fue también el responsable de la construcción de la Cárcel Correccional y Penitenciaria que se terminó de edificar en 1888.

«dos reales diarios los días que trabajan como peones». Los enfermos no podían retirar el dinero, puesto que se guardaba en una caja de ahorros, y solo se hacían de él luego de que recibían el alta médica.⁶⁰

La financiación de las obras provocó la intervención del Gobierno nacional que cursó «un llamado a los sentimientos filantrópicos de nuestro pueblo» a los jefes políticos de los departamentos para que promovieran «suscripciones en el territorio de la República» que permitieran finalizar la construcción. La finalización de las obras colocaría al uruguayo «entre los pueblos que han llegado a un estado relativamente perfecto de civilización, que no es otra cosa que la práctica de las doctrinas luminosamente moralizadoras». Según el documento oficial, esa pretensión moralizadora se combinaba con el accionar de las instituciones de beneficencia que «han alcanzado un desarrollo tal que debemos convenir en que la caridad, esa virtud cristiana que nos inclina a ir en ayuda de nuestro prójimo, es un voto y una necesidad de nuestros tiempos»,⁶¹ digresión no menor si tomamos en cuenta que el gobierno de Latorre se caracterizó por decisiones que secularizaron, al mismo tiempo, otras esferas administrativas. Podríamos considerar esa insistencia en la caridad y en la beneficencia como una consecuencia de la carencia de recursos. Es una posibilidad, no hay duda, pero también es una constatación de los espacios institucionales en los que se empezaba a acorrallar al catolicismo.

El manicomio se inauguró el 25 de mayo de 1880 y contó con la presencia de la plana mayor de las autoridades civiles, incluido el presidente interino Francisco A. Vidal, y de religiosas. En su discurso inaugural, Julio Pereira, presidente de la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública, luego de saludar a todas las autoridades, llamó al nuevo edificio un «verdadero monumento» que «la caridad ha levantado después de muchos afanes, para Asilo de la Humanidad que viene a reclamar un consuelo y un alivio a su inmensa desgracia». La construcción de un «suntuoso edificio» fue señalada como la práctica «de la caridad con verdadero lujo». Lo particular de la alocución es la ausencia de consideraciones médicas y científicas. Por el contrario, Pereira destacó a «las hermanas de Caridad, bella y benéfica institución, tipo sublime de la mujer compañera fiel e inseparable siempre, en nuestras desgracias y padecimientos». Y cerró con la promesa de hacer

Votos para que bajo los auspicios de la administración actual podamos encontrar la paz y el progreso, la fraternidad para construir al fin los cimientos de una gran nación, que estamos llamados por la Providencia, tan pródiga en todo sentido, para nuestro privilegiado país.⁶²

60 «Memoria presentada al Señor Don Antonio Silveira miembro de la Comisión de Caridad, Inspector del Manicomio Nacional, por el secretario del mismo Asilo en 1.º de enero de 1881», en AGN, HA, MSP y HCM, libro 4842, f. 134.

61 AGN, HA, MSP y HCM, libro 4836, f. 452.

62 Discurso reproducido en: Rubén GORLERO BACIGALUPI, «A un siglo de la inauguración del Hospital Vilardebó», en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, n.º 267, Montevideo, mayo-junio de 1980, pp. 92-93.

La concurrencia a la inauguración fue masiva (José María Fernández Saldaña habla de 12000 personas)⁶³ e, incluso, empresas privadas enviaron saludos o regalos en ocasión de «un acontecimiento digno de un pueblo pródigo y culto que sabe elevarse aún en medio de las mayores calamidades a la altura de los pueblos más adelantados».⁶⁴ El día de la inauguración «se veían [personas] de las más distinguidas de nuestra sociedad que como los demás concurrentes admiraban la organización y régimen interno de aquel palacio, levantado por los esfuerzos de la caridad».⁶⁵ En la memoria presentada por Antonio Silveira, «miembro de la Comisión de Caridad, Inspector del Manicomio Nacional», en enero de 1881, se afirmaba que, desde el día de su inauguración, el establecimiento había recibido la visita de «más de doscientas personas, la mayor parte Estrangeras [sic], las que han firmado en el libro correspondiente».⁶⁶

De los 399 enfermos que residían hacinados en el lindero edificio del Asilo de Dementes, 309 fueron trasladados pese a que, según las proyecciones, el edificio estaba en condiciones de albergar a 800.⁶⁷ Todavía en 1881, el inspector general del manicomio reclamaba por «los 90 dementes que existen en Vilardebó en pésimas condiciones»,⁶⁸ y el 25 de diciembre del mismo año, las actas de la Comisión de Caridad dan cuenta de que aún quedaban «en el antiguo [edificio] cincuenta [enfermos] denominados sucios».⁶⁹ Si nos guiamos por los planteos de Andrés Crovetto, uno de los principales críticos de toda la gestión manicomial, el establecimiento rápidamente careció de espacio. En su tesis de 1884, sostuvo que los dormitorios eran inadecuados y nocivos para el tratamiento: «En nuestro manicomio hay seis dormitorios de cuarenta camas cada uno y dos de setenta; por lo que se puede ver lo lejos que está de cumplir con lo indicado por las primeras autoridades psiquiátricas». Esos aposentos eran «anti-higiénicos», en primer lugar, porque cada uno contaba con ocho lavatorios y el enfermo respiraba «los miasmas que se desprenden de las orinas y excrementos», y, en segundo lugar, porque la convivencia sometía a los pacientes tranquilos o en proceso de recuperación a los «desórdenes y perjuicios» que podían ocasionar los agitados.⁷⁰

63 Fernández Saldaña, o. cit., p. 5.

64 Salutación de la empresa Penadés y Rodríguez en: AGN, HA, MSP y HCM, libro 4839, f. 303.

65 *La Nación*, 27 de mayo de 1880, p. 2.

66 «Memoria presentada al Señor Don Antonio Silveira miembro de la Comisión de Caridad, Inspector del Manicomio Nacional, por el secretario del mismo Asilo en 1.º de enero de 1881», en AGN, HA, MSP y HCM, libro 4842, f. 131.

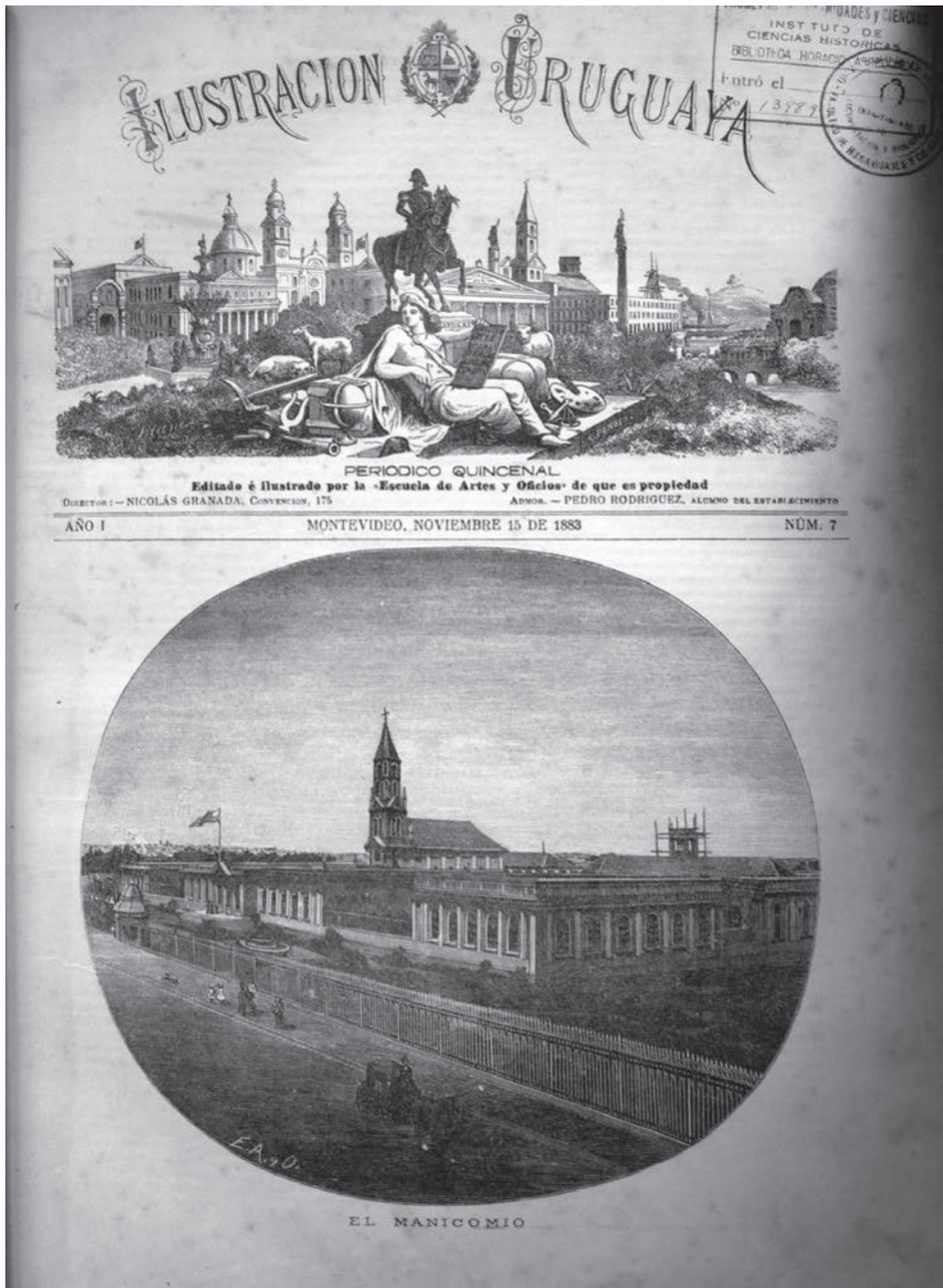
67 *La Ilustración Española y Americana*, 30 de octubre de 1880, pp. 251-252.

68 AGN, HA, MSP y HCM, libro 4843, f. 5.

69 AGN, HA, MSP y HCM, libro 4844, f. 448.

70 Andrés CROVETTO, *Algo sobre manicomios*, Montevideo, Facultad de Medicina, 1884, pp. 28-34.

Imagen 4. Tapa de *La Ilustración Uruguaya*



Fuente: Publicación realizada por los internos en la Escuela de Artes y Oficios. Edición dedicada al Manicomio Nacional, 15 de noviembre de 1883.

La administración interna del manicomio fue confiada a 12 hermanas de caridad. Las tareas de las hermanas, secundadas por sirvientes y sirvientas, se repartían en la supervisión de la higiene, del régimen alimenticio, del tratamiento terapéutico y de la actuación médica. Además, administraban la despensa, la cocina, el lavadero y los primeros talleres, así como la capilla.

El número de médicos tampoco aumentó. El primer director médico fue el doctor Ángel Brian, y el primer médico del establecimiento, el doctor Ángel Canaveris, a quien podríamos considerar un especialista en el área psiquiátrica.⁷¹ Canaveris nació en Buenos Aires en 1851 (y murió en Montevideo el 24 de febrero de 1897), pero se radicó en Uruguay en 1875 y fue, entre 1878 y 1888, el médico estable del Asilo de Dementes primero y del Manicomio Nacional *a posteriori*. El título de doctor en Medicina lo obtuvo en la Universidad de Buenos Aires entre 1874 y 1875 (la dificultad en la precisión de la fecha se debe a que Canaveris retardó su reclamo) e, inmediatamente, se trasladó a Montevideo, donde rindió examen ante el Consejo de Higiene Pública el 13 de mayo de 1875. Su tesis de grado trataba sobre la lactancia materna, por lo que no era un médico con formación específica en psiquiatría. En agosto del mismo año, ingresó al Hospital de Caridad, y, el 6 de diciembre de 1878, el Consejo de Higiene, por disposición de la Junta Económico Administrativa de Montevideo, lo designó médico del Asilo de Dementes, en reemplazo del renunciante Pedro Visca.

Le corresponde a Canaveris el primer proyecto de reglamento para el Asilo de Dementes, solicitado por la Comisión de Caridad el 11 de julio de 1879. Soiza Larrosa encontró en el archivo particular de Canaveris (conservado, en la década del ochenta, por su nieta Olga Canaveris) «al menos 3 manuscritos con el reglamento solicitado».⁷² En los tres casos, divididos en capítulos y artículos, se intentó fijar un marco normativo para el asilo y para el proyectado manicomio a través de disposiciones sobre funciones y atribuciones de los directores, practicantes, boticarios, capataces, sirvientes, así como de las autoridades religiosas presentes en el establecimiento. Al mismo tiempo, en los tres casos, se propuso reglamentar el régimen de altas y bajas, la vida interna y el relacionamiento con las instituciones encargadas de la remisión de enfermos.

Suponemos que la voluntad del médico de establecer un régimen interno nuevo y con mayores atribuciones para los facultativos fue una de las causas de enfrentamiento con las autoridades religiosas que, a la postre, lo llevaron a renunciar a su cargo. Al mismo tiempo, podríamos pensar que la intención de la comisión de incidir en la confección de ese reglamento fue lo que provocó que Canaveris dejara trunca las propuestas. Tampoco sería extraño pensar que,

71 A la fecha (y de forma un tanto presuntuosa si consideramos que las barreras entre las especialidades prácticamente no existían), Canaveris sigue siendo reconocido como el primer psiquiatra de la historia del Uruguay (*Centenario de la Suprema Corte de Justicia 1907-2007*, Montevideo, CEJU-SCJ, 2007, p. 134).

72 Augusto SOIZA LARROSA, «Esbozo histórico sobre la Psiquiatría y sus servicios hospitalarios en el Uruguay 1788-1907», en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, n.º 283, Montevideo, 1983, p. 6.

antes que nada, debía rendir ante las hermanas de caridad, responsables de la administración del asilo y, probablemente, reacias a que la comisión o un particular aprobaran un reglamento sin su consentimiento o influencia. En 1881, Antonio Silveira, inspector del establecimiento, reclamó «para la debida marcha en el orden interno del Manicomio» «una ley que reglamente y normalice todos los movimientos». Para eso, exigió un reglamento

Tan necesario que puede decirse que es el verdadero motor que imprime y dirige [sic] sus movimientos, regularizándolos y armonizándolos de tal modo que el empleado cumple sus prescripciones y mandatos, sin esfuerzos y con verdadero estímulo. [Solo de ese modo] [...] se podrá afirmar con orgullo que en el Manicomio Modelo de nuestro país se encuentran ya introducidos todos los adelantos del progreso moderno.⁷³

La desestimación del reglamento no impidió que Canaveris elaborara algunos criterios administrativos y de organización interna que, según su visión, contribuyeron al mejor funcionamiento del establecimiento. En la *Memoria...* que presentó en febrero de 1881, reivindicó la dirección del manicomio como una potestad de los médicos «para la buena organización y marcha regular de esta clase de hospicio [...], pues es la manera de conseguir una buena disciplina, que no se alcanza siempre que haya más de una primera autoridad».⁷⁴ Nuevamente, realizó propuestas para todos los aspectos cotidianos del manicomio, desde la iluminación al régimen alimenticio, y ordenó la separación de los enfermos según la patología (disposición que, por el espacio físico, no se cumplió y, por tanto, dividió los pabellones para un máximo de 30 personas).

En febrero de 1881, decía que en el manicomio «el número de sus habitantes es muy crecido», por lo que «uno de los puntos que debe llamar más la atención es la higiene», que implicó la disposición de un sirviente por patio y habitación, que se encargaría de la limpieza con la colaboración de «un número de los mismos asilados, compuesto de aquéllos [sic] que se encuentran en aptitud de poder ser destinados a este género de ocupaciones».⁷⁵ Los internos solo estaban autorizados a trabajar en el día: durante la noche, las tareas eran exclusivas de los guardias y los sirvientes. «El objeto de este servicio, como fácilmente se comprende, es evitar las fugas que en otro tiempo no dejaban de ser numerosas y que en la actualidad han disminuido notablemente.»⁷⁶ Al mismo tiempo, se reguló, por disposición de la Comisión de Caridad, el régimen de visitas, que debía ser autorizado por la dirección o por las hermanas y se restringió solo a «los deudos de los incapaces que allí se amparan», medida

73 «Memoria presentada al Señor Don Antonio Silveira miembro de la Comisión de Caridad, Inspector del Manicomio Nacional, por el secretario del mismo Asilo en 1.º de enero de 1881», en AGN, HA, MSP y HCM, libro 4842, fs. 138-139.

74 Ángel CANAVERIS, «Memoria presentada al Sr. Inspector del Manicomio Nacional y que corresponde al año 1880 por el doctor Don Ángel Canaveris», en *Anales del Ateneo del Uruguay*, n.º 4, Montevideo, 5 de diciembre de 1881, p. 310.

75 *Ib.*, p. 306.

76 *Ib.*, p. 307.

difícil de aplicar habida cuenta de la ausencia total en el país de registros identificatorios, pero elocuente a los efectos de mostrar la intención de ordenar algunas situaciones irregulares.⁷⁷

También es significativo el interés de Canaveris por establecer un vínculo diferente con las autoridades ajenas al asilo y manicomio y por romper con la concepción de meros espacios de reclusión que pesaba sobre estas instituciones. Un ejemplo podría ser la intención de frenar la remisión permanente de personas sin domicilio, sin documento o presas, muchas sin síntomas de enfermedad alguna. Detrás de la posición de Canaveris se encontraba una visión ‘científica’ de los establecimientos hospitalarios que debían ser espacios para el tratamiento médico y la cura de las patologías.

Etapas de una relación compleja

La remisión constante de personas no era una actitud privativa de la policía; algunos ejemplos lo demuestran. El 3 de agosto de 1878, «por orden del S. E. el Sr. Ministro de Gobierno», se envió al asilo «a la mujer Manuela Núñez, destinada por un año en calidad de sirvienta por incorregible y criminal, con expresa recomendación de no permitirle que hable con ninguna persona que no sea de las que se encuentran en ese Establecimiento».⁷⁸ No se daba cuenta de un diagnóstico médico y las causales de remisión de la mujer eran «por incorregible y criminal». ¿Alcanzaba para ser internada con personas que sí tenían una patología psiquiátrica? Nuevamente, el 14 de noviembre de 1878, el ministro de Gobierno (y mano derecha del dictador Latorre), José María Montero hijo, intercedió a favor de Santiago Muñoz para que su hermana Concepción fuera internada en el asilo «en caso de serlo presentada por su hermano». El petitorio no contaba con ningún aval facultativo, sino que era la disposición de un ministro político que daba la orden de internar a una persona.⁷⁹

Incluso, pese al contexto dictatorial (en el cual podemos encontrar numerosos pedidos de internación realizados desde el Ministerio de Gobierno), no sería de extrañar que, en más de una ocasión, las medidas tomadas hayan generado inconvenientes con la familia y, por supuesto, con los médicos. Por ejemplo, el 24 de octubre de 1878, María Boutdon fue enviada al asilo «por vía de corrección». Sin embargo, en el libro de entradas, figura que, el mismo día, el ministro de Gobierno solicitó que la mujer fuera «entregada al portador de la presente nota».⁸⁰ Desconocemos quién intercedió, pero nuevamente vemos que una persona (otra vez mujer) fue enviada al asilo, al parecer por indisciplina, sin que, como en otros casos, se acompañara el pedido de internación

77 *La Gaceta de Medicina y Farmacia*, año 1, n.º 6, Montevideo, 15 de marzo de 1882, pp. 207-208.

78 AGN, HA, MSP y HCM, libro 4836, f. 394.

79 *Ib.*, f. 360.

80 *Ib.*, fs. 413-414.

de una ficha médica. Los casos de este tipo son significativos para entrever la posición de los médicos, ya que era el poder político el que intercedía ante las religiosas que administraban el asilo para solicitar la liberación sin consultar antes a los diplomados.

La remisión, ya fuera por parte de la policía, de familiares o políticos, sin un aval judicial o médico habla, por un lado, de los abusos o atropellos que se podían cometer contra la población indefensa (y, en esa categoría, no entraban solo los sectores más humildes, sino también niños, mujeres y ancianos) y, por otro, de la visión imperante sobre el manicomio, considerado un espacio al que se podía enviar supuestos pacientes de forma discrecional como un mecanismo para saldar conflictos de índole social, familiar e, incluso, política. Robert Castel señala que, en Francia, las familias negociaban con las congregaciones religiosas la internación de los pacientes.⁸¹ En el caso local, no tenemos fuentes que nos permitan estudiar situaciones similares, pero sí podríamos pensar que en las detenciones e internaciones arbitrarias existió cierta connivencia entre la policía y las hermanas de caridad.

La condición de incorregible de la primera mujer aludida podría ser interpretada como una forma de castigo, pero también da cuenta de una visión muy particular del asilo como espacio de disciplinamiento. Seguro lo era, pero, como veremos —y de ahí nuestras diferencias con Barrán—, no se redujo solo a eso. Sin embargo, también encontramos casos en los que es más probable que primara el disciplinamiento que la decisión médica. Un ejemplo en ese sentido es el de Juana Santos, «oriental, edad 19 años, sirvienta, soltera, procedente del asilo maternal n.º 3, con certificado del Dr. Samaran, declarada atacada de enajenación mental» y enviada al manicomio en agosto de 1880. La observación médica realizada por Canaveris concluyó que la mujer presentaba

[Una] fisonomía tranquila pero excitada en la conversación, [...] el rostro ligeramente escariado, particularmente las conjuntivas, cabello arreglado y lustrado, mirada tranquila, globos oculares brillantes y húmedos. Cabeza caída hacia delante. Tronco erecto, palabra clara.

Según la indagada, el motivo de su envío al manicomio era «haber desobedecido varias veces en el Asilo Maternal n.º 3 de donde procede», ya que se negó a cumplir con las tareas asignadas por las religiosas que regenteaban ese establecimiento.

La primera medida fue tomada en el propio Asilo Maternal: encierro y golpes («fue agarrada por el cabello, tirada al suelo pateándola como una pelota»). Ante la madre superiora «pidió perdón», pero, al mismo tiempo, «manifestó que se portaría lo peor posible y que con la rabia que tenía a la primera criatura que se le puso por delante le ensució la cara con las materias fecales». Por tanto, las religiosas decidieron enviarla al manicomio «diciéndole que la había de mandar [...] para que le dieran baños de lluvia». Según Santos, cuando fue examinada por

81 Robert CASTEL, *El orden psiquiátrico. Edad de oro del alienismo*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2009, pp. 29-31.

el médico del Asilo Maternal, las propias monjas «le pusieron el cabello en completo desorden y al descubierto». Señaló Canaveris que la mujer realizaba fatigosas y numerosas tareas en el asilo y que esa podía ser la causa del «mal humor» y las escasas «ganas de trabajar», sobre todo «algunas veces cuando le aparecen las reglas». Es significativo el uso realizado por las religiosas de las características que se le atribuían a un enfermo psiquiátrico (excitación, mal aspecto) para que fuera considerada loca (más allá de la impericia del primer médico que la remitió solo por el aspecto, aunque allí podríamos entrever una red de complicidades). Pese a que Canaveris mostró conmiseración con la mujer, algunas de las preguntas realizadas, como la indagatoria sobre «si había tenido amores» o «algún disgusto», expresan los valores presentes entre los médicos que buscaban, además de causas orgánicas, posibles causas de tipo moral, vinculadas al contacto con el sexo opuesto (el mismo sexo, como veremos, no entraba dentro de las variables, ya que, de lo contrario, hubiera quedado internada).⁸²

La religiosa declarante, la madre superiora Marinaria Macia, aludió a la vida sexual de la joven Santos al afirmar «que la referida menor se quejaba de irregularidad en la menstruación. Indagando las causas de esa irregularidad, declaró la referida haber cometido desarreglos que en creencia habían dado lugar a semejante disturbio». El «semejante disturbio», o sea, la posibilidad de un embarazo, era, sin dudas, la causa que había generado el malestar de las autoridades del asilo con la joven.

Es probable que casos como los expuestos hayan llevado a Canaveris a avizorar una nueva época en el tratamiento de los enfermos psiquiátricos, para lo cual era necesario aprobar una «legislación apropiada». De lo contrario, los enfermos (y también los médicos) seguirían sometidos al régimen de la «informatividad» que

Exponía a esos desgraciados a que, además de tener el infortunio de la pérdida de la razón, se cometiese con ellos todo género de abusos, cuando el hombre en esas condiciones tiene más derecho a ser protegido por las leyes, por lo mismo que se encuentra en las de un menor de edad.⁸³

Ya en marzo del año anterior, Canaveris manifestaba su malestar porque «vienen a ingresar a este establecimiento individuos con certificado médico, clasificándoles como atacados de enajenación mental no padeciendo de tal afección», y daba cuenta de dos casos, un hombre y una mujer que ingresados como dementes tenían «sus facultades intelectuales perfectamente integras [sic]». En el caso del hombre retenido, José María Rojas, aún permanecía en el asilo por disposición del jefe político de Montevideo, Apolinario Gayoso, pero Canaveris reclamaba su liberación porque «este individuo tiene sus facultades intelectuales integras [sic]». En todo caso, el médico solicitaba que, si el jefe político lo quería apresar, lo hiciera, pero no en el asilo.⁸⁴ Podríamos pensar que, para Canaveris, el

82 AGN, HA, MSP y HCM, libro 4842, fs. 2-3.

83 Canaveris, o. cit., p. 309.

84 AGN, HA, MSP y HCM, libro 4837, f. 297.

traslado de pacientes desde todos los confines del país y desde la zona fronteriza hacia Montevideo provocó, además de una emigración forzada, la interrupción de los vínculos con el espacio de residencia y con la familia, y el inicio, para muchos enfermos psiquiátricos, de un trayecto de vagancia sin retorno con permanentes entradas y salidas del asilo y manicomio. En su informe de febrero de 1881, Canaveris planteó las dificultades aún existentes para «conocer y clasificar cada uno de los enfermos», ya que «no hace mucho tiempo entraban [al Asilo de Dementes] muchos [enfermos] en cuyo parte y por todo dato se leía N. N., lo que hacía de todo punto imposible tomar los antecedentes necesarios». A la fecha del informe, los médicos desconocían el nombre de algunos pacientes que eran llamados por un número asignado «en relación con la cama que ocupa y el asiento que se hace a su entrada en el registro que se lleva por Secretaría».⁸⁵

El 23 de junio de 1880, el Gobierno aprobó la instrumentación de un formulario clínico de ingreso al manicomio, diseñado por Canaveris. El médico elaboró un protocolo para los jefes políticos de todos los departamentos, quienes

Darán instrucciones a sus delegados para que apenas tengan conocimiento de la existencia de un enajenado en el departamento, se trasladen al punto donde se encuentre y recojan todos los antecedentes de familia, como también los actos cometidos por él y que hagan sospechar la enfermedad mental.

Con esos antecedentes, el posible enfermo sería remitido a la capital de cada departamento (y no a Montevideo) donde sería examinado por el médico de policía. Solo cumpliendo con esos pasos «se podrá formar con más seguridad su historia clínica, independientemente de evitar un sinnúmero de abusos que pueden cometerse por la falta de formalidades con que son remitidas». La planilla tipo, luego aprobada, decía:

Jefatura Política del Departamento de...

El que suscribe Médico de Policía certifica que Dn... en vista de los antecedentes que acompaña y después de un detenido examen se deduce que se halla atacado mentalmente por cuyo motivo debe ser remitido al Manicomio Nacional.

Expedido en...

Departamento de...

Sr. Jefe Político...

Filiación

Nombre... Nacionalidad... Edad... Estado... Profesión... Domicilio...

Antecedentes

1° Paraje o sitio donde ha sido encontrado el enfermo y porque [sic] motivo (expresar si es a instancias de la familia que justifiquen la petición y en el segundo requiérase por la Policía los que se puedan obtener).

85 Canaveris, o. cit., p. 306.

2° Noticias acerca del estado de salud del enfermo (pasiones, vicios, hábitos).

3° Percances que le hayan sucedidos [sic] (pérdidas, disgustos, sustos).

4° Datos de sus ascendientes (si alguno ha padecido enfermedad semejante o bien que [sic] enfermedades ha padecido, si es hijo de matrimonio entre consanguíneos [sic] y en ese caso qué grado de parentesco tenían, si ha habido alcohólicos).

Firma de la autoridad que lo remite

Fecha.⁸⁶

Desconocemos si la policía cumplió con el pedido médico y llenó los formularios correspondientes. En el caso de Montevideo, contamos con una nota del jefe político, del día 4 de agosto de 1880, en la que le reclamó al presidente de la Comisión de Caridad, Julio C. Pereira, mayor cantidad de

Ejemplares impresos de los modelos adoptados para la remisión de los documentos al Manicomio Nacional, [...] un número adecuado a la cantidad de individuos que con frecuencia son remitidos por encontrarse atacados de enajenación mental.⁸⁷

Podríamos pensar que, pese a los intentos por protocolizar la función policial, los agentes del orden seguían enviando a personas de forma indiscriminada tal como dan cuenta las numerosas protestas de Canaveris, incluso luego de la aprobación de la planilla.

Es probable que la carencia de lugares de reclusión para enfermos psiquiátricos en el interior del país (en lugares donde tampoco había hospitales departamentales) llevara a que la policía no siempre supiera qué hacer con los enfermos o a situaciones desafortunadas. A modo de ejemplo, se puede hacer mención al caso relatado por el diario *El Norte* de Tacuarembó, que dio cuenta de las dificultades existentes para contener al «individuo alienado que se halla desde hace casi un mes» en «la cárcel pública, de esta Villa», quien intentó «fugarse atropellando al centinela, el cual cumpliendo la consigna militar le plantó un balazo traspasándole el cuerpo, y se cree morirá por ser de mucha gravedad la herida». Reflexionaba el periódico que «ese desgraciado loco pud[o] haberse librado de la mala suerte que tan rudamente le ha cabido si hubiera sido enviado ya al Manicomio Nacional, para lo que ha habido sobrado tiempo».⁸⁸

La *Guía policial*, que entró en funcionamiento en 1883, incorporó el formulario de Canaveris, así como una serie de disposiciones sobre el tratamiento de la policía para con los enfermos psiquiátricos. Entre ellas, se encontraba la orden de peritaje médico-legal previo a la derivación al manicomio y la necesidad de comunicarle al juez departamental la detención y la remisión. El artículo 53 establecía que «ninguna persona debe ser detenida por demente sino [sic]

86 AGN, HA, MSP y HCM, libro 4839, f. 287. Destacado en el original. En la documentación relevada, no fue posible encontrar una planilla con datos filiatorios.

87 AGN, HA, MSP y HCM, libro 4840, f. 540.

88 *El Norte*, 28 de octubre de 1880, p. 3.

produce escándalo en las calles o sitios públicos, o siendo al parecer furiosa su locura, hiciera temer con fundamento que pudiera ser causa de alguna desgracia», mientras el 54 determinaba que «inmediatamente de detenido el demente debe ser reconocido por el Médico de Policía y pasado al Manicomio Nacional, dándose cuenta del hecho al Juez Departamental». ⁸⁹

Pese a estos intentos de formalización, Canaveris convivió con prácticas arraigadas y con la égida permanente de las autoridades religiosas dentro del establecimiento. Distintas situaciones hicieron que el camino de Canaveris al frente de los médicos y practicantes del establecimiento fuera sinuoso. ⁹⁰ De forma simultánea, la necesidad de la firma del médico de policía tampoco se convirtió en una garantía, ya que quienes ejercían esa función no eran especialistas ni en medicina legal ni en psiquiatría. Por ende, no siempre podían distinguir con claridad a un enfermo mental de un alcohólico que podía generar un escándalo público. Si tales diferencias no eran claras para los primeros médicos que comenzaron a especializarse en este tipo de enfermedades, menos aún lo eran para quienes no tenían contacto con la incipiente disciplina. Asimismo, los diplomados que trabajaban en la policía estaban sometidos a una serie de complejas situaciones, entre ellas, las presiones y amenazas policiales para que firmaran certificados. Un ejemplo es la situación que, en marzo de 1882, vivió el médico de policía Diego Pérez —hombre importante para nuestra investigación— cuando, según su declaración, fue obligado a firmar un certificado médico que fue utilizado para demostrar que, contrariamente a lo que decía la prensa, dos italianos detenidos por la policía de Montevideo no habían sido torturados (luego se demostró que sufrieron golpizas y otros castigos). ⁹¹ Si bien este caso no involucra a enfermos psiquiátricos, es demostrativo de las presiones que se ejercían sobre los médicos, constatación también de la poca estima que algunos agentes estatales tenían sobre la profesión.

89 *Proyecto de guía policial aprobado por el superior gobierno*, Montevideo, Tipográfica de la Escuela de Artes y Oficios, 1883, p. 25.

90 Su primera renuncia se produjo el 25 de junio de 1885 por diferencias sobre la periodicidad de las visitas médicas. Desconocemos qué frecuencia intentó establecer, pero, al parecer, no coincidía en ese sentido ni con el doctor Brian (recordemos, director del manicomio) ni con las hermanas de caridad. La superpoblación del establecimiento (y, probablemente, su compromiso con la disciplina) lo llevaron a regresar al manicomio, en condición de segundo médico, en julio de 1887. Quedó a cargo de la sección femenina, mientras que el doctor Alejo Martínez (quien lo había sustituido en 1885) fue nombrado responsable de los hombres. Sin embargo, una nueva disputa con la comisión encargada del manicomio, esta vez en noviembre de 1888, lo llevó a renunciar de forma definitiva en diciembre del mismo año. A partir de ese momento, se dedicó a la actividad profesional en su despacho particular ubicado en la calle Queguay 213 (hoy calle Paraguay). Datos tomados de: Soiza Larrosa, «Esbozo histórico...», o. cit., pp. 7-8.

91 Trabajamos con el caso señalado en: Nicolás DUFFAU, «¿El Infierno en Babel? Inmigración y delincuencia durante el período de la modernización en Uruguay: el caso Volpi-Patrone», en *Naveg@merica. Revista Electrónica de la Asociación Española de Americanistas*, n.º 6, Universidad de Murcia, 2011.

Las propuestas y denuncias sobre remisión de personas no pusieron fin a una práctica arraigada, tal como evidencia un texto del abogado Carlos María de Pena editado en 1893, donde reafirmó que:

En el Reglamento de Policía para Montevideo[, lo mismo que en el artículo 116 del Reglamento de Policías rurales,] se dispone que ninguna persona pueda ser detenida como demente si no produce escándalo en calles o sitios públicos, o siendo al parecer furiosa su locura.

Fuera de esos casos, la policía no podía detener por supuesta o aparente demencia si no se cumplía con el artículo 54 del reglamento. De lo contrario, sostenía De Pena:

No basta que se haga una denuncia a la Policía; no basta que conste del certificado del médico policial o forense que una persona está demente. Para detenerla y para secuestrarla como tal por la Jefatura Política se requieren las precisas condiciones previstas en el reglamento. Fuera de ellas no hay más que abuso.

Además, todas las personas ingresadas al manicomio debían cumplir un período precaucional de observación.⁹² Esta idea de la necesidad de observar al paciente se condecía con los principios de la biología positivista, ya que era a través del peritaje sostenido sobre la conducta que el médico sería capaz de establecer el tipo de afección que aquejaba a la persona.

Para el abogado, no en todos los casos era necesario remitir al manicomio, ya que «si los supuestos dementes no pueden ser detenidos por otras causas que las demás personas, debieran ser, como estas, detenidos en las cárceles de detención», pero la policía, en especial en el interior del país,

Encuentra más humanitario y más cómodo enviar a los supuestos dementes desde luego y directamente al Manicomio Nacional, con lo cual quedan subvertidas todas las disposiciones del Código Civil relativas a la incapacidad de las personas.⁹³

Esos envíos de personas, muchas veces, ocurrían a espaldas de los jueces departamentales, por lo que «el supuesto incapaz es traído al manicomio, enclaustrado y, como tal, atendido y mejorado generalmente en el establecimiento», pero «no ha sido declarado incapaz por la autoridad competente».⁹⁴ Lo mismo sucedía cuando el incapaz era llevado por la familia: no se favorecía ni «al magistrado en su ministerio» para «declarar la incapacidad o al hacerla cesar», ni al médico en su tratamiento «para aliviar o sanar al enfermo» ni a la estadística «general y fenotípica, para conocer el proceso de estas dolencias y evitar o disminuir sus causas».⁹⁵

De Pena reafirmó la vigencia del Estado de derecho, demostró su oposición a todo tipo de abuso y denunció las contradicciones de un sistema policial que

92 Carlos María DE PENA, *Principios de organización de la Beneficencia Pública*, Montevideo, Imprenta Artística y Librería de Dornaleche y Reyes, 1893, p. 39.

93 *Ib.*, p. 40.

94 *Ib.*, p. 41.

95 *Ib.*, p. 43.

no se atenía a una serie de protocolos que, según su interpretación, no funcionaban por prácticas arraigadas, sino a «demoras y a tramitaciones engorrosas por exhortos de Juez a Juez o por oficios a la Comisión Nacional de Caridad para la práctica de todas aquellas diligencias que no son personales del Juez en el juicio de incapacidad».⁹⁶ En el argumento del abogado, podemos ver una tensión entre las «demandas punitivas» y las garantías y derechos de los insanos, pero también de la población humilde en general. En esta visión, las pesquisas debían ser dirigidas o controladas por un magistrado. La intervención de la policía, sin requerir las condiciones o formalidades, podía provocar pesquisas arbitrarias o ilegales. Este aspecto no es menor si tenemos en cuenta que se inscribe en un proceso de construcción del sistema jurídico moderno.

En abril de 1895, la Comisión de Caridad estableció algunas disposiciones, de acuerdo al artículo 400 del Código Civil, para que los alienados no fueran «conducidos ni admitidos en el Manicomio sin previa autorización judicial».⁹⁷

El 31 de mayo de 1895, el Ministerio de Gobierno promulgó una disposición que permitió el envío de detenidos al Manicomio Nacional «en todos los casos que las Jefaturas Políticas se vean precisadas», pero obligó a la Policía a adjuntar «los antecedentes respectivos, a fin de ser sometidos a la observación médica que corresponde» y a avisar al Juzgado Letrado Departamental.⁹⁸ En el caso de las jefaturas políticas del interior,

Los enviarán directamente al Manicomio Nacional a los efectos determinados en el inciso anterior, mandando aviso telegráfico al Jefe Político de Montevideo con el objeto de que facilite la ambulancia y elementos necesarios que deben servir para la conducción de los alienados al Manicomio, ya tenga que hacerse esa conducción de la Capitanía o de la Estación del Ferro-Carril Central.⁹⁹

Según Enrique Castro, «hasta el [18]95, los insanos entraban y permanecían en el Manicomio sin que de ello tuviera conocimiento la justicia», por lo que la disposición promulgada en mayo de ese año fue un primer punto para

96 Ib., p. 41.

97 Archivo General de la Nación y Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública, *Libro de actas*, del 26 de marzo de 1895 al 5 de agosto de 1896, f. 16. En adelante, se citará como AGN y CNCBP.

98 «Manicomio Nacional. Remisión Directa de Alienados desde los departamentos», en *Retrospecto Económico y financiero de El Siglo seguido de la Colección Legislativa de la República Oriental del Uruguay por Matías Alonso Criado*, vol. XVIII, Montevideo, Imprenta a Vapor de El Siglo, 1896, p. 120.

99 AGN y CNCBP, o. cit., fs. 32, 33. El problema también era el regreso de los enfermos psiquiátricos enviados desde los departamentos a su lugar de residencia. El 19 de febrero de 1896, la Comisión de Caridad se refirió a «los numerosos enfermos y dementes que, de los Departamentos de Campaña [de donde] son remitidos para su asistencia a las Casas de Caridad, se encuentran, las más de las veces al ser dados de alta, faltos de recursos, extraviados y sin familia en la Capital» (AGN y CNCBP, paquete 1890-1896, carpeta 452). El problema persistió hasta entrado el siglo XX. Véase: AGN y CNCBP, *Libro de actas*, del 10 de enero de 1902 al 5 de diciembre de 1910, fs. 2-13.

reorganizar la remisión de enfermos psiquiátricos al manicomio.¹⁰⁰ Los inconvenientes que presentaba esta práctica, en especial en el interior del país, eran la ausencia de médicos de policía o el traslado de un supuesto enfermo psiquiátrico desde el medio rural del departamento hasta la ciudad capital. Los «alienados» eran encerrados en las comisarías y podían permanecer varios días hasta que llegara el médico de policía o hasta que tuviera tiempo de realizar una observación durante, al menos, quince días. Mientras, convivían con delincuentes comunes y, en ocasiones, quedaban sometidos a la actitud de los oficiales y guardias.¹⁰¹

Los intentos de formalización para la reclusión de alienados

El problema señalado por De Pena y Castro, y que no solucionaba la disposición promulgada en 1895, se debía a la ausencia de legislación específica sobre la organización de los establecimientos para enfermos psiquiátricos. Corresponde a Castro, en su tesis de grado, titulada *Legislación sobre alienados*,¹⁰² el primer intento por sistematizar la normativa concerniente a los enfermos psiquiátricos. Lo que el médico realizó en su trabajo fue una síntesis de varias de las ordenanzas que regían el relacionamiento del Estado con los enfermos psiquiátricos y propuso nuevas disposiciones que, en su visión, brindarían mayores garantías a médicos, pacientes y familiares.

Castro se desempeñaba como practicante del manicomio. En 1896, partió de viaje de estudios a Francia, pero no finalizó la carrera en París, sino en Uruguay en el año 1898. Según Castro, su intención era proteger a los enfermos, pero también a los médicos, ya que «su competencia y hasta su honradez han sido seriamente puestas en duda» y se pretendía avasallar el accionar profesional a través de restricciones «con que se pretende rodear sus prerrogativas[, las cuales] serían tan perjudiciales a la dignidad y a la consideración del cuerpo médico como a la curación de los enfermos y a la seguridad pública».¹⁰³ El proyecto colocó los establecimientos manicomiales de carácter público y privado bajo la égida del Ministerio de Gobierno, que debía aprobar su existencia y controlar su funcionamiento. Asimismo, eliminaba la intervención de las autoridades religiosas y ponía la dirección técnica y administrativa a cargo de un médico.¹⁰⁴

100 MHN, o. cit., t. 1436, f. 207.

101 Véase: MHN, o. cit., t. 1436, fs. 243, 244, y la ya citada edición de *El Norte*, 28 de octubre de 1880, p. 3.

102 El texto fue editado en 1899 con el mismo título: Enrique CASTRO, *Legislación sobre alienados*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1899. El mismo año, la revista de la Universidad, *Anales*, publicó, en dos ediciones sucesivas, el trabajo completo: *Anales de la Universidad*, año VIII, t. X, Montevideo, 1899, tercera entrega, pp. 293-365 y cuarta entrega, pp. 417-480. Optamos por utilizar el manuscrito por su riqueza en anotaciones y comentarios al margen; además, no sufrió modificaciones de envergadura en relación con las versiones editas.

103 MHN, o. cit., t. 1436, fs. 10, 11.

104 *Ib.*, f. 492.

Entre las disposiciones «con verdadera utilidad» que Castro pidió se pusieran en práctica enseguida, se destacaban:

Los documentos de identificación del enfermo, un formulario para los certificados médicos en que se expresen los antecedentes y síntomas en que se formula el diagnóstico, registros especiales, llevados con la forma que estableceremos, la comunicación de la admisión al Poder Judicial [realizada por la autoridad sanitaria].¹⁰⁵

Para Castro, «la *necesidad de una Ley de Protección de alienados* se impone con toda la fuerza», porque permitía pensar al alienado «bajo un doble punto de vista: 1.º en sí mismo, 2.º en relación con la sociedad». El paciente era considerado «como enfermo y como hombre», «herido en su órgano más noble» que había perdido «la preciosa facultad que lo coloca a la cabeza de la creación, haciéndose incapaz de cuidarse a sí mismo». También permitía pensar en la sociedad, ya que el hombre también constituía «un ser no solo extra social, sino antisocial y por lo tanto peligroso». ¹⁰⁶ Era imprescindible una normativa clara que les permitiera a las autoridades contar con herramientas legales para, por ejemplo, internar a un enfermo.

El artículo 18 del proyecto de Castro establecía que «no podrá recibirse ningún enfermo en un establecimiento público-privado destinado al tratamiento de las enfermedades mentales» sin una solicitud de admisión cursada al director médico del manicomio, toda la información personal del paciente y «un informe [médico] sobre el estado mental de la persona cuya admisión se solicita». Esa solicitud «debe ser firmada por el que la hace y certificada por el Juez o Jueces de Paz de la Sección o Secciones a que pertenecen el peticionario y el enfermo». ¹⁰⁷ El jefe político y de policía de cualquier departamento podía ordenar «de oficio la colocación en un establecimiento de alienados de toda persona, interdicta o no, cuyo estado de locura» atentara contra «la seguridad, la decencia o la tranquilidad pública o su propia seguridad», pero solo se podía admitir con un «certificado de un Médico de Policía». ¹⁰⁸ El proyecto también atacó el problema del secuestro (casos de pacientes cuyos familiares se oponían a la internación) al autorizar, en el artículo 8, el tratamiento de un alienado en domicilio privado siempre que se hiciera una declaración e informes médicos periódicos.

En el comentario al texto de Castro publicado en la *Revista Médica del Uruguay* y firmado por el «Dr. A. L.», se señalaron algunas de las «deficiencias penosas [que] pueden dar lugar a que se retenga por varios meses en el Manicomio a un hombre sano» y se consideró como un adelanto la propuesta realizada por el joven psiquiatra. Sin embargo, el comentarista, partidario de una legislación para los alienados, puso en duda la viabilidad del proyecto de Castro, no por la falta de talento o voluntad del especialista, sino por la coyuntura de «un

105 Ib., fs. 16, 17.

106 Ib., fs. 121, 122. Destacado en el original.

107 Ib., fs. 509-512.

108 Ib., fs. 528, 529.

país donde la estabilidad política anda todavía buscando los puntos de apoyo», por lo que «trabajos de la índole del que apuntamos necesitan mucha atención de parte de los que leen para que merezca alguna de parte de los que mandan». ¹⁰⁹ Finalmente, el proyecto de Castro no se concretó, pero sirvió como base para disposiciones futuras. ¹¹⁰ Al mismo tiempo, demuestra que la discusión sobre la situación legal de los enfermos psiquiátricos en el ámbito local estaba en sintonía con los debates médicos internacionales, tal como se puede apreciar al realizar un análisis de la revista *Annales Médico-Psychologiques* que llegaba por suscripción a la biblioteca médica del manicomio.

En 1905, el ingreso al manicomio dependía de una autorización judicial, en cumplimiento con el artículo 400 del Código Civil, acompañada del certificado de dos facultativos. Esto no evitó, según informe de la propia comisión, conflictos entre los jueces de origen y los de la capital que iniciaban nuevos expedientes desautorizando al magistrado actuante en el inicio de la causa. En las remisiones por parte de las jefaturas de policía, de las otras casas dependientes de la Comisión Nacional de Beneficencia, del Consejo Penitenciario o de los jefes militares en caso de soldados, era suficiente la pericia efectuada por el médico de esas corporaciones.

Pese a las pretensiones científicas y modernizadoras, entre la población, el manicomio era visto como un lugar de reclusión, más allá de la patología psiquiátrica que presentaba la persona que era confinada en la institución. En enero de 1905, Carmelo Gaitan pidió que Antonio González fuera internado en el establecimiento, quien trabajaba en su casa como sirviente, porque «tiene alienadas sus facultades mentales», lo que «constituye un serio peligro para él y su familia». ¹¹¹ Más allá de la enfermedad que, como el informe médico certifica, mostraba González, lo interesante es que en la solicitud de remisión impera la necesidad de alejar al alienado de la sociedad, lo que también da cuenta de que, para parte de la población, el manicomio seguía siendo un espacio de reclusión y no de tratamiento médico. Todavía en 1914, Santín Carlos Rossi decía que la población «considera el asilo como una prisión». ¹¹²

En ocasiones, señalaba la propia comisión, los diversos trámites generaban engorrosas situaciones. Pongamos por caso: «Mientras que se da cuenta de la admisión del incapaz en el Manicomio, se procede por el Juzgado con intervención

109 *Revista Médica del Uruguay*, vol. 1, Montevideo, 1898, pp. 132-133. Castro falleció en agosto de 1901, hecho que, probablemente, limitó el impulso del proyecto.

110 En 1914, Santín Carlos Rossi presentó un proyecto sobre alienados para el que se basó en la propuesta de Castro (el texto íntegro se encuentra en: Rossi, o. cit.). El problema siguió existiendo incluso entrado el siglo XX. La primera ley de psicópatas aprobada en el país data de 1936.

111 Archivo General de la Nación, Sección Judicial, Juzgado Civil del 4.º Turno, *González, Antonio, incapacidad*. En adelante, se citará como AGN-SJ. En algunos casos, será posible citar con el folio correspondiente, aunque en la mayor parte de la documentación el estado de deterioro avanzado impidió la tarea.

112 Santín Carlos Rossi, o. cit., p. 93.

fiscal al nombramiento de curadores» de forma paralela al examen del enfermo, quien podía no ser internado en el manicomio, de modo que, al presentarse el juez o el curador nombrado, «en muchos casos, los enfermos [ya] han salido de él, sea porque los han retirado sus familias, sea por haberse mejorado, desde que algunos, especialmente los que son víctimas del alcoholismo, ingresan por perturbaciones mentales transitorias». ¹¹³ Y, pese a los esfuerzos, la combinación de trámites con prácticas policiales de larga data podía provocar situaciones desagradables para las personas remitidas. Por ejemplo, I. C., de 22 años, fue remitida al manicomio por la policía el 22 de junio de 1906 por haber sido «encontrada en la calle en ropas menores» (¿una prostituta tal vez?). Aunque el diagnóstico médico ordenó el alta «por no presentar signos de enajenación mental», permaneció en el establecimiento hasta el 30 de julio de ese año, ya que debió esperar el cumplimiento del trámite judicial y la observación médica. ¹¹⁴

Entre las «faltas contra la moral y las buenas costumbres» que la policía debía perseguir se encontraban los casos de personas que «ofendiese[n] públicamente el pudor con palabras o ademanes obscenos». ¹¹⁵ Este argumento del atentado a las buenas costumbres fue muy utilizado por los policías de la época para detener a personas supuestamente por «locos» que cometían escándalo público. Y si bien Santín Carlos Rossi diría que «las fronteras de la locura son lo bastante inciertas para permitir un mandato o consejo de observación en casos sospechados, aunque un estudio posterior establezca la normalidad psíquica del internado», ¹¹⁶ podríamos pensar que, en muchos casos, la detención y el ingreso al manicomio podía estar motivados por los prejuicios de los policías a la hora de determinar si una persona estaba cometiendo un atentado contra la moral y las costumbres.

En 1904, la *Revista de Policía*, publicación oficiosa del cuerpo, amonestó a «algunos señores comisarios» que «siguen un procedimiento erróneo al intervenir en la remisión de alienados, recargándose con una obligación que no les incumbe y molestando también inútilmente a otros empleados». Según la publicación, «es la Policía la que remite la casi totalidad de los locos», pero lo hacía de forma errónea, ya que los oficiales solo podían y debían intervenir «en los casos que los alienados produzcan escándalo en calles o sitios públicos, o cuando siendo al parecer furiosos, su locura hiciera temer con fundamento que pudiera ser causa de alguna desgracia». Pero los policías no lo entendían así, lo mismo que la población que, «con su tendencia a abusar de los servicios públicos tan difundidos entre nosotros, acuden a la comisaría más próxima para evitarse molestias». ¹¹⁷

113 *Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública. Sus establecimientos y servicios*, Montevideo, Comisión Nacional de Caridad, 1905, p. 33.

114 Hospital Vilardebó, *Libro de entrada de mujeres 1904-1907*, f. 358.

115 Departamento de Policía de la Capital, *Prontuario consultivo policial. Administración del coronel Juan Bernassa y Jerez*, vol. I, Montevideo, Barreiro y Ramos, 1904, p. 103.

116 Santín Carlos Rossi, o. cit., p. 78.

117 «La policía y la remisión de alienados», en *Revista de Policía*, año 1, n.º 3, 15 de enero de 1904, p. 1.

La propia comisión pidió modificar el sistema legal por un tratamiento «razonable y científico» y una ley de alienados, para evitar problemas entre todas las instituciones partícipes en el ingreso (o no) de un enfermo psiquiátrico en el manicomio.¹¹⁸

Otro problema acuciante era la dificultad que generaba la no intervención del Estado en las situaciones en las que la familia se negaba a la internación del enfermo o no comunicaba a las autoridades la patología de un pariente. Sin embargo, decía Rossi, «nuestra rudimentaria legislación sobre alienados no instituye nada al respecto» y reclamó al Estado potestades para obrar en los casos en los que la familia se oponía a la internación para «responder a una exigencia real de la sociedad», «la que coloque bajo la salvaguardia de la ciencia seres que no pueden ser impunemente abandonados».¹¹⁹ En su afán por expandir su radio de acción a toda la sociedad, los médicos, en colaboración con los abogados, insistieron en la configuración del delito de secuestro para los casos en que la familia no declaraba la inasistencia de un paciente. Esta posición se exacerbó, como puede verse al consultar las fuentes, cuando esa situación tenía lugar en los sectores populares o en el medio rural.¹²⁰

El retiro de los pacientes del hospital —algo que no estaba previsto por ley y se debía atener, si la familia quería, a la prescripción médica— generó numerosos inconvenientes entre las autoridades y los médicos o entre estas y las familias. Según los médicos, el alienado podía ser retirado del manicomio de tres maneras: «en el curso de la asistencia», aunque el médico no lo aconsejara, ya que nada impedía a una familia reclamar a un pariente (y, muchas veces, contaban con el respaldo de un juez o de un abogado que alegaban el respeto a la libertad individual); con autorización médica, por considerar que el enfermo mostraba un tipo de «cronicidad inofensiva», o durante la «convalecencia». La ausencia de una disposición clara permitía que «se retire un alienado de nuestro manicomio contra la opinión del médico. Tal autorización va contra el interés del enfermo y contra la sociedad».¹²¹ Rossi puso como ejemplo de «una señora, madre de familia radicada en el Cerro de Montevideo, [que] [...] fue retirada hace un par de años del Hospital Vilardebó, en pleno acceso de melancolía» y contra la opinión del facultativo. A pocas semanas de la liberación, la policía impidió que la mujer ahogara en la playa a sus dos hijos.¹²² En otros casos, los médicos pudieron hacer valer su opinión e impedir la salida del paciente pese a la insistencia familiar. Tal fue el caso de la enferma María Carmen Castro, a quien se le negó el alta a pesar de la insistencia de su esposo Francisco Santullo Rodríguez en febrero de 1900. Un dato significativo de la negativa es que, además «[d]el estado de la enferma [que] no permite su salida», se agregó que

118 Comisión Nacional de Caridad..., o. cit., p. 35.

119 Santín Carlos Rossi, o. cit., p. 27.

120 Ib., pp. 16-17. Volveremos sobre el punto al referirnos a los juicios por incapacidad.

121 Ib., p. 102.

122 Ib., pp. 102-103.

«el esposo realmente no cuenta con los medios necesarios para prestarle la debida asistencia».¹²³ Ambas razones, pero sobre todo la situación económica de Santullo, seguramente se convirtieron en un argumento de peso para que el juez competente negara la liberación.

De todos modos, no debemos pensar la carencia de codificación o normativa como una ausencia de prácticas judiciales, sino que, por el contrario, el Estado se valió de los escasos mecanismos con los que contaba. Esas carencias habrían permitido que se fuera delineando un campo profesional en torno a los enfermos psiquiátricos y que incluyó, en palabras de Santín Carlos Rossi, a «dos entidades científicas» que «determinan la situación del alienado en la sociedad contemporánea: el médico y el abogado».¹²⁴ En esa dirección, los jueces, a través de sus fallos, intentaron cubrir la falta de legislación específica y resolver los conflictos mediante la intervención estatal. De esta forma, el campo de la psiquiatría se legitimó en torno a los profesionales de la medicina y del derecho que formaron un espacio médico-legal para proteger al enfermo, al que consideraban un desvalido. Claro está que ello no evitó que los enfermos psiquiátricos padecieran todo tipo de abusos dentro y fuera del manicomio.

Del Manicomio Nacional al Hospital Vilardebó: medicina y secularización

En 1882, *La Gaceta de Medicina y Farmacia* reclamó mayor presencia de médicos en el manicomio e insistió en que «mientras los hospitales no estén dirigidos por médicos en todos los ramos de la administración, no podrá haber jamás un buen servicio administrativo e higiénico», porque ellos eran «los únicos llamados a guiar la marcha regular de esos establecimientos» en «armonía con las necesidades y el adelanto diario de las ciencias médicas».¹²⁵

Incluso, eran varios los políticos que, guardando las formas, destacaban el rol de lo religioso y caritativo, pero comenzaban a dar mucha relevancia a la presencia de los médicos y a las consecuencias de su actuación. Una síntesis conciliadora se encuentra en el discurso pronunciado por el ministro de Gobierno Julio Herrera y Obes en 1888 durante la celebración de los cien años del Hospital de Caridad. En su alocución, destacó que en los asilos públicos —«refugios abiertos a toda hora y en todo tiempo al dolor y a la miseria»—, «la Medicina tiene como el astrónomo sus grandes observatorios para buscar en la oscuridad de las enfermedades remedio y alivio para las dolencias del cuerpo», pero, al mismo tiempo, «la religión su culto para derramar sobre las heridas del alma el bálsamo dulcísimo de la resignación y de la fe». Podríamos pensar que, pese a ese intento por relacionar los dos polos que comenzaban a marcarse y enfrentarse, los médicos no estaban

123 AGN y CNCBP, o. cit., del 5 de enero de 1900 al 26 de junio de 1901, f. 14.

124 Santín Carlos Rossi, o. cit., p. 3.

125 *La Gaceta de Medicina y Farmacia*, año I, n.º 4, Montevideo, 1882, p. 143.

de acuerdo con la idea de «resignación», sino que, por el contrario, comenzaban a mostrar una legítima intención de curar a los enfermos, asentada en una visión científica de su tarea alejada de la «suntuosidad de la filantropía tradicional de nuestro pueblo, filantropía que heredó con sus demás virtudes características, de la magnánima raza a que pertenecemos».¹²⁶

El proceso por el cual lo religioso comenzó a perder potestades en la vida pública del Uruguay fue paulatino: tuvo inicio a fines de la década del setenta del siglo XIX y se intensificó en la del ochenta y duró hasta la segunda década del siglo XX.¹²⁷ Algunas decisiones de la época fueron moldeando las nuevas características de los establecimientos hospitalarios y de la vida sanitaria del país.

El 31 de mayo de 1878, el gobernador provisorio, coronel Lorenzo Latorre, cesó en sus funciones a la Sociedad de Beneficencia Pública de Señoras como primer paso para una nueva «organización que tiene proyectada en beneficio de los Establecimientos de Caridad».¹²⁸ La medida quedó sin efecto luego de la renuncia del gobernador, pero el proceso por el cual los hombres y las mujeres vinculados al catolicismo y una importante actuación en la comisión perdieron influencia ya se había tornado incontenible, aunque no fue abrupto.

Otro paso fue el decreto promulgado por el Ministerio de Gobierno el 31 de diciembre de 1886 por el cual cesó la intervención de la Junta Económico Administrativa de Montevideo en los hospitales y casas de beneficencia, que pasaban a ser dependencias nacionales regidas por las disposiciones del Ministerio de Gobierno. De este modo, el Estado intervenía en pleno y convertía la comisión en un ente nacional y no solo en una institución municipal. El segundo artículo del decreto estableció que pasaría a manos del ministerio «la superintendencia del Hospital de Caridad, casas de Beneficencia y Administración de Lotería y Administración de las Rentas adscritas a esos ramos».¹²⁹ Podríamos pensar que el penoso estado del fisco fue un motivo para generar una decisión de este estilo, ya que el propio Estado suplía de forma mensual las deudas generadas por los hospicios y asilos públicos. La comisión se negaba a la intervención del Estado en sus decisiones, pero dependía de las instituciones estatales para subsistir. Seguramente, la intención de los gobernantes fue poner un freno a esa situación. Sin embargo, como señalamos, el proceso fue paulatino y la Comisión de Caridad no desapareció, sino que siguió en funciones y se integró con hombres que venían actuando en ese ámbito y con otros que se incorporaron como consecuencia de los cambios.

126 *Hospital de Caridad de Montevideo. Reseña retrospectiva desde su fundación escrita con motivo de celebrarse el primer centenario el día 17 de Junio de 1888*, Montevideo, Establecimiento Tipográfico La Nación, 1889, en AGN, Colección de Folletos, n.º 116, p. 99.

127 Sostienen Caetano y Geymonat que el debate entre Iglesia católica y Estado fue uno de los más radicales del proceso modernizador que transformó la sociedad uruguaya desde la segunda mitad del siglo XIX (Caetano y Geymonat, o. cit., p. 45).

128 *Colección Legislativa de la República Oriental del Uruguay*, Montevideo, Imprenta Rural, 1878, pp. 100-101.

129 *Colección Legislativa de la República Oriental del Uruguay*, vol. x (segunda parte), Montevideo, Manuel Alonso Criado, 1886, p. 324.

Otra transformación importante que introdujo el decreto fue la que nombró al ministro de Gobierno como presidente de la Comisión de Caridad y la que sujetó los movimientos económicos a la fiscalización de la Contaduría General del Estado. La nueva comisión «estará bajo la inmediata dependencia del Ministerio de Gobierno, al cual propondrá, para su nombramiento, los empleados que juzgue necesarios», y duraría «tres años en el ejercicio de sus funciones, pudiendo ser reelectos los ciudadanos que la formen».¹³⁰

Deberíamos asignar cierto nivel de relevancia a las características y atributos de la estatidad, que no pasó solo por la marginación de las instituciones religiosas en tanto religiosas, sino en la voluntad de comenzar a controlar todas las instituciones públicas. Por eso, más que un mero reemplazo, en el caso aquí estudiado (pero que podríamos extrapolar a otros ámbitos públicos), lo que hubo fue también nuevos significados para viejas prácticas, como el apoyo a los pobres y un clima de negociación política y tensión entre el Estado, sus agentes y las viejas instituciones.

Una nueva ley del 20 de julio de 1889 estableció que la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública tendría carácter nacional y debería rendir «cuentas trimestralmente al P. E. de la inversión de los fondos y rentas cuya administración se le confía». A esta comisión le incumbiría la administración de la Lotería de la Caridad y de los demás bienes y rentas destinados al sostén de los establecimientos.¹³¹ Podríamos considerar esta disposición como parte de una etapa que marcó el involucramiento del Estado en las políticas sanitarias a través de su voluntad por apropiarse todos los servicios. Un Estado mínimo y con grandes carencias económicas, pero dispuesto a batallar para evitar la superposición administrativa y, muchos así lo entendieron, restar injerencia a la Iglesia católica. El 15 de setiembre de 1890, la comisión y la Institución de las Hijas de María del Huerto firmaron un convenio por el cual se les daba a dichas hermanas la dirección del Hospital de Caridad, del Manicomio Nacional, del Asilo de Huérfanos y Expósitos y de los Asilos Maternales.¹³² Probablemente, la decisión se debió a que, si bien la nueva comisión creada por la ley de 1889 marcaba un punto de ruptura, sus integrantes seguían siendo católicos de larga actuación, como el rico hacendado Juan D. Jackson —quien, en 1885, había cerrado el Asilo Maternal costado por su familia antes de permitir que fuera inspeccionado de forma mensual por el Estado—, Juan Ramón Gómez, Urbano Chucarro, Luis Piñeyro del Campo, entre otros. Los dos primeros presidieron la comisión hasta 1897 cuando fueron sustituidos por el médico Mariano Ferreira, quien fue reemplazado, entre 1899 y 1905, por el médico católico Luis Piñeyro del Campo.

130 Ib., p. 325

131 «Establecimientos Nacionales. Se declaran los de Caridad y Beneficencia de Montevideo», en *Colección Legislativa de la República Oriental del Uruguay*, vol. XII, Montevideo, Editor Pedro Ortiz, 1889, pp. 191-192.

132 AGN y CNCBP, paquete 1890-1896, carpeta 284.

El 31 de octubre de 1895, se formó un nuevo Consejo Nacional de Higiene —dependiente del Ministerio de Gobierno— que reemplazó a la Junta de Sanidad y al Consejo de Higiene Pública. La nueva institución se encargaría de «la administración sanitaria, marítima y terrestre de la República, y será la autoridad superior de higiene pública». Entre sus 16 integrantes, se encontraban el presidente de la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública, el profesor titular de Medicina Legal de la Facultad de Medicina, el presidente de la Junta Económico Administrativa de la capital y el profesor de Derecho Administrativo de la Universidad. La normativa disponía que, en cada departamento de la república, se estableciera un Consejo Departamental de Higiene, con excepción del de la capital, cuyas atribuciones quedaron a cargo del Consejo Nacional. Sin embargo, el artículo 20 aclaraba:

No se entenderán las disposiciones de esta ley como derogatorias o limitativas de las atribuciones que actualmente ejercen las Juntas E. Administrativas en materia de salubridad y limpieza y la Comisión Nacional de Caridad en materia de asistencia pública.¹³³

El 18 de agosto de 1898, se creó, a iniciativa del Poder Ejecutivo, el Tesoro de la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública, que sustituía la *caritas* por una nueva forma de contar con fondos propios. Ese tesoro constituyó, a la postre, la base financiera de la asistencia pública, además de los ingresos por los presupuestos anuales. La caridad como un impuesto al que podríamos considerar moral para el hombre patricio, católico y decimonónico se convirtió, a fines del siglo XIX y entrando el siglo XX, en una obligación impositiva para el hombre laico, burgués —y, por ende, defensor de la racionalidad económica—, ahorrativo y defensor de un contrato de obligaciones y derechos con el Estado.

Al mismo tiempo, diversas disposiciones gravaron algunos artículos de consumo y el abasto de carne o cobraron patentes adicionales a las compañías de extranjeros, y se usó lo recaudado para financiar el mantenimiento de las casas dependientes de la Comisión de Caridad. Según los datos elaborados por Luis Eduardo Morás, ese auge impositivo provocó el descenso del financiamiento caritativo, que pasó de ser el 69,4% del presupuesto total de la comisión en 1891 al 41,2% en 1912 cuando la Ley de Asistencia Pública ya estaba vigente.¹³⁴ Sin embargo, importa señalar que más del 40% del presupuesto dependía aún de donaciones y de beneficencia (aunque no se las llamara así), lo que reafirma una vez más nuestra idea del proceso de sustitución paulatino de la caridad por una mayor presencia estatal. Incluso, ayuda a cuestionar si el reemplazo fue total o se trató simplemente de la aplicación de viejas prácticas con un nuevo sesgo ideológico y político. Por eso, discrepamos con el historiador inglés Henry Finch, quien no advierte las transformaciones políticas e ideológicas que implicó el batllismo cuando sostiene: «Batlle hizo poco más que aceptar un sistema fiscal

133 «Consejo Nacional de Higiene. Se crea», en *Retrospecto...*, o. cit., pp. 378-386.

134 Cifras tomadas de: Luis Eduardo MORÁS, *De la tierra purpúrea al laboratorio social*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 2000, p. 20.

preexistente, darle una racionalidad que no poseía originalmente y que tampoco marchó bien después de sus modificaciones».¹³⁵ Como lo demostró José Rilla, el enfrentamiento de los estancieros con el batllismo no fue precisamente por la carga impositiva sobre las tierras o por el aumento fiscal sobre las exportaciones, que casi no crecieron, sino que se debió a la oposición a políticas sociales que beneficiaran a sectores más vastos de la población, así como a una prédica política que entendieron «radicalizada».¹³⁶ Las reformas fiscales del batllismo —que habían comenzado en 1898 con el gobierno de Cuestas y quizás antes— «no alcanzaron a afectar la arquitectura financiera, pero en cambio sí bastaron para remover las ideas admitidas, para contribuir al alineamiento de diversos sectores políticos», lo que permitió replantear el problema acerca del rol del Estado.¹³⁷

El debate de la fiscalidad se imbricó con una reconceptualización sobre la función del Estado, el cual abandonó el abstencionismo, característico del liberalismo decimonónico, por una visión que, con el batllismo, concibió al Estado como un instrumento de conciliación. No obstante, consideramos pertinentes las puntualizaciones sobre el rol no interventor del Estado que realizaron los historiadores José Pedro Barrán y Benjamín Nahum, puesto que sostenían que, en algunos planos, el Estado tuvo una participación muy fuerte (leyes fiscales y de protección aduanera, creación de un banco nacional, colonización de tierras fiscales, puertos, ferrocarriles, carreteras, primeras discusiones con la Iglesia en la década del setenta del siglo XIX, etcétera), lo que cuestiona la idea de un liberalismo ortodoxo.¹³⁸ A ello, podríamos agregar que, probablemente, al igual que en todo el continente, el naciente Estado uruguayo se debatió entre la inestabilidad política y las arcas fiscales disminuidas, que le impidieron hacerse cargo de todas las funciones para asistir a la población.

Pese a ello, las nuevas potestades y la injerencia estatal no pusieron fin al enfrentamiento entre la Comisión de Caridad y la Facultad de Medicina. En 1890, el rector de la Universidad, Alfredo Vázquez Acevedo, seguía considerando como un «gran desiderátum» la «imposibilidad de formar buenos y expertos médicos, sin una práctica constante, amplia y variada en los Hospitales», debido a que la Comisión de Caridad «entiende —continuaba Vázquez— que no debe acordar a la Universidad toda la amplitud que requiere el servicio clínico, restringiendo las concesiones a los más estrechos límites». En el caso del manicomio, sostenía que la asistencia de estudiantes «se encuentra sometida a una multitud de trabas injustificadas». Otros documentos de la época dan cuenta

135 Henry FINCH, *La economía política del Uruguay contemporáneo 1870-2000*, 2.ª ed. (corregida y aumentada), Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 2005, p. 90.

136 José RILLA, *La mala cara del reformismo. Impuestos, Estado y política en el Uruguay. 1903-1916*, Montevideo, Arca, 1992.

137 *Ib.*, p. 277.

138 José Pedro BARRÁN y Benjamín NAHUM, *Bulle, los estancieros y el Imperio Británico*, vol. III, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1982, pp. 18-20. También véase: Ana FREGA e Yvette TROCHON, «Los fundamentos del Estado empresario (1903-1933)», en *Cuadernos del Clach*, n.ºs 58-59, Montevideo, 1991.

de que las gestiones ante la comisión eran continuas, tal como se puede ver en las memorias del rectorado o de los sucesivos decanatos.¹³⁹ Esta discusión y la resistencia de la comisión se mantuvieron hasta el siglo XX, cuando enseñanza y asistencia, como veremos, pasaron a ser deberes del Estado.

En el manicomio, desde la segunda mitad de la década del ochenta del siglo XIX —y en forma paralela a la consolidación de otros espacios de represión y control social—, las religiosas (y, por ende, los religiosos) fueron desplazadas de la conducción y administración de la casa de salud a favor de una administración científica y, sobre todo, laica. El cambio no fue solo administrativo, sino que los médicos impusieron su voluntad de sustituir el cuidado del paciente por el tratamiento. Los médicos abandonaron su subordinación a los religiosos; incluso, se sublevaron y consolidaron su presencia, y, como en toda lucha de posiciones, la presencia garantizó su poder.

La posición médica se acompañó con una construcción jurídica en relación con la cuestión de la beneficencia pública y la caridad, tal como queda de manifiesto en un texto de Carlos María de Pena, especialista en derecho administrativo, editado en 1893. En el texto, el jurista defendió el crecimiento estatal al señalar la coexistencia de dos doctrinas opuestas sobre los fines del Estado. Según el abogado, en el Uruguay, convivían dos posiciones divergentes en cuanto a la «creación y funcionamiento de las instituciones de beneficencia»: una que «limita la intervención del Estado a la protección general del Derecho y deja librada a la actividad social o a la iniciativa individual la fundación y sostenimiento de los instintos benéficos», y otra que

Proclama la necesidad de que el Estado, para responder a fines de protección y tutela, de policía, bienestar y comodidad social, complemente, estimule y funde el [sic] mismo casas de servicio que no tienen más objeto que el tratamiento y alivio de desvalidos, la protección de desamparados, el asilo de inválidos, el cuidado de ciegos y [la] asistencia de pobres.

La primera doctrina era, siguiendo esta visión, «indiferente a las desigualdades sociales y sus naturales consecuencias». Por el contrario, la segunda consideraba que «la vida jurídica» era de plena incumbencia del Estado, a través de resoluciones que «ennoblecen y dignifican a la especie, a la vez que concurren a su conservación y a su perfeccionamiento físico y moral».¹⁴⁰ Sin desconocer «los nobilísimos servicios de las Hermanas de Caridad, a veces irremplazables», De Pena pedía modificar el sistema a favor «de los principios de administración y del buen régimen de los establecimientos de Beneficencia», que debían reducir la injerencia de cofradías y hermandades y potenciar «la misión del Estado al fundar y sostener los establecimientos de beneficencia con fines laicos, humanitarios, sociales, no con fines religiosos».¹⁴¹

139 Citado en: *El libro del Centenario del Uruguay*, Montevideo, Capurro y Cía., 1930, p. 498.

140 De Pena, o. cit., p. 6.

141 Ib., pp. 20-21.

La contienda que enfrentó a religiosos y sus seguidores contra anticlericales, laicos o directamente contra quienes se oponían al poder político de la Iglesia católica (al menos en ese plano, las ideologías importaron poco, pues en algunas áreas el «progreso» invitó al consenso) implicó la disputa por el reemplazo de la caridad privada y la beneficencia pública por la incorporación al Estado de los servicios de salud, que hasta entonces habían sido gobernados por comisiones de caridad. Del mismo modo, la piedad religiosa se sustituyó por conceptos de tratamiento y de reorganización llamados científicos. Por ejemplo, el proceso de sustitución de las hermanas de caridad llevó a la necesidad de formar personal calificado (nurses, enfermeras y enfermeros) de manera sistemática y a través de una institución pública. Las dificultades en torno a la formación del personal de apoyo médico y de cuidado de los enfermos llevaron a que las religiosas se mantuvieran incluso luego de su expulsión. La escuela de enfermeros entró en funcionamiento en febrero de 1905 en el pabellón Germán Segura del Hospital de Caridad.

En 1903, algunos integrantes de la Comisión de Caridad presentaron un primer proyecto por el cual se rompían los contratos vigentes con las comunidades de María del Huerto y de San Vicente. El argumento era que el Estado debía asumir sus potestades y modificar el funcionamiento interno de los establecimientos sin esperar el dictamen de las hermanas, tal como establecía el convenio firmado en 1890. Al mismo tiempo, se opusieron a que el fisco mantuviera capillas, oratorios y demás establecimientos religiosos dentro de los hospitales y asilos.¹⁴²

142 Kruse, o. cit., pp. 240-241.

La creación de la Asistencia Pública Nacional

Los actores y agentes involucrados en el sistema se arrogaron la potestad de establecer las nuevas reglas de funcionamiento. La asistencia pública fue el nuevo concepto con el que el Estado y los políticos oficialistas comenzaron a tratar a los sectores sociales más desprotegidos (enfermos pobres, niños expósitos, vejez abandonada), un tipo de asistencia social que no se remitió en forma exclusiva al ámbito de la salud, sino que lo excedió (y esa sería la tónica durante la primera mitad del siglo XX).

El inicio del proceso marcó un segundo momento en la modernización estatal que había comenzado en la década del ochenta del siglo XIX. Con los establecimientos creados por las instituciones religiosas como punto de partida, el Estado laicizó y reorganizó la atención sanitaria pública. Al mismo tiempo, tuvo lugar un proceso de imbricación entre la actividad médica y la política, ya que varios de los médicos que comenzaron a regir los destinos de la asistencia sanitaria del país iniciaron sus carreras políticas (tal es el caso de José Scosería o de Santín Carlos Rossi, entre otros). Esa situación estuvo a tono con varias transformaciones en todos los ámbitos de la vida pública, en los cuales, y si seguimos a Barrán y Nahum, una elite con «base económica sólida y duradera en los puestos públicos» de «diferentes orígenes social y nacional que los de las clases conservadoras» fue capaz de convertirse en una nueva «clase burocrática» y en «el brazo político del Estado».¹⁴³

La Universidad cumplió un papel importante como canal de reclutamiento de esos nuevos dirigentes que ingresaban a la vida política amparados en su carrera profesional. En el caso argentino, Eduardo Zimmermann interpretó esta situación como una forma de superar las diferencias políticas, ya que, más allá de la ideología que pregonaban, los hombres del pasaje de siglo encontraron acuerdos en la fundamentación científica de las propuestas de reforma social o sanitaria elaboradas.¹⁴⁴ Podríamos pensar que una situación similar se dio en Uruguay, aunque las reacciones no fueron unívocas. Es decir, las transformaciones en el elenco gobernante y en distintos espacios de la esfera pública fueron interpretadas por algunos grupos (el alto comercio, los terratenientes, la Iglesia católica) como parte de un ataque, consecuencia directa de la acción «jacobina» (como se comenzó a llamar al batllismo). Sobre la propuesta de transformación estatal opinó una pluralidad de voces a favor o en contra de los esfuerzos reformistas que vivió el país en el pasaje de siglo.

La historiografía uruguaya ha insistido mucho en la posición anticlerical de buena parte de la clase política de la época, dispuesta a romper cualquier vinculación entre el Estado y la Iglesia. Si bien esa visión es absolutamente certera, es

143 José Pedro BARRÁN y Benjamín NAHUM, *Batlle, los estancieros y el Imperio Británico*, vol. 1, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1979, pp. 62-79.

144 Eduardo ZIMMERMANN, *Los liberales reformistas. La cuestión social en la Argentina 1890-1916*, Buenos Aires, Sudamericana-Universidad de San Andrés, 1995, pp. 59-60.

imprescindible pensar que, en el caso de las instituciones sanitarias, también influyó el relevo de poder que pasó de los religiosos a los médicos, muchos de los cuales no eran anticlericales decididos, pero sí entendieron que la ciencia y la medicina debían recaer en sus manos. En ese sentido, mostraron una posición celosa, defensora de su condición y se negaron a cualquier injerencia externa y religiosa, así como a la participación en la asistencia sanitaria pública o privada de personas que no eran facultativas. Por tanto, en materia sanitaria, los deseos de secularización no pasaron solo por una cuestión ideológica de rechazo a lo místico o religioso, sino que también incidió sobre ellos el posicionamiento corporativo.

No obstante, deberíamos pensar que la secularización podría ser interpretada por los reformistas no solo como un enfrentamiento al poder religioso, sino como un tipo de modernización que permitiría frenar y, eventualmente, controlar los cambios sociales que podían ser interpretados como peligrosos. No hay que olvidar que la actuación de estos médicos tuvo lugar en un contexto de transformaciones importantes, con el aumento del flujo migratorio transoceánico, el crecimiento de la planta urbana o la aparición de organizaciones sindicales, que provocaron la preocupación de los sectores dirigentes. A su vez, las preocupaciones por la reforma social y las transformaciones en el mundo jurídico afectaron el proceso de secularización, no solo el mero rechazo a la injerencia de la religión en todos los planos sociales y en la administración de instituciones que debían ser públicas.

La designación, en 1905, del médico José Scosería como presidente de la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública fue interpretada por los sectores católicos como «el resultado de una abierta campaña de intransigencia, de tiempo atrás llevada a cabo por ciertos elementos adversos al régimen actual de las casas de caridad de nuestro país».¹⁴⁵ Acompañarían a Scosería en la tarea varios reconocidos anticlericales como Ramón Montero y Paullier, Alfredo Vidal y Fuentes, Alfredo Navarro, Eugenio J. Lagarmilla, Guillermo West (jefe de policía de Montevideo) y Manuel Quintela.

El diario *El Día* consideró el hecho como un «triunfo de la tendencia liberal sobre la tendencia católica».¹⁴⁶ En su edición, el católico *El Bien*, y en una clara actitud clasista, sostuvo que la medida era una manifestación de división social y discordia «que fácilmente se encarna en las masas populares». Scosería era, según esta visión, predicador de «un falso liberalismo» formado por la «intolerancia en materia religiosa».¹⁴⁷ El mismo año entró en funciones un nuevo Consejo de Higiene Pública presidido por el médico Gabriel Honoré y que tenía por vicepresidente al psiquiatra Andrés Crovetto, férreo defensor de la secularización.¹⁴⁸ También una

145 «Comisión Nacional de Caridad», *El Bien. Órgano de la Unión Católica del Uruguay*, Montevideo, 5 de agosto de 1905, p. 1.

146 «La Comisión de Caridad. Ideas sanas e ideas absurdas», *El Día*, Montevideo, 5 de agosto de 1905, p. 1.

147 «Más anomalías», en *El Bien*, 6 de agosto de 1905, p. 1.

148 AGN y Consejo de Higiene Pública, paquete 1904-1906, carpeta 397.

Comisión Interina del Hospital de Caridad —integrada por los médicos Alfredo Navarro, Manuel Quintela y Joaquín Canabal— que entre sus primeras medidas estableció «la libertad religiosa» dentro del nosocomio.¹⁴⁹

Poco antes de su sustitución, el hasta entonces presidente de la comisión, Luis Piñeyro del Campo, elaboró una memoria retrospectiva que podríamos considerar una defensa católica de la institución. En ella, enumeró algunas de las «nobles y vastas tareas», desde 1852 a la fecha, que habían permitido cumplir con los sectores más desvalidos de la sociedad.¹⁵⁰ Consideró que la sucesión de leyes que colocaron a la comisión en la órbita estatal habían roto «el espíritu de cuerpo y de tradición, dos grandes elementos de recta administración», y puesto «a merced de los intereses o de las doctrinas del momento la suerte de los establecimientos públicos de Caridad».¹⁵¹

Entre las medidas adoptadas por Scosería como nuevo presidente, se encuentra la designación al frente de las instituciones hospitalarias de varios de sus colegas de tendencia liberal, nuevo paso de la política pública que Barrán llamó «medicalización de la sociedad».¹⁵² Otra disposición fue la «resolución por la cual queda absolutamente prohibido obligar a los pacientes que allí se asisten a confesarse», como «asimismo a los enfermeros y sirvientes concurrir a misa los domingos y días festivos, debiendo ser todos estos actos absolutamente voluntarios» sin que «se ejerza presión alguna sobre enfermos y sirvientes», algo que, según el diario católico que informaba, «no innova en absoluto, pues no es un misterio para nadie que la misión de las beneméritas hermanas se ha concretado en este particular a un mero consejo, jamás a una imposición».¹⁵³

El 6 de julio de 1906, la Comisión Nacional de Caridad prohibió en las casas bajo su dependencia «la ostentación de emblemas de ninguna religión positiva», con excepción «de los lugares destinados al culto y al alojamiento del personal religioso». Esto afectaba directamente a las religiosas católicas que debieron retirar los crucifijos de todas las salas hospitalarias.¹⁵⁴ La polémica también se trasladó al libro de visitas del establecimiento, tal como se puede ver en las consideraciones realizadas por Emilia T. de Forteza el 24 de diciembre de 1906, quien consideró a las hermanas de caridad mujeres «dignas de estimación y respeto», víctimas de «almas innobles [...] que ignoran los beneficios que estas queridas Hermanas reportan a la humanidad doliente».¹⁵⁵ El símbolo característico de la Comisión de Caridad, heredado de la Cofradía de San José, formado por un corazón con una cruz al frente y un ancla por debajo, se sustituyó por el escudo nacional.¹⁵⁶

149 *El Día*, 16 de setiembre de 1905, p. 1.

150 *Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública...*, o. cit., p. 10.

151 *Ib.*, p. 16.

152 Barrán, o. cit., vol. I, p. 114. También véase: Caetano y Geymonat, o. cit., pp. 87-98.

153 *El Bien*, 29 de agosto de 1905, p. 1.

154 *El Siglo*, Montevideo, 7 de julio de 1906, p. 4.

155 Hospital Vilardebó, *Manicomio Nacional. Libro de visitantes*, f. 61.

156 Los protestantes apoyaron la secularización impulsada desde el Estado porque defendieron la libertad de cultos. Véase: Roger GEYMONAT, «Tercero en discordia. Protestantismo

José Enrique Rodó publicó en *La Razón* un artículo para criticar la medida y obtuvo una respuesta de Pedro Díaz, integrante del Centro Liberal.¹⁵⁷

En 1908 (año en que se laicizó la enseñanza en los establecimientos asilares), se comenzó a discutir la reforma sanitaria. El diario oficialista *El Día* inició una campaña sobre el proyectado sistema de asistencia, desde una posición en sintonía con las nuevas autoridades de la Comisión de Caridad y de los médicos. En una entrevista concedida a ese diario, Scosería sostuvo que «en materia de asistencia pública estamos atrasados de 30 años por lo menos», consecuencia de la «factura actual» de la Comisión de Caridad, «organismo arcaico, una máquina vieja y pesada llena de inútiles y complicados engranajes que solo sirven para entorpecer su marcha». Sin embargo, y de allí que planteamos que dentro de un mismo campo político las reacciones no fueron unívocas, Scosería mostró su molestia con el diario porque entendía que la campaña se basaba en «el más absoluto descrédito a los establecimientos de caridad, recargando inútilmente las tintas y exagerando sus deficiencias y defectos de organización».¹⁵⁸

Bajo la administración del presidente Claudio Williman se creó, en 1908, una comisión compuesta por médicos, legisladores y funcionarios, con el cometido especial de estudiar la reorganización de la asistencia pública en sus diversas ramas y elaborar un plan de trabajo para cambiar el funcionamiento de todos los establecimientos. El resultado del trabajo de ese grupo fue el proyecto de Ley de Asistencia Pública, «cuyo rasgo dominante es el de haber quitado a esta importantísima función pública el aspecto humillante de la caridad, para hacer de ella, de acuerdo con las ideas modernas, un primordial deber del Estado».¹⁵⁹

Los batllistas discutieron la posible reforma en función de la racionalidad económica y de la existencia de múltiples e innecesarias comisiones auxiliares, y combinaron la discusión con ataques hacia la Iglesia católica, a la que consideraban como la principal responsable de una institucionalidad vetusta y de un concepto de caridad perimido y funcional a la injusticia social. Según la visión del diario oficialista, el concepto caritativo imperante no contemplaba las «graves injusticias que provienen casi todas ellas de la causa de que emanan las divisiones más profundas que existen en los hombres, de la desigual distribución

y secularización», en Gerardo CAETANO et ál., *El «Uruguay laico». Matrices y revisiones (1859-1934)*, Montevideo, Taurus, 2013, pp. 116-117.

157 La polémica finalmente derivó en un libro de cada uno: Pedro DÍAZ, *El crucifijo; su retiro de las casas de beneficencia*, Montevideo, Tipográfica Jiménez, 1906; José Enrique RODÓ, *Liberalismo y jacobinismo*, Montevideo, Librería La Anticuaria, 1906. Un estudio del episodio y sus resonancias se encuentra en: Pablo DA SILVEIRA y Susana MONREAL, *Liberalismo y jacobinismo en el Uruguay batllista. La polémica entre José E. Rodó y Pedro Díaz*, Montevideo, Taurus, 2003.

158 «Los establecimientos de Asistencia Pública y la Comisión Nacional de Caridad. Reportaje al Dr. Scosería», en *El Día*, Montevideo, 15 de febrero de 1908.

159 Santín Carlos Rossi, «La Colonia de Alienados de Santa Lucía, por el doctor Santín C. Rossi, director de la Colonia», en *Primer Congreso Médico Nacional patrocinado por la Sociedad de Medicina de Montevideo y celebrado en Montevideo del 9 al 16 de abril de 1916*, Montevideo, Imprenta El Siglo Ilustrado, 1916, p. 372.

de las riquezas», por lo que la caridad debía dejar «de ser un principio de moral cristiana en su fondo y en su forma, para convertirse en un principio de justicia social». Era el Estado el garante de esa justicia y no la «gracia de Dios». Es probable que en la voluntad de los impulsores de la reforma también se encontrara la intención de evitar que la Iglesia hiciera propaganda con los fondos públicos que se destinaban a solventar la Comisión de Caridad.¹⁶⁰

Este clima de confrontación fue el prelude de la aprobación de la Ley de Asistencia Pública que provocó enconados debates en la prensa y en el Parlamento en relación con la conveniencia o no de modificar el sistema imperante.

Diarios como *El Día* y *El Tiempo* o publicaciones socialistas y anarquistas aludieron a la situación de los establecimientos hospitalarios, aunque la preocupación central del espíritu reformista era la presencia religiosa. Sin embargo, también podemos encontrar manifestaciones favorables a una reforma administrativa que permitiera mejorar las condiciones de asistencia médica y el desarrollo científico. Pero no había propuestas concretas de cómo solucionar el hacinamiento y la mala atención, más allá del objetivo común, no menor, es cierto, de que pasaran de forma total a manos del Estado.

En este clima de debate, el manicomio no permaneció indemne. *El Tiempo* dedicó dos notas (de una serie sobre las «casas de caridad») donde denunció la situación de los enfermos psiquiátricos:

Entre las personas no iniciadas en el estado actual de nuestra Asistencia Pública es opinión muy generalizada la de suponer que el Manicomio Nacional es un establecimiento modelo en su género y que quizá marca el jalón más avanzado como asilo de alienados en la América del Sur. Por desgracia, esta creencia, que a fuerza de ser equivocada parece ser ridícula, ha predominado durante muchos años en el seno del gobierno y entre las personas dirigentes de nuestras casas de caridad, a quienes no ha llegado nunca la verdadera situación en que se encuentran los socorridos por la sociedad. [...] El establecimiento del [barrio del] Reducto puede considerarse tan dejado a la mano de Dios, por así decirlo, como el Hospital de Caridad. El pie en que se encuentra hoy es no solo la negación más absoluta de la moderna psicoterapia, sino también cual la casa de Maciel, la más absoluta negación de la higiene.

El artículo, probablemente escrito por un médico o con la guía de un especialista, reviste interés, puesto que su redactor considera que en el manicomio se negaba «la moderna psicoterapia». El primer problema era la falta de espacio y los salones comunes en lugar de pabellones, que impedían «el tratamiento de las distintas clases de psicosis, que reclaman una clasificación rigurosa de enfermos y una separación absoluta entre los afectados de las diversas formas de alienación».¹⁶¹ En la nota siguiente, el articulista insistió en la falta de espacio

160 «La asistencia pública. Pensando en su reorganización», en *El Día*, Montevideo, 26 de febrero de 1908.

161 *El Tiempo*, Montevideo, 1 de marzo de 1908, p. 1.

que provocaba, según sus cifras, que 1500 enfermos se alojaran «en dormitorios que solo tiene capacidad para seiscientos asilados».

Hay que ver durante la noche los patios y corredores atestados de colchones pelados, colocados directamente sobre el duro suelo, en los cuales hacen que descansan amontonados la mayor parte de los enfermos, para quienes apenas alcanza una frazada como único abrigo durante el invierno en aquella intemperie. Dentro de los dormitorios se colocan entre las camas filas de colchones escalonados como las tejas en un tejado y donde las cabezas de los unos se ven necesariamente descansando entre los pies de los otros. Para penetrar en estos antros es preciso andar a saltos entre los lechos improvisados, corriendo el riesgo de magullar un cráneo o dislocar un miembro.¹⁶²

La vigilancia de todos los enfermos hombres estaba a cargo de 14 serenos, lo que llevaba a la suspicaz pregunta sobre qué sucedería en caso de una movilización o sublevación de los internos. «Hay que pensar qué significa el esfuerzo de catorce hombres distribuidos en todo el manicomio para vigilar a novecientos hombres desequilibrados». Y «hay que convenir en que si poca puede ser su eficacia, no lo será mayor la que puedan ejercer en el servicio de mujeres una hermana de caridad y dos o tres serenas». Las malas condiciones favorecían el desarrollo de otro de los temores más extendidos de la época: la tuberculosis, «que aquí, mejor que en el Hospital, halla un medio espléndido para su propagación por la desnutrición permanente de organismos, cuyo funcionamiento está mal regulado por el sistema nervioso enfermo». Finalizaba la nota realizando algunas consideraciones sobre el tratamiento y la vinculación entre psiquiatría y medicina legal, que veremos más adelante, y reclamaba la construcción de una «colonia de alienados» que «desahogaría el establecimiento de gran cantidad de enfermos, haciéndolos útiles por sus aptitudes, ya que no pueden ser destinados a los talleres existentes en la casa».¹⁶³

La Cámara de Representantes comenzó a discutir el proyecto de Ley de Asistencia Pública el 11 de junio de 1910. El proyecto aprobado, y promulgado el 7 de noviembre del mismo año, dispuso en su primer artículo que «toda persona que carezca de recursos proporcionados a la asistencia o amparo que requieran sus circunstancias tiene derecho a la asistencia gratuita por cuenta del Estado con arreglo a la presente ley y su reglamentación». Esto comprendía a los enfermos pobres, a los «alienados», los «ancianos inválidos y crónicos», «niños expósitos y huérfanos», «embarazadas y parturientas», y a la infancia en general. Quedaban «bajo la dirección y administración de la Asistencia Pública Nacional todos los establecimientos nacionales o municipales» que funcionarían en la órbita del Ministerio del Interior (sustituto del Ministerio de Gobierno el 12 de marzo de 1907). De este modo, la Asistencia Pública Nacional sustituyó

162 *El Tiempo*, Montevideo, 3 de marzo de 1908, p. 1. Una nota muy similar, con pasajes casi idénticos, publicó el diario montevidiano *La Tribuna Popular* el 31 de mayo de 1910 (p. 2).

163 *El Tiempo*, Montevideo, 3 de marzo de 1908, p. 1.

a la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública.¹⁶⁴ El nuevo Consejo de la Asistencia Pública quedó constituido por 21 miembros honorarios, designados por el Poder Ejecutivo, que durarían seis años en sus funciones:

14 ciudadanos que reúnan las condiciones necesarias para ser electo senador, dos profesores de clínica de la Facultad de Medicina, un miembro del Consejo Nacional de Higiene, el director de Salubridad de la Capital y tres médicos de los hospitales o asilos dependientes de la Asistencia Pública.¹⁶⁵

La contabilidad de la comisión pasaba a manos de la Asistencia Pública, «efectuándose los balances de todas las cajas y formándose estados demostrativos con intervención de empleados que determinan los reglamentos vigentes de contabilidad».¹⁶⁶ El local de la comisión fue «ocupado por la Dirección General de la Asistencia Pública».¹⁶⁷

Con la aprobación de la Ley de Asistencia Pública Nacional quedó consagrado el derecho de asistencia, considerado el «más alto solidarismo científico».¹⁶⁸ Para los redactores del proyecto de ley aprobado, la justicia social «no puede ser patrimonio exclusivo, ni consecuencia de las enseñanzas de determinada religión», ni la caridad era una «obligación moral», sino «un deber estricto de la sociedad» y del «Estado laico que lo reconoce y lo proclama inscribiéndolo en la ley». En una visión que refutaba las teorías de Malthus, Spencer y Darwin y «la llamada Escuela liberal en economía política»,¹⁶⁹ sostuvieron que:

Las sociedades modernas están muy lejos, por su organización, de respetar y favorecer la verdadera selección natural y no representan tampoco la encarnación del principio de la proporcionalidad que debe existir entre méritos y recompensas, pues son muchos los que trabajan sin alcanzar una compensación proporcionada a sus esfuerzos y viven en la miseria por las fallas e injusticias de nuestra organización social.¹⁷⁰

El derecho a la asistencia era «una reparación parcial y quizá tardía de esas injusticias», una defensa del «derecho de vivir» y un auxilio «a aquellos que no pueden por sí mismos proveer a las necesidades de su familia».¹⁷¹ De este modo, derecho y limosna se contrapusieron y el primero sustituyó al segundo.

La nueva ley implicó un cambio conceptual, pero también de tipo material, ya que el nuevo modelo de gestión debía encontrar recursos para subsistir y financiar obras y servicios. El financiamiento dejó de depender de la contribución

164 *Diario de sesiones de la H. Cámara de Representantes*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1911, p. 282.

165 *La Asistencia Pública Nacional. Publicación oficial de la Dirección General*, Montevideo, Barreiro y Ramos, 1913, p. 8.

166 «Asistencia Pública Nacional. Decreto reglamentario [21 de noviembre de 1910]», en *Revista de los Hospitales*, t. IV, n.º 3, Montevideo, abril de 1911, p. 166.

167 *Ib.*, p. 167.

168 *Diario de Sesiones...*, o. cit., p. 21.

169 *Ib.*, pp. 21-22.

170 *Ib.*

171 *Ib.*

voluntaria (y sin tope) y el Estado buscó mecanismos colectivos y obligatorios para presupuestar su accionar.

La Comisión redactora del Proyecto proclamó el derecho a la asistencia como una compensación de las injusticias sociales y una consecuencia de la solidaridad que existe entre los hombres. Y sostuvo —siendo aceptada su doctrina— que un derecho que así se inspira en un precepto de justicia social no puede ser patrimonio exclusivo ni consecuencia de las enseñanzas de determinada religión, pues la Caridad predicada por el Cristianismo es una caridad ejercida a título de obligación moral, entregada a la voluntad del individuo, congregación o corporación que hace las donaciones, en tanto que el derecho a la asistencia presupone un deber estricto de la sociedad, es obligación exigible, y ese carácter de ser exigible —extraño a la doctrina del Evangelio— lo desvincula de todo principio religioso y lo pone a cargo del Estado laico que lo reconoce y lo proclama inscribiéndolo en la ley.¹⁷²

Como señalamos, hasta la década del setenta del siglo XIX, el concepto generalizado sostenía que la atención a las personas de escasos recursos y a los enfermos era una cuestión de *caritas* que correspondía a intereses privados. Por el contrario, los hombres públicos de la última década del siglo XIX y primera del xx entendían que el problema era estatal. De hecho, es significativo que en sus discursos o notas recurrieran poco a la idea de caridad: no nombrarla era una forma de negarla. Este aspecto se relaciona, al mismo tiempo, con un elemento que advirtió Eduardo Zimmermann sobre el fin del pensamiento jurídico clásico, que se caracterizó por su defensa del individualismo, y el pasaje, en el cambio de siglo, a una tendencia jurídica con preocupación por lo social que favoreció el surgimiento de nuevas competencias estatales.¹⁷³ Ese cambio conceptual facilitó la discusión acerca de la viabilidad de un proyecto estatal sobre las atribuciones y objetivos del Estado, en especial en aquellas políticas destinadas a los sectores sociales más vulnerables.

Por decreto del Poder Ejecutivo del 13 de febrero de 1911, elaborado a iniciativa del doctor José Scosería, el Manicomio Nacional pasó a denominarse Hospital Vilardebó, «en recuerdo y como homenaje a las altas virtudes y relevantes méritos del sabio y filántropo» —además de católico, podríamos agregar— «doctor Teodoro Vilardebó», nombre que lleva actualmente.¹⁷⁴ En mayo de 1911, se presentó un reglamento para el hospital que debía ser aprobado por la Dirección de la Asistencia Pública Nacional, el cual, según una nota de

172 *La Asistencia Pública Nacional...*, o. cit., pp. 21-22.

173 Eduardo ZIMMERMAN, «“Un espíritu nuevo”: la cuestión social y el Derecho en la Argentina (1890-1930)», en *Revista de Indias*, vol. LXXIII, n.º 257, 2013, p. 82.

174 «Asistencia Pública Nacional. Reglamentación sancionada por el H. Consejo de la Asistencia Pública y aprobada por el Ejecutivo por decreto de 13 de febrero de 1911 establecimiento de Asistencia de Montevideo. Su denominación y sus fines», en *Revista de los Hospitales*, t. IV, n.º 3, Montevideo, abril de 1911, p. 170.

prensa, imitaba el del Hospicio de las Mercedes y el del Hospital Nacional de Alienados de Buenos Aires.¹⁷⁵ Entre las disposiciones, se estableció que

Impera en todos los establecimientos la más completa libertad de conciencia y de opiniones, estando absolutamente prohibido a todo empleado el pretender ejercer presión en forma alguna sobre la voluntad de asilados, enfermos, enfermeros o sirvientes en cuanto se refiera a ideas religiosas o políticas o a actos de conciencia, no pudiendo tampoco empleado alguno hacer diferencias en el trato y cuidados por razón de esas mismas ideas.¹⁷⁶

Según cifras aportadas por el historiador Juan Rial, ese año, el hospital contaba con 1502 pacientes, pero la capacidad higiénica del establecimiento era de 600 personas y faltaban 453 camas.¹⁷⁷ En 1913, la sección masculina del hospital contaba con 4 salas de observación, 32 cuartos y 28 salas dormitorio con un total de 750 camas; por su parte, la sección femenina disponía de 3 salas de observación, 12 cuartos y 34 salas dormitorio con 567 camas. El servicio médico dependía de cinco profesionales, parte de la primera generación de psiquiatras uruguayos: Bernardo Etchepare, Eduardo Lamas, Rafael E. Rodríguez, Abel Zamora y Camilo Payssé, y de cinco practicantes encargados de las guardias nocturnas. También trabajaba un médico «de enfermedades intercurrentes», Gerardo Arrizabalaga. El servicio de Etchepare formaba parte de sus actividades en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina. Aún se mantenían en funciones las 16 hermanas de caridad que se encontraban en el hospital antes de la promulgación de la Ley de Asistencia Pública.

175 «En el Manicomio Nacional. Presentación de un nuevo reglamento», en *El Día*, Montevideo, 12 de mayo de 1911.

176 «Asistencia Pública Nacional. Reglamentación sancionada...», o. cit., p. 171.

177 Juan RIAL, *Estadísticas Históricas de Uruguay 1850-1930*, Cuaderno N.º 40, Montevideo, Centro de Informaciones y Estudios del Uruguay, 1980, p. 138.

Cuadro 2. Cantidad de asistidos por año

Año	Manicomio	Total en obras de caridad
1880	399	6674
1881	448	6285
1882	717	6072
1883	740	6033
1884	807	5766
1885	770	6006
1886	744	5885
1887	801	5866
1888	881	6279
1889	898	8071
1890	1012	9454
1891	987	8552
1892	1045	8084
1893	1091	8037
1894	1152	8214
1895	1167	7752
1896	1254	8413
1897	1323	8959
1898	1304	9399
1899	1355	10371
1900	1503	11327
1901	1561	11241
1902	1570	11976
1903	1659	12622
1904	1606	13409
1905	1679	13554
1906	1790	15170

Elaborado a partir de: *Anuario estadístico de la República Oriental del Uruguay*, Montevideo, Tipografía Oriental, 1885, pp. 407-410;¹⁷⁸ «Cuadro n.º 10», en *Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública. Sus establecimientos y servicios*, Montevideo, Comisión Nacional de Caridad, 1905.¹⁷⁹

Finalmente, la Constitución que se aprobó en 1917 garantizó el derecho a la asistencia sanitaria de todos los ciudadanos y cerró la contienda entre católicos y secularizadores en relación con la salud pública. Llegaba a su fin la disputa entre el Estado y los privados por las problemáticas relativas a la salud pública. Sin embargo, el modelo de gestión impulsado por los nuevos profesionales de la medicina no distaba, secularización mediante, de las propuestas que se llevaban

178 El *Anuario* reúne cifras de 1880 a 1885.

179 Con un porcentaje de población notoriamente menor a lo largo de todo el período considerado, las cifras de internos en el manicomio son muy similares a las que presenta Jonathan Ablard para el Hospital Nacional de Alienados argentino entre 1890 y 1910. Véase: Jonathan ABLARD, *Madness in Buenos Aires: Patients, Psychiatrists and the Argentine State, 1880-1983*, Calgary, University of Calgary Press, 2009, p. 210.

adelante bajo el imperio del catolicismo. Esa situación comenzó a desarmarse no tanto por el auge de la función médica —en el Hospital Vilardebó y en otros nosocomios públicos— con la puesta en funcionamiento de las colonias de alienados y con la posibilidad del tratamiento ambulatorio.

Al mismo tiempo, los médicos lograron ser reconocidos como los expertos legítimos en materia sanitaria, ganaron en autonomía profesional y científica y continuaron con el señalamiento de los valores considerados más importantes para el desarrollo higiénico del país. Los psiquiatras conseguían, de este modo, definir un campo profesional y alcanzar legitimidad y consenso en el ejercicio de una profesión que se presentaba como científica. Pero antes debieron montar la estructura que les permitió contar, a comienzos del siglo XX, con una serie de instituciones (hospitales públicos, Facultad de Medicina, etcétera), redes (que abarcaban desde la prensa popular a publicaciones científicas) y recursos económicos, todos coadyuvantes en la concreción de su propuesta de modernización social y en el estudio de las enfermedades psiquiátricas. Esto no ocurrió con la plena potestad del Estado en las instituciones sanitarias, sino que, por el contrario, durante cincuenta años, los médicos encabezaron un proceso paulatino que les permitió contar con el dominio de las instituciones de asistencia pública, pese a que ese dominio y control lejos estuvieron de ser absolutos. Al explorar también sus limitaciones, intentaremos matizar la visión según la cual el médico psiquiatra fue la «clave de bóveda» de un orden psiquiátrico normalizador.¹⁸⁰

El significativo aumento en el número de internos dentro del nosocomio

El pasaje de sesenta internos en 1860 a más de mil quinientos cincuenta a comienzos del siglo XX significa, desde nuestro punto de vista, un avance de la psiquiatría como una disciplina que fue generando condiciones para ganar legitimidad y favorecer un proceso por el cual las familias, de forma paulatina, decidieron enviar a sus integrantes al manicomio, del mismo modo que las autoridades policiales —aunque siguieron considerando el hospicio como un lugar de reclusión— comenzaron a señalar las ventajas científicas de la internación. Esa transformación no fue abrupta; se debió, primero, eliminar el poder religioso dentro de la institución y, en paralelo, construir un campo científico con reglas que le eran específicas, con espacios de discusión y divulgación del saber.

De a poco, los galenos fueron conformando un campo que se arrogó para sí las potestades en el tratamiento de las enfermedades llamadas mentales. Su desarrollo implicó cuestionar a otros colegas y las decisiones de la justicia y montar, en torno al renombrado Hospital Vilardebó, una estrategia científica (y política) para cumplir con sus cometidos e institucionalizar sus saberes. Las ideas que los motivaron, luego de la aprobación de la Ley de Asistencia Pública,

180 Según Barrán, en el manicomio, «el poder médico era totalitario y no meramente absoluto. Allí, todo era posible y la única limitación real del poder era la conciencia del médico» (o. cit., vol. II, p. 34).

se basaban en la convicción de que «el Estado debe considerar la asistencia de los alienados —sin distinción de clases sociales— como ineludible función social», de que esa asistencia «debe ser obligatoria y precoz», y de que «la tutela del Estado no debe terminar en el asilo».¹⁸¹ Los médicos tenían una clara función moralizante para toda la sociedad. Su tarea salía de los muros del manicomio, pero, antes de eso, debieron crear un campo de especialización. En el capítulo próximo, indagaremos las distintas instancias de ese impulso. Sin embargo, por momentos, la formación del campo y su legitimación no fueron respetadas por los funcionarios policiales, diversos agentes estatales, la prensa y una parte de la población, para quienes el manicomio primero y el Hospital Vilardebó después seguían siendo espacios de reclusión y exclusión para un grupo indiferenciado de hombres y mujeres que alteraban el orden público.

Imagen 5. Manicomio Nacional, comienzos del siglo XX



Fuente: Centro de Fotografía de Montevideo, Fondo Histórico Municipal, serie A.

181 Rossi, *El alienado...*, o. cit., pp. 75-76.

ESTUDIAR

El desarrollo de la psiquiatría en Uruguay

En este capítulo, estudiaremos la aparición de un cuerpo médico nacional —integrado por numerosos profesionales extranjeros o que estudiaron fuera de Uruguay—, la creación de la Facultad de Medicina, la formación de una cátedra específica sobre psiquiatría y la convivencia de varios modelos psiquiátricos con distintas respuestas a las enfermedades mentales, así como los intentos por parte de los médicos locales para establecer una nosografía.

Resulta imposible analizar la conformación de un campo de médicos psiquiatras en Uruguay sin considerar con antelación los rasgos más sobresalientes del proceso que permitió la instauración en el país de una Facultad de Medicina en 1875. Por tanto, la primera parte de este capítulo estará dedicada a indagar en la creación de la Facultad de Medicina, el complejo camino que debió atravesar, los ahogos presupuestales y las distintas modificaciones curriculares que permitieron, a comienzos del siglo XX, la creación de la Cátedra de Psiquiatría. La intención es que este capítulo permita analizar algunos de los hechos más significativos que caracterizaron la formación de un grupo de profesionales dedicado al estudio de las afecciones mentales.

Al mismo tiempo, observaremos de qué modo los médicos locales contribuyeron a la formación de ese campo sobre las enfermedades psiquiátricas a partir de la participación en redes científicas regionales e internacionales, en publicaciones y con su asistencia a congresos internacionales, así como con obligadas visitas a centros médicos europeos (en especial, franceses). Intentaremos ubicar los debates médicos del período en relación con los antecedentes extranjeros, para lo que se impondrá realizar una breve referencia a las corrientes imperantes en la psiquiatría internacional y a las contiendas entre las visiones acerca de la herencia, la degeneración y la introducción de la criminología positivista.

La Facultad de Medicina

La creación de una Facultad de Medicina fue una aspiración de los ámbitos universitarios desde que comenzó a funcionar la Universidad de Montevideo el 18 de julio de 1849. Sin embargo, en esta primera etapa, solo se desarrollaron algunos cursos correspondientes a la Facultad de Derecho. La instalación de una institución dedicada a la formación de médicos debió esperar hasta 1876.¹⁸²

Entre fines de la década del cuarenta del siglo XIX y 1876, el Estado uruguayo analizó, en más de una ocasión, cómo formar profesionales en el campo de la medicina sin que hubiera un acuerdo en la clase política. En 1873, los

182 En otras regiones, ya funcionaban una o más facultades de medicina: en Brasil desde 1808 y en Buenos Aires desde 1822.

parlamentarios discutieron sobre la conveniencia o no de enviar estudiantes a Europa, con apoyo estatal, para que recibieran formación entre las principales instituciones médicas de aquel continente. La posibilidad de enviar estudiantes uruguayos a Francia o Alemania, sin embargo, no siempre alcanzó unanimidades e, incluso, generó rechazos, no sabemos si por la presión de los primeros médicos con que contó el país (egresados en el exterior), por la de profesionales extranjeros que tenían larga actuación y podían ver competencias en su mercado de trabajo o simplemente por temas administrativos y de un fisco decadente. Este último argumento parece campar en las intervenciones, en junio de 1873, de los diputados Pedro Bustamente y José Pedro Ramírez. El primero, que se había desempeñado como rector de la Universidad, manifestó su desacuerdo con que el Estado costeara pensiones «para ir a subsistir a Europa y a hacerse de una profesión» porque era «un verdadero privilegio», «un privilegio, no como el que tienen los que estudian en el país en la Universidad de la República, sino de un privilegio especialísimo [sic]». Al mismo tiempo, sostuvo que

De la Universidad de la República no sale ningún estudiante graduado sin haber pagado su grado. Así por lo menos percibe o reembolsa el Estado algo de lo que gasta en la educación profesional y científica que se da en la Universidad de la República.

Por el contrario, si se enviaba a los bachilleres a Europa, «no sucederá eso, absolutamente; no recibiría nada en recompensa el Estado, nada en retribución —ni aún siquiera una mínima parte de los sacrificios que hiciera—».¹⁸³ La misma posición mantuvo Ramírez, pero fue más a fondo y llegó a manifestar ribetes del elitismo que caracterizaría a la Universidad de la época. Para el diputado,

El país no puede costear la educación superior, la educación científica profesional a los ciudadanos que no tengan los medios de costearla por sí mismos. Este es un inconveniente —muy desagradable— social, que el Estado no puede corregir, porque no tiene esa misión; so pena de que proclamemos el comunismo.

Asimismo, enviar a los estudiantes becados a Europa era un peligro porque «mañana mismo acudirán infinidad de personas pidiendo gracias y pensiones; tendríamos que volver a hacer el sacrificio de nuestros sentimientos generosos».¹⁸⁴ Por lo que quienes realizaron ese viaje fueron los hijos de las familias más acomodadas, en especial de Montevideo. Por el contrario, quienes no podían costear el viaje debieron esperar a la inauguración formal de los cursos de la Facultad de Medicina a partir de 1876.

Los orígenes de la Facultad fueron muy modestos desde el punto de vista académico: el decreto considerado fundador de la institución, promulgado el 15 de diciembre de 1875, preveía la formación de una Cátedra de Anatomía Descriptiva y otra de Fisiología. Sin embargo, como señala Arturo Ardao, la fundación de la

183 *Diario de Sesiones de la H. Cámara de Representantes. Primer período de la 11.ª legislatura*, t. XIX, Montevideo, s. i., 1879, en especial pp. 185-187.

184 *Ib.*, p. 224.

nueva institución resultó potencial porque permitió la organización de la enseñanza superior de las ciencias naturales y, al mismo tiempo, consagró la cultura científica moderna y el positivismo como corriente hegemónica.¹⁸⁵

En 1876, comenzaron a funcionar las dos primeras cátedras de la Facultad: la de Anatomía, a cargo del médico polaco Julio Jürkowski, y la de Fisiología, a cargo del médico español Francisco Suñer y Capdevilla, ambos exiliados en Uruguay. Al año siguiente, el número de cátedras aumentó con el inicio del curso de Patología General, otro de Materia Médica y Terapéutica, el curso de Higiene y Medicina Legal, a cargo del médico uruguayo Diego Pérez (egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en 1872), y las clases de Patología Quirúrgica.¹⁸⁶ El número de alumnos, según distintas referencias, oscilaba en una cifra cercana a la veintena.

En 1877, se aprobó, por un decreto-ley, el principio de libertad de estudios. En la Facultad de Medicina, ya funcionaban cursos (tal vez sea un poco pretencioso llamarlos cátedras), la mayoría a cargo de médicos extranjeros (marcados con un asterisco): Anatomía Descriptiva (a cargo de Julio Jürkowski*), Fisiología (Francisco Suñer y Capdevilla*), Higiene Pública y Privada (Diego Pérez), Patología General (Antonio Serrastosa*), Patología Quirúrgica (Joaquín Miralpeix*), Materia Médica y Terapéutica (Emilio Kemmerich*), Química (Juan José González Vizcaíno), Física (Juan Álvarez), Botánica (el vasco José Arechavaleta*).¹⁸⁷

Ese mismo año, los docentes de la Facultad de Medicina iniciaron la publicación de *La Gaceta Médica, Periódico Bi-Mensual*, cuya dirección fue ejercida por Alejandro Fiol de Pereda y cuyo cuerpo de redacción estaba integrado por Suñer y Capdevilla, Jürkowski, Serrastosa, Kemmerich, Pérez, Miralpeix, y D. Aguirre. La publicación duró apenas seis meses: el primer número salió el 18 de setiembre de 1877 y el último, el 28 de febrero de 1878. Sin embargo, la decisión de publicar una revista sobre la disciplina es un dato importante que da cuenta de la voluntad de formar un cuerpo que discutiera de forma pública aspectos relacionados con el desarrollo científico y con las tareas en el ámbito profesional.¹⁸⁸ A partir de ese momento fundacional, los médicos comenzaron a editar cada vez más publicaciones hasta llegar, en 1898, a la edición de la

185 Arturo ARDAO, *Espiritualismo y positivismo en el Uruguay*, Montevideo, Biblioteca Artigas, Ministerio de Educación y Cultura, 2008, pp. 139-140. El «imperio oficial del positivismo», según el autor, tuvo lugar durante los rectorados de Alfredo Vázquez Acevedo que se sucedieron desde 1880 a 1899 casi de forma ininterrumpida (solo de 1882 a 1884 y de 1893 a 1895 no ocupó el cargo) (Ardao, o. cit., pp. 233-237). Véase también: Juan ODDONE y Blanca PARIS, *Historia de la Universidad de Montevideo: la universidad vieja 1849-1885*, Montevideo, Universidad de la República, 1963, pp. 72-90.

186 Acevedo, o. cit., pp. 121-122; Mañé Garzón, o. cit., p. 12.

187 Datos tomados de: Mañé Garzón, o. cit., p. 140. Es probable que, en este caso, como en otros, los nombres de pila estén castellanizados; sin embargo, no fue posible obtener información biográfica de todos los mencionados.

188 «Nuestro programa», en *La Gaceta Médica*, año 1, n.º 1, Montevideo, 18 de setiembre de 1877, p. 1.

Revista Médica del Uruguay, tal vez la publicación científica más importante del período, que destinó un lugar destacado al estudio de historias clínicas de enfermos psiquiátricos. La revista estaba dedicada a aspectos médicos y clínicos, pero abarcó variadas temáticas vinculadas, de algún modo, a la cultura científica: criminología, derecho penal, biografías u obituarios de médicos o científicos destacados del plano local o internacional, estadísticas, bibliografía, novedades, información sobre congresos.

La situación económica, material y administrativa de la facultad era penosa. Según Oddone y Paris, en los primeros años de historia de la casa de estudios, el establecimiento estuvo sumido en sucesivas crisis. Diversas circunstancias provocaron esa situación, como la carencia de formación docente de algunos profesores, las ausencias, las interrupciones constantes de las clases o la falta de material científico y de laboratorio.

Cabe agregar aún las dificultades con el Ejecutivo, reacio a la dotación de recursos y a la creación de cátedras indispensables, pródigo en designaciones directas resistidas por el Consejo Universitario; y, por último, la celosa oposición de la Comisión de Caridad, que obstará con toda clase de trabas e inconvenientes al desarrollo de la escuela médica.¹⁸⁹

En su primer año de funcionamiento, la nueva facultad tuvo 18 estudiantes; en 1878, se inscribieron 13 personas, misma cifra que al año siguiente. En la generación del 82, había 12 alumnos, y fue en ese mismo año en el que se produjeron los primeros egresos.¹⁹⁰ Los orígenes sociales, las motivaciones y el capital cultural de estos estudiantes y de quienes los seguirían en la carrera eran muy variados. No todos pertenecían a la elite intelectual e, incluso, muchos eran hijos de inmigrantes pobres. Las primeras generaciones de médicos convivieron con los inmigrantes que habían revalidado su título en el país. El médico alemán Carl Brendel, quien llegó a Uruguay el 30 de setiembre de 1867, recordó, en su diario de viaje, que cuando inició su actuación médica, a fines de la década del sesenta del siglo XIX y a comienzos de la siguiente, en el país, «no había muchos médicos» y «los médicos éramos de todas las nacionalidades». Sin embargo, en 1886, la presencia inmigratoria en el cuerpo médico se había reducido considerablemente, a lo que se agregaba que «su habilitación como tales está frenada por chicanerías» de los diplomados nacionales, que hacían todo lo posible por preservar para los egresados de la Facultad de Medicina los puestos de trabajo.¹⁹¹ También había problemas entre los nuevos egresados y los médicos más encumbrados, de larga actuación, «que no deseaban se modificara su situación profesional un tanto descuidada».¹⁹² A eso se añadía, según Mañé Garzón, que muchos de esos médicos no estaban actualizados en los adelantos de la ciencia.

189 Oddone y Paris, o. cit., p. 199.

190 Cifras tomadas de: Oddone y Paris, o. cit., p. 419.

191 Brendel, o. cit., pp. 9 y 235.

192 Mañé Garzón, o. cit., p. 141.

Por tanto, el recelo hacia la facultad se podía vincular al peligro de quedar en evidencia por su falta de preparación.¹⁹³

En 1886, había inscriptos 263 galenos, mientras 32 personas sin título universitario fueron autorizadas para ejercer la medicina y la cirugía. Muy pocos de esos 295 médicos estaban especializados en enfermedades psiquiátricas, de las que conocían la sintomatología general descrita en los manuales más divulgados.

La presencia de uruguayos en el cuerpo docente se tornó evidente en 1885, cuando seis cursos de 13 estaban en manos de médicos nacidos en el país: Anatomía i y Fisiología, a cargo de Eugenio Piaggio, Anatomía ii, a cargo de José María Carafi, Clínica Médica, a cargo de Pedro Visca, Higiene y Medicina Legal, a cargo de Elías Regules, y Química Médica, a cargo de José Scosería. El rector de la Universidad, Alfredo Vázquez Acevedo, decía, en su memoria de 1885, que la nacionalización del cuerpo docente se debió a la decisión institucional de la conducción universitaria para que «desde el primer momento [...] se llenaran todas las vacantes con médicos orientales bien preparados y competentes».¹⁹⁴ Los cursos restantes, Química Médica, Patología General, Anatomía Patológica, Patología Quirúrgica, Patología Médica, Clínica Quirúrgica y Materia Médica, eran dictados por José Arechavaleta, Antonio Serrastosa, Guillermo Leopold, José Miralpeix, Juan Crispo Brandis (italiano), José Pugnolini y Eduardo Kemmerich, respectivamente.¹⁹⁵

Uno de los problemas más importantes que debieron afrontar los primeros médicos egresados en el país fue el no reconocimiento de su título por la Junta de Higiene Pública, que se arrogó el derecho de expedir los títulos y solicitó que los egresados revalidaran el diploma ante esa institución. La situación generó una larga polémica entre el rector de la Universidad y el fiscal de Gobierno, quien juzgó correcta la posición de la junta. En 1882, se puso fin al diferendo, que provocó, entre otras situaciones, que el primer egresado, José María Muñoz Romarate, fuera encarcelado por negarse a pagar la multa por ejercer la profesión sin autorización.¹⁹⁶

En 1885, la Ley Orgánica de la Universidad estableció que solo la Facultad de Medicina podía expedir título habilitante. La polémica no es menor, ya que evidenció que varios de los médicos que trabajaban en el país no estaban dispuestos a permitir el ingreso al mercado de los diplomados más jóvenes. Por ende, acorralados por los colegas que los miraban con recelo, pero también por la Comisión de Caridad que establecía las pautas en los servicios de hospital, la nueva generación de médicos, que despuntaría a comienzos del siglo XX,

193 Es particularmente llamativo que, en distintos trabajos de historia de la medicina, esa relación entre los egresados locales y los del exterior no sea recordada como problemática pese a que las fuentes son inequívocas en señalar los problemas que se suscitaron entre médicos nacionales y extranjeros.

194 Citado en: *El libro del Centenario...*, o. cit., p. 499.

195 Datos tomados de: Mañé Garzón, o. cit., p. 183.

196 Oddone y Paris, o. cit., p. 249.

decidió iniciar una cruzada para modificar las condiciones laborales y profesionalizar la función. En ese camino, la creación de la facultad fue un punto de partida importante, porque institucionalizó y nacionalizó la carrera, pero también porque contribuyó a la formación de un campo médico.

En la primera década del siglo XX, el número de alumnos estaba cercano a los trescientos. Sin embargo, la cantidad de estudiantes inscriptos (es decir, aquellos que podían llegar a anotarse pero no cursaban) se disparó superando de forma sostenida los mil. La cifra da cuenta de que el estudio de la medicina, la mejora de las condiciones de trabajo, la aprobación de un sistema de salud que pretendió ser nacional y la expansión de la alfabetización y de la educación secundaria —a lo que deberíamos agregar las expectativas de ascenso social y prestigio que generaba la realización de una carrera universitaria— hicieron que un importante número de jóvenes optara por inscribirse en la Facultad de Medicina.

No todos los actores universitarios estaban de acuerdo con la ampliación general de la matrícula. Por ejemplo, en la discusión del 6 de noviembre de 1909, el consejero y abogado Ramón Montero y Paullier sostuvo que la «democratización» de la enseñanza universitaria era «perniciosa para el progreso del país, pues facilitando el ingreso a la Universidad se atraería a los elementos de la campaña que abandonarían las tareas industriales para obtener un título».¹⁹⁷

Cuadro 3. Facultad de Medicina

Años	Estudiantes activos	Estudiantes inscriptos en la carrera de Medicina
1909	247	1112
1910	238	1092
1911	237	1136
1912	223	1080
1913	226	1060
1914	219	1241

Fuente: Universidad de la República, *Memoria universitaria correspondiente a los años 1909-1914. Informe presentado por Claudio Williman, rector de la Universidad*, Montevideo, Universidad de la República, 1915, p. 311.

¹⁹⁷ Universidad de la República, *Memoria universitaria correspondiente a los años 1909-1914. Informe presentado por Claudio Williman, rector de la Universidad*, Montevideo, Universidad de la República, 1915, p. 425.

De la formación de un campo psiquiátrico a la Cátedra de Psiquiatría

Resulta difícil definir una identidad de los psiquiatras de fines del siglo XIX y comienzos del XX. En este apartado, nos abocaremos a tratar de reconstruir con perspectiva histórica la evolución de algunas ideas que, por momentos, resultaron comunes a generaciones de médicos que comenzaron a especializarse en la disciplina, desarrollaron una nueva nosografía psiquiátrica, investigaron sobre sus posibles causas, definieron los tipos de enfermedad e intentaron curar y reinsertar al enfermo a través del tratamiento médico y moral. La constitución de un grupo profesional con intereses científicos y políticos sirvió para convertir el dispositivo manicomial y la terapéutica aplicada en una plataforma dirigida a la normalización de los pacientes, mientras que contribuyó a la expansión de la nueva disciplina médica y a su legitimación científica y social. Asimismo, no debemos perder de vista la intención de los médicos de incidir en las políticas impulsadas por un Estado que aumentaba sus funciones. En ese sentido, la relación entre los médicos (en todas sus especialidades) y el Estado fue recíproca; los primeros buscaron la consolidación de su campo de actuación mientras que las instituciones públicas buscaron un sustento científico y político para aplicar determinadas decisiones. Como sostiene el historiador Ricardo González Leandri para el caso de los médicos argentinos, podríamos decir que los profesionales uruguayos, «al mismo tiempo que se “construían” a sí mismos», colaboraron «en la creación de las dimensiones del Estado a las que se asociaban».¹⁹⁸

Del mismo modo que encontramos dificultades para definir el campo, tenemos problemas para datar un momento o un período concreto en el cual los estudiantes de Medicina comenzaron a recibir una formación específica en materia psiquiátrica. La fundación de una Cátedra de Psiquiatría data de 1908, por lo que durante el siglo XIX no existió en el país formación en la materia, pero varios de los médicos mencionados anteriormente mostraron un creciente y sostenido interés por desarrollar un campo de trabajo en relación con los estudios de las enfermedades llamadas mentales. A ello se sumó la participación de estudiantes como practicantes dentro del manicomio y la formación fuera del país —en especial en Francia— de varios jóvenes profesionales que, desde la década del ochenta del siglo XIX, se reinsertaron en el medio local. Tampoco existía en el mundo una formación tan específica en materia psiquiátrica y las afecciones llamadas mentales se relacionaban con una comprensión total del enfermo y de la enfermedad. El psiquiatra era, al menos hasta la segunda década del siglo XX, un polígrafo que se movía entre diversas especialidades que tampoco tenían fronteras totalmente definidas. Eso explica que un pediatra como Luis Morquío, un oftalmólogo como Joaquín de Salterain e, incluso, alguien especializado en cirugía como Bernardo Etchepare se destacaran, a comienzos del siglo XX, en el campo de los estudios psiquiátricos.

198 Ricardo GONZÁLEZ LEANDRI, «La consolidación de una inteligencia médico profesional en Argentina: 1880-1900», en *Diálogos. Revista Electrónica de Historia*, vol. 7, n.º 1, Universidad de Costa Rica, San José de Costa Rica, febrero-agosto de 2006, p. 39.

Los primeros médicos con formación en psiquiatría del país estudiaron en Francia. Como señala el historiador José Babini, a mediados del siglo XIX, París se convirtió en el centro de estudios mundial de clínica médica¹⁹⁹ y los descendientes de las elites políticas y económicas uruguayas que realizaron estudios de medicina se incorporaron a ese circuito académico. Teodoro Miguel Vilardebó, llamado «el primer médico uruguayo», concluyó sus estudios de medicina en París, al igual que Francisco Antonino Vidal, compañero de generación de dos distinguidos médicos, Pierre Carl Edouard Potain (1825-1901) —considerado uno de los precursores de la cardiología— y Jean-Martin Charcot (1825-1893).²⁰⁰ Vidal también fue alumno de Claude Bernard; incluso, se preserva una carta que el primero le envió a Vilardebó en 1850 con algunos apuntes tomados durante el curso.²⁰¹

Entre 1864 y 1865, Pedro Visca estudió en la Salpêtrière distintas afecciones del sistema nervioso como alumno de Jean-Martin Charcot (con quien, según Mañé Garzón, trabó una larga amistad) en las clases sobre neurología clínica básica.²⁰² Egresó como médico en 1870. Además de Vilardebó, Vidal y Visca, otros médicos egresados en aquel país fueron Gualberto Méndez (1857), Emilio García Wich (1863), Florentino Ortega (1876), Juan L. Héguy (1881), José Máximo Carafí (1881), *Francisco Soca*, Eugenio Piaggio y Enrique Figari (1884), Enrique Pouey (1888), Antonio Harán (1890), *Gerardo Arrizabalaga*, *Alfredo Navarro* y *Bernardo Eichepare* (1894), Carlos de Oliveira Nery e Isidoro Rodríguez (1896).²⁰³ Podríamos agregar a esta lista a *Enrique Castro*, quien no egresó en Francia, pero realizó en aquel país parte de sus estudios de grado.

Por supuesto que ello no implica considerar a todos estos profesionales como meros seguidores de los médicos franceses. Por el contrario, como veremos, agregaron sus opiniones al desarrollo de la disciplina psiquiátrica y contemplaron distintas situaciones suscitadas en el plano local. Algunos de esos profesionales fueron quienes se encargaron de la divulgación y profesionalización de la disciplina psiquiátrica en Uruguay, como, por ejemplo, Francisco Soca, cuarto egresado de la Facultad de Medicina, quien, en 1883, partió hacia Francia con una beca de estudios gubernamental y resolvió repetir toda la carrera de grado en París, donde egresó en 1888. Entre sus docentes se encontraba Charcot, quien dirigió su tesis de graduación sobre la enfermedad de Friedreich (un tipo de ataxia motora y vascular hereditaria). Luego de haber regresado a Uruguay, Soca permaneció en constante vínculo con los psiquiatras y neurólogos franceses y retornó varias veces a París. Según el médico e historiador de la medicina Eduardo Wilson, la influencia de Visca primero y de Soca después

199 José BABINI, *Historia de la Medicina*, 2.ª ed., Barcelona, Gedisa, 2000, p. 123.

200 Mañé Garzón y Pou Ferrari, o. cit., p. 56.

201 La carta se reproduce en Mañé Garzón y Pou Ferrari, o. cit., pp. 257-259.

202 Mañé Garzón, o. cit., p. 77.

203 Las cursivas indican quiénes tuvieron actuación en el campo de la psiquiatría.

resultó fundamental para la difusión de las principales corrientes psiquiátricas en el medio uruguayo.²⁰⁴

En los primeros años de funcionamiento de la Facultad de Medicina, los alumnos se acercaban al campo psiquiátrico en el abordaje que hacían en distintas asignaturas curriculares. Tal es el caso de Medicina Legal, materia que, a través de la función docente de Diego Pérez primero y de Elías Regules a partir de 1885, comenzó a realizar tareas de orientación médico-legal con los pacientes internados en el Manicomio Nacional.²⁰⁵ Según dos historiadores de la medicina, y psiquiatras, Regules «concurría con sus alumnos del curso de Medicina Legal a enseñar, al pie de la cama de los pacientes, conceptos psiquiátricos y forenses».²⁰⁶ Sin embargo, los estudiantes interesados en la psiquiatría consideraban insuficiente la formación en la materia. En 1898, Enrique Castro sostuvo que «el elemento médico preparado para esta clase de trabajos y de estudios es evidentemente insuficiente», a lo que se sumaban, como vimos, las restricciones impuestas a los estudiantes por las religiosas y la Comisión de Caridad. Según el practicante del manicomio, la facultad, de común acuerdo con las autoridades, debía romper con «una vieja y absurda preocupación» y abrir «de par en par al estudio las puertas de su asilo de alienados», y pidió que la casa de estudios formara una «una clínica de enfermedades mentales, cátedra que no falta en casi ninguna facultad. Esto llenaría un gran vacío».²⁰⁷ La discusión era, en cierta medida, notoriamente más profunda, ya que el reclamo de Castro, como el de otros de sus contemporáneos, no se restringió solo al campo de la psiquiatría, sino a la formación de los estudiantes en todas las áreas competentes a la medicina.

El cuestionamiento no pasó solo por las dificultades generadas en materia de enseñanza, sino que se vinculó a la función asistencial que los estudiantes de la facultad entendían debían cumplir, la cual se veía lesionada por las disposiciones impuestas por las autoridades religiosas. Tal vez una expresión de esa disconformidad con la Comisión de Caridad y una manera de presionar para alcanzar una mejor formación fue la creación, el 5 de mayo de 1904, de la Asociación de Internos de las Casas de Caridad. Esta entidad, situada entre lo corporativo y el centro estudiantil, seguramente tenía entre sus objetivos vencer las dificultades en el trato con las religiosas y la comisión para cumplir con normalidad el trayecto curricular. El primer punto de sus bases estableció que buscaban «prestarse mutua ayuda en la observación de los enfermos existentes

204 Eduardo WILSON, «Influencia de la neurología francesa en la neurología uruguayana», en *Sesiones de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina (correspondiente al año 2005)*, Montevideo, Facultad de Medicina, 2007, p. 21.

205 Ángel GINÉS, «Noventa años de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina» [en línea], en *SMU*, 1997, <<http://www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias94/art11.htm>> (última consulta: 21/02/2015).

206 Daniel MURGUÍA y Héctor PUPPO, «La Cátedra de Psiquiatría. Su evolución histórica», en *Sesiones de la Sociedad de Historia de la Medicina*, Montevideo, s. i., 1988, p. 183.

207 MHN, o. cit., t. 1436, fs. 424, 425.

en los establecimientos de caridad».²⁰⁸ Un año más tarde, crearon el Servicio Permanente de Practicantes, un centro

donde, turnándose, pudieran atender a cualquier hora del día o de la noche, los llamados urgentes de cualquier facultativo que necesitara la colaboración de un practicante, ya fuera para una operación, ya para cuidar un paciente.²⁰⁹

Desde 1905, Bernardo Etchepare, profesor de Anatomía, cumplía funciones en el Servicio de Mujeres del Manicomio y estaba acompañado por uno de sus principales discípulos, el doctor Rafael Rodríguez, responsable de la sección de niños.²¹⁰ De forma voluntaria, Etchepare empezó a invitar a los alumnos a que participaran de exámenes clínicos dentro del manicomio. El 28 de octubre de 1904, Etchepare solicitó autorización para que los estudiantes ingresaran al manicomio para participar «semanalmente [de] una lección sobre Medicina mental». La Comisión Delegada autorizó la clase «siempre que la clínica se haga de acuerdo con las disposiciones reglamentarias y demás que se tienen al respecto».²¹¹

La necesidad de contar con personal docente en el establecimiento fue planteada por los integrantes de la Comisión Delegada y por las autoridades de la Facultad de Medicina. El 24 de marzo de 1905, la Comisión Delegada sostuvo que «si no se quiere que el Manicomio sea un simple depósito de locos, es preciso hacer posible su tratamiento», para lo cual era imperioso crear «nuevos puestos de médicos adjunto o médicos de sección», una «remuneración más elevada y exigiéndoles una dedicación mayor». La falta de estímulos materiales y profesionales llevaban a que «nadie, o muy pocos, sean los que se dedican al estudio de estas enfermedades», ya que

Solo lo hacen aquellos que obtienen su puesto en el Manicomio, pues faltando el legítimo interés personal (ya que no se vive de la ciencia pura), es necesario que intervenga el estímulo que representa el material científico que proporciona un número considerable de enfermos y el aliciente de una remuneración que permita descuidar el ejercicio profesional en sus otros ramos.²¹²

La habilitación para que los estudiantes de la Facultad de Medicina comenzaran a realizar trabajos prácticos en el establecimiento fue, probablemente, una solución para los problemas de asistencia. En ese sentido, podríamos pensar que, antes que una pretensión secularizadora, el fin de la tensión entre la comisión y la facultad estuvo marcado por la urgente necesidad de contar con más personal, en lo posible gratuito, que se encargara de asistir al cada vez más creciente número de internos.

208 *Estatutos de la Asociación de Internos de las Casas de Caridad*, Montevideo, Tipográfica Verdi, 1904, citados en: Kruse, o. cit., p. 239. Al mismo tiempo, los estudiantes comenzaron a discutir las características y los niveles de exigencia que presentaba la formación; véase: Juan POU ORFILA, *Observaciones sobre la enseñanza de la Medicina*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1906.

209 *El Día*, Montevideo, 25 de noviembre de 1905, p. 2.

210 AGN y CNCEP, *Libro de actas*, del 28 de octubre de 1904 al 11 de octubre de 1905, fs. 123, 124.

211 *Ib.*, fs. 6, 7.

212 *Ib.*, fs. 90, 91.

En abril de 1905, Joaquín de Salterain planteó, en la reunión de la comisión, que el número de guardias era «excesivo» en relación con el número de médicos efectivos, que no pasaban de tres,²¹³ aunque insistió en que el número de guardianes era muy bajo para la cantidad de internos.²¹⁴ Al mismo tiempo, aún se mantenía la tensión con las religiosas acerca de a quién le correspondía el tratamiento de los pacientes, ya que, muchas veces, las hermanas de caridad asumían tareas que los médicos entendían que no les correspondían. A modo de ejemplo, el 17 de julio de 1908, el doctor Vidal y Fuentes informó sobre «un hecho desagradable ocurrido en el manicomio» tras la muerte de «una enferma —Concepción Fernández— ingresada ayer y que días antes había pretendido intoxicarse con pastillas de bicloruro», quien murió luego de que una de las monjas utilizara «la sonda para alimentar a la enferma». El médico Eduardo Lamas se negó a firmar el certificado de defunción y las autoridades manicomiales avisaron «a la justicia, la que de inmediato ha procedido a instruir el correspondiente sumario y dispuesto la autopsia del cadáver».²¹⁵ La hermana Petronila, responsable de aplicar la sonda gástrica sin ninguna prescripción médica y autorización, fue separada de su cargo y retirada de la institución el 31 de julio de 1908.²¹⁶

El lugar de los médicos dentro del establecimiento se comenzó a modificar a partir de la creación de la Cátedra de Psiquiatría, ya que, además de consolidar un equipo facultativo estable en el nosocomio, inició el proceso de estricta formación de doctores en medicina con especialidad en psiquiatría. Podríamos encontrar allí un punto de inflexión que les permitió a los médicos empezar a gozar de autonomía para el desempeño de sus funciones.

La creación formal de la Cátedra de Psiquiatría tuvo lugar en 1907, pero recién al año siguiente contó con un responsable académico, tarea que recayó sobre Bernardo Etchepare (de ahí que la fecha fundacional reconocida por la historiografía de la psiquiatría sea 1908). Contaba también con un jefe de clínica —Francisco Garmendia—, un médico adjunto honorario —Camilo Paysée— y un médico agregado honorario —Abel Zamora—. Además, trabajaba en el laboratorio de análisis clínicos un médico laboratorista —Pablo Vechelli.

Los médicos e historiadores de la psiquiatría Puppo y Murguía sostienen que: [Etchepare] traía de la escuela gala los fundamentos anátomo-funcionales que en tal momento tenían allí vigencia; por esa tendencia biologista que les 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.²¹⁷

En setiembre de 1910, se aprobó un préstamo de \$ 1000 para la construcción de un nuevo pabellón de la cátedra y un «laboratorio de Clínica Psiquiátrica

213 Ib., f. 113.

214 Ib., f. 115.

215 AGN y CNCBP, o. cit., del 21 de febrero al 20 de octubre de 1908, f. 151.

216 Ib., f. 164.

217 Murguía y Puppo, o. cit., p. 186.

de la Facultad de Medicina». El nuevo local tendría «doce camas para enfermos tranquilos, dos piezas separadas para aislar a los enfermos agitados, un cuarto de baño y otro que ocupará el laboratorio».²¹⁸

En el comienzo de la cátedra, la asistencia a las clases de Psiquiatría no era obligatoria y el examen se rendía en el cuarto año de la carrera, junto con los exámenes de Higiene y Medicina Legal. Por disposición del Consejo de la Facultad de Medicina del 26 de abril de 1912, se estableció la concurrencia obligatoria al curso y se situó el examen en el quinto año de la carrera.²¹⁹

No sabemos cuál fue el número de estudiantes en el período considerado, aunque estimamos que no se trataba de un grupo cuantioso. En sus primeros años, el curso se impartió tres veces por semana: dos clases semanales estaban dedicadas a la presentación de casos clínicos por parte de los alumnos y la tercera se destinaba a la lección del profesor Etchepare. Varias de esas clases fueron registradas por los estudiantes a modo de apuntes y luego se editaron en las distintas publicaciones médicas del Uruguay.

Dentro del manicomio, la cátedra contaba con dos servicios para la observación, uno de hombres y otro de mujeres. Además, los estudiantes tenían contacto con enfermos crónicos o tranquilos y de forma ocasional también podían recibir pacientes llamados agitados. Hasta la secularización definitiva del establecimiento, con la aprobación de la Asistencia Pública Nacional, los estudiantes seguían sometidos a las disposiciones de las religiosas, quienes, entre otras cosas, se mostraban reacias a la observación de mujeres.

La evolución en la consideración social de los psiquiatras también se puede apreciar en la documentación del manicomio. A fines del siglo XIX y comienzos del siguiente, era frecuente que los familiares solicitaran la internación de un paciente por carecer de medios para su subsistencia. Sin embargo, desde la segunda década del siglo XX, podemos ver que había en las solicitudes un reconocimiento a la labor profesional de los especialistas en relación con las llamadas enfermedades mentales. No se trató de un proceso homogéneo, pero sí es una pista interesante para apreciar la estima social con la que empezaban a contar los psiquiatras luego de consolidar su campo de trabajo y extender su radio de influencia. De todos modos, es significativo realizar una puntualización: esa importancia conferida al tratamiento científico siempre figura en las fuentes —sobre todo en los artículos de la *Revista Médica*— mediada por la posición de los médicos, quienes destacan, en varios trabajos, el interés de los familiares por contar con su ayuda.

Desde comienzos del siglo XX, varios de los psiquiatras uruguayos se volvieron, de forma paulatina, referencias en el ámbito regional y montaron un sistema de vínculos y redes académicas que se plasmaron en intercambios, en la publicación en revistas argentinas, brasileras y chilenas, y en la participación en los congresos científicos latinoamericanos y panamericanos organizados por distintas

²¹⁸ AGN y CNCBP, o. cit., del 2 de setiembre al 10 de diciembre de 1910, fs. 24, 25.

²¹⁹ Universidad de la República, o. cit., pp. 262-264.

sociedades científicas del continente. Esos vínculos y la preocupación por estar en sintonía con la disciplina en Europa y en el resto de América dan cuenta de la situación del campo psiquiátrico en el país, que se encontraba en pleno proceso de crecimiento.²²⁰ Si consideramos que la circulación del pensamiento médico también dependía de las publicaciones científicas internacionales, la presencia en la biblioteca del manicomio de libros y revistas actualizados permite ver que los médicos y los estudiantes uruguayos estaban interiorizados de las discusiones que tenían lugar en los principales centros científicos mundiales.

La evolución en la nosografía psiquiátrica

En este apartado, intentaremos definir el modo en que los médicos de la época trataron las diferentes enfermedades psiquiátricas. Al estudiar la conceptualización de la enfermedad y la constitución de un campo profesional sobre la psiquiatría, desplazaremos nuestra atención hacia la formación de una corriente científica *in statu nascendi*, que se moldeó con las transformaciones institucionales y administrativas y que se mostró atenta a las discusiones científicas internacionales que no siempre llegaban al Río de la Plata con celeridad. Pero la formación de médicos en el exterior, en Francia sobre todo, la vinculación con expertos bonaerenses y los espacios de circulación de ideas dan cuenta de un estrecho margen de relación entre las teorías imperantes en el mundo, que no deben ser vistas como un cuerpo homogéneo, sino como distintas líneas fragmentadas, parte de un espacio científico en discusión y construcción. Por tanto, intentaremos ubicar los debates médicos del período en relación con los antecedentes extranjeros, para lo que se impone realizar una breve referencia a las corrientes vigentes en la psiquiatría internacional.

Durante la primera mitad del siglo XIX, predominó la visión psiquiátrica pineliana, que se había expresado en el *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* de 1801. El enfoque fue continuado por su discípulo Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), cuyo trabajo sobre enfermedades mentales de 1838 se convirtió en otro de los textos de referencia. Ambos autores analizaron las causas de la enfermedad mental y fueron sentando las bases de una nosografía moderna que, conforme avanzó el siglo XIX, sufrió drásticos e innumerables cambios. Esquirol llegó a plantear que las enfermedades psiquiátricas podían tener un componente hereditario.

Pinel y Esquirol destacaron, en primer lugar, las causas *físicas*, ya fueran cerebrales o *simpáticas*, vinculadas al comportamiento y los humores; en segundo lugar, la *herencia*, que permitía la transmisión de la enfermedad entre las generaciones, y, por último, las llamadas *causas morales*, entre las que señalaron las pasiones o los excesos de todo tipo. Podríamos decir que, con matices, ese modelo de tres causales fue el que predominó a lo largo del siglo XIX. Los dos

220 La Sociedad de Psiquiatría del Uruguay se fundó el 8 de noviembre de 1923.

médicos mencionados dividieron las enfermedades mentales y neurodegenerativas en cuatro grandes categorías: la melancolía simple (un delirio parcial), la manía (un delirio generalizado con agitación), la demencia (debilitamiento intelectual generalizado) y la idiocia (perturbación total de las funciones intelectuales, incluso desde el nacimiento).

Continuador de ambos fue Jean-Martin Charcot (1825-1893), especialista en el sistema nervioso en la Salpêtrière, quien se convirtió en el profesional más reputado en los análisis neuropatológicos. En distintos trabajos y en sus clases, estableció la nosología de los trastornos neurológicos que también contribuyeron a delinear el campo de la psiquiatría.²²¹ Charcot no solo fue un especialista en las llamadas enfermedades mentales, sino que, ante todo, se desempeñó como neurólogo, aunque ganó trascendencia científica por sus estudios sobre la histeria, en especial femenina (consecuencia también de la actuación de uno de sus discípulos más renombrados, el austríaco Sigmund Freud).

En Uruguay, el introductor de estos tres autores fue el ya mencionado médico francés Brunel, quien vivió durante algunos años en Uruguay. En su obra, el profesional galo demostraba el desconocimiento imperante acerca de las enfermedades psiquiátricas. «No se sabe todavía lo que sea la locura», suena resignado Brunel, a quien, analizando su texto, también podríamos considerar el primer médico que en el país realizó una sostenida reflexión sobre las psicopatologías. Incluso, es significativo que se refera en singular («locura») a lo que Pinel, Esquirol y Charcot habían señalado como distintas afecciones de variado tipo. No obstante, hay que reconocer que el libro de Brunel editado en Uruguay para ser leído por un cuerpo médico reducido y desactualizado tal vez buscaba cumplir con una función didáctica y formativa para los primeros profesionales.

Según el diplomado francés, la naturaleza de las enfermedades mentales «ha escapado a todas las averiguaciones» y «las clasificaciones que se han hecho de ella no tienen fundamento alguno sólido».²²² No sabemos si la reflexión del médico era en relación con el medio local —parece poco probable— o con los avances mundiales del alienismo y con su país en concreto, considerado la cuna de los avances en la clínica psiquiátrica. En todo caso, es ilustrativa para cuestionar la historiografía uruguaya sobre la psiquiatría, que ha intentado mostrar un proceso ininterrumpido y claro en el conocimiento de las enfermedades psiquiátricas.

Para Brunel, el tema de la psiquiatría era también un problema de la más moderna anatomía y de la neurología, ya que «los descubrimientos que se han hecho sobre las funciones del cerebro y del sistema nervioso» tampoco eran útiles para el mejor conocimiento de «esa enfermedad tan frecuente y tan grave».²²³ De hecho, en la interpretación del francés, aún primaban las causas de tipo moral que caracterizaron el pensamiento psiquiátrico mundial y, por ende, el incipiente uruguayo

221 Roy PORTER, *Breve historia de la locura*, Madrid, Fondo de Cultura Económica-Turner, 2003, p. 135.

222 Brunel, o. cit., p. 284.

223 Ib., p. 284.

en la segunda mitad del siglo XIX (incluso, uno de los capítulos relativos a la higiene está dedicado a la vida cultural del país). Decía el francés:

Que la frecuencia en la alienación y la diversidad de sus formas están en razón directa con el grado de civilización de los pueblos y según se vayan desarrollando las facultades intelectuales, las pasiones, la industria, la riqueza, la miseria de los pueblos civilizados.²²⁴

Por eso —nuevamente aflora lo moral—, los gobiernos debían «socorrer a aquellos a quienes una enfermedad tan triste mantiene alejados de su seno colocándolos en la imposibilidad de serle útiles». ²²⁵ De ahí la importancia conferida a los asilos para enfermos psiquiátricos, muy difundidos en Europa, y la trascendencia de la inauguración de uno en Uruguay, defendido por Brunel, quien también se mostró partidario de la actuación de las religiosas en este. La reclusión era una forma de socorrer a los enfermos «en la más afligente [sic] de las enfermedades humanas» y de «preservar a la sociedad de los desórdenes que pueda cometer un individuo que tenga estraviada [sic] su razón», pero también era el modo que se había encontrado para evitar que los enfermos fueran víctimas de «los abusos» contra «su persona y sus bienes». ²²⁶ Con esto, condensaba una de las principales ideas que caracterizaron la naciente psiquiatría en el medio local: que la enfermedad era pasible de ser tratada y que el paciente psiquiátrico se podía rescatar. En ese sentido, influenciado como vimos por la idea de moralidad, sostuvo que el «demente» podía «recobrar la razón» y convertirse en «un ser que vuelve a la vida pasando por una convalecencia indeterminada, en la que reaparecen la claridad en las ideas, la seguridad en la memoria, la rectitud en el juicio, el raciocinio y la sensibilidad moral y física». ²²⁷

Sin embargo, el ingreso de las teorías de la degeneración y de la psicopatología hereditaria puso en cuestión la visión según la cual el enfermo psiquiátrico era completamente curable —o convaleciente— y reforzó la función del manicomio como un espacio fundamental para preservar el orden social.

A comienzos del siglo XIX, el francés Jean-Baptiste Lamarck (1744-1829) formuló la primera teoría sobre la evolución de las especies. Según su visión, los seres vivos se adaptaban al ambiente de forma progresiva y los cambios fenotípicos que tenían lugar, consecuencia de la influencia del entorno, se transmitían de una generación a la siguiente.

En 1850, el francés Philippe Joseph Buchez (1796-1865) acuñó el término *degeneración* para referirse a la transmisión hereditaria de los elementos genéticos mórbidos. El concepto de degeneración ganó trascendencia científica gracias a Bénédict Morel (1809-1873), quien determinó, en su *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives* de 1857, las consecuencias de lo que llamó «degeneración

224 Ib., p. 285.

225 Ib.

226 Ib., p. 287.

227 Ib., p. 331.

hereditaria», producto de factores orgánicos y sociales. El pensamiento de Morel estaba imbuido de fuertes convicciones religiosas y sostenía que, en el origen de la especie humana, hubo un hombre primitivo perfecto creado por Dios. Por eso, el hombre decimonónico era una desviación del original primitivo. En este libro, el médico tomó las consideraciones de la tesis de otro galeno francés, Prosper Lucas (1814-1899), quien planteó los trastornos psíquicos —y, en general, todas las anomalías del comportamiento humano— como expresión de la constitución anormal del organismo de los sujetos que las presentaban.

Para Morel, la degeneración era resultado de la herencia, en la que se combinaban los caracteres morfológicos y fisiológicos heredados y los incorporados por el medio ambiente (esto sentó las bases de las psicosis endógenas y exógenas). Asimismo, la alienación mental era el estado más avanzado de la degeneración:

Las condiciones de degeneración, en las cuales se encuentran los herederos de ciertas disposiciones orgánicas viciosas, no solo se revelan por características exteriores fáciles de descubrir, como la baja estatura, la conformación defectuosa de la cabeza, el predominio de un temperamento malsano, las deformidades, las anomalías orgánicas y la imposibilidad de reproducirse, sino aún más profundamente en las más extrañas aberraciones en el ejercicio de las facultades intelectuales y de los sentimientos morales.²²⁸

Los asilos de alienados eran para el médico francés un repositorio para los principales degenerados de la especie humana. Allí podían apreciarse las consecuencias no solo de la degeneración, sino los estragos que podían llegar a causar el exceso de alcohol, la miseria, el trabajo insalubre y todos aquellos hechos morales que degradaban a la especie. Por ende, eran el último eslabón de una cadena de degeneración, pero también eran una consecuencia del medio social. Para Morel, el medio podía despertar ese estado psiquiátrico. En su libro más reconocido, lo planteó de este modo:

[E]n el seno de esta civilización donde tenemos el derecho de ser fieras, la disolución de las costumbres constituye causa activa de degeneración intelectual, física y moral y que fracciones más o menos considerables del cuerpo social estén expuestas a contraer las afecciones cuyo germen fatal se transmite a las generaciones del porvenir, desarrollando en ellas los tipos propios de una degeneración progresiva.²²⁹

No todos los pacientes mostraban los mismos estigmas físicos o morales, por lo que planteó la idea de una herencia disimilar. Por eso, distinguió distintos tipos de alienados que se podrían dividir en dos grandes categorías: los que padecían degeneraciones congénitas (débiles mentales, demenciados o parálíticos) y los que mostraban patologías como consecuencia de la degeneración adquirida

228 Bénédict MOREL, *Tratado de degeneración de la especie humana*, 1857, p. 62, citado en: Sandra CAPONI, «Para una genealogía de la anormalidad: la teoría de la degeneración de Morel», en *Scientiæ Studia*, vol. VII, n.º 3, San Pablo, p. 433.

229 Bénédict MOREL, *Traité des maladies mentales*, París, Librairie Victor Masson, 1860, p. 89, citado en: Josefina DI FILIPPO, *La sociedad como representación. Paradigmas intelectuales del siglo XIX*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2003, p. 106.

a pesar de mostrar cierta propensión a ellas. Allí entrarían los maniáticos, por ejemplo. Hasta entonces, quienes integraban el primer grupo no eran internados en las instituciones asilares, pero Morel insistió en que todos eran enfermos mentales y que, por ende, precisaban algún tipo de asistencia sanitaria:

En la medida que la palabra degeneración posee una acepción amplia, extendiéndose a todos los que por una u otra causa se alejan más o menos del tipo normal de la humanidad, de igual modo quiero aplicar a un mayor número de variedades de enfermedad los beneficios de esas instituciones hospitalarias. Yo no encuentro ningún inconveniente para que los sordo-mudos y ciegos de nacimiento, cuyas enfermedades congénitas están asociadas a causas degeneradoras de la especie, y cuyo estado intelectual, físico y moral presenta anomalías especiales (asociadas a esa deficiencia), sean admitidos en los mismos establecimientos que los alienados. Allí esos desdichados se transformarán en miembros útiles para la sociedad.²³⁰

Todos los casos de degeneración, sin importar su gravedad, se producían como resultado de la combinación de lesiones físicas, pero también morales y sociales, con las cuales estaban interrelacionados. Los enfermos psiquiátricos mostraban una predisposición degenerativa estimulada por el medio.

La teoría tuvo amplia aceptación, en especial en Francia, aunque también en otras regiones de Europa, que la convirtieron en un poderoso instrumento de legitimación del campo de la psiquiatría y en la referencia para explicar problemáticas sociales. La teoría de la degeneración aunó en un mismo haz los fundamentos organicistas que se referían a lesiones cerebrales o a predisposiciones hereditarias a la enfermedad mental, pero también permitió atacar las causas morales que le permitieron a la psiquiatría opinar sobre distintos aspectos de la vida pública. Morel estableció algunos criterios generales sobre la prevención de la enfermedad, en particular vinculados a los elementos morales que podían desencadenar la degeneración, como ser el consumo de alcohol. La concurrencia de estudiantes de medicina uruguayos a distintas instituciones educativas francesas, pero en particular a París, probablemente contribuyó a la divulgación de la teoría degeneracionista en nuestro medio.

Hacia la década del ochenta del siglo XIX, la interpretación profiláctica se combinó con las consideraciones eugenésicas de Francis Galton (1822-1911), quien proponía, sobre la base del control de poblaciones en pleno auge del industrialismo, la responsabilidad estatal en la limitación de la reproducción entre los *degenerados*. Para los eugenistas, la presencia de ciertos genes podía potenciar o degenerar a la especie humana, por lo que era imprescindible evitar la reproducción de personas con enfermedades o taras hereditarias. Para los eugenistas más duros, las medidas de higiene y la existencia de casas o asilos que respondían a la beneficencia pública eran contraproducentes, porque retrasaban el destino inexorable de los degenerados que, por su constitución orgánica, no podían (ni debían) sobrevivir.

230 Bénédicte MOREL, *Tratado de degeneración de la especie humana*, 1857, p. 695, citado en: Caponi, o. cit., p. 441.

En Uruguay —como señala la historiadora Yvette Trochon—, la eugenesia alcanzó «legitimación académica ingresando en la Facultad de Medicina», pero también «se infiltró triunfadora en otros campos», aun en aquellos «que pertenecían a los sectores políticos de izquierda como los anarquistas y los socialistas». ²³¹ En Uruguay, la idea de raza (o de especie, que pasó a ser un eufemismo) trascendió las divisiones y los enfrentamientos ideológicos y se incorporó como elemento fundamental para explicar el desarrollo (o, por el contrario, la no evolución) de las sociedades. Esta visión también legitimó la existencia de razas superiores o de naciones (europeas) que se encontraban en un estadio de desarrollo avanzado, mientras que los países de América del Sur mostraban un atraso estructural a consecuencia de la mezcla racial que los caracterizaba.

Médicos y abogados elaboraron propuestas para evitar los enlaces matrimoniales y la reproducción de personas a las que consideraban enfermas o con taras hereditarias. Pero, además, ese mismo discurso tuvo un sentido administrativo, ya que la indiferencia de los sectores populares que se reproducían pese a su situación económica implicaba una carga para el fisco, porque, muchas veces, tenían hijos con taras o que no podían mantener. En 1917, el médico batllista Mateo Legnani señaló que:

La superioridad mental y moral limita la reproducción porque los sujetos superiores piensan en el porvenir de su descendencia y evitan los hijos o limitan su número. De ahí que quienes más se reproduzcan sean los mal dotados, los imprevisores. ²³²

Graciela Sapriza, quien estudió el discurso eugenista de los médicos locales, sostiene que «el deseo de “imaginar” la nación en términos biológicos, de “purificar” la reproducción de las poblaciones», sirvió para «definir en nuevos términos quiénes podían pertenecer a la nación y quiénes no». De esta forma, los eugenistas «produjeron propuestas intrusivas o prescripciones para nuevas políticas del Estado hacia los individuos», que, al mismo tiempo, se ligaron, en plena discusión sobre las bases de la nacionalidad, a la identidad colectiva. ²³³

Morel vinculó los síntomas y signos degenerativos con el medio moral que degeneraba al individuo. Ese es el soporte de su ley o teoría de la doble «fecundación» de las enfermedades mentales. La decadencia se manifestaba a través de la progresividad; es decir, la primera generación de degenerados mostraba solo una arista de la enfermedad mental (por ejemplo, «nerviosismo»), la segunda ya estaba formada por neuróticos, la tercera por psicóticos, y, en la cuarta generación, los niños nacían con retardo y estaban, por ende, condenados a desaparecer.

231 Yvette TROCHON, *Las mercenarias del amor. Prostitución y modernidad en el Uruguay (1880-1932)*, 2.ª ed., Montevideo, Taurus, 2003, p. 269.

232 Mateo LEGNANI, *Catecismo de higiene*, Montevideo, Imprenta Artística Dornaleche, 1917, p. 106.

233 Graciela SAPRIZA, *La «utopía eugenista». Raza, sexo y género en las políticas de población en el Uruguay (1920-1945)*, tesis de maestría [inédita], Montevideo, 2001, p. 41.

La degeneración era un fenómeno acumulativo del cual derivaban enfermedades psiquiátricas o cuadros de «imbecilidad». Por eso, era tan importante estudiar la genealogía de los degenerados y de los enfermos psiquiátricos, ya que permitía encontrar cuadros de neurastenia, alcoholismo, prostitución, criminalidad, relaciones entre consanguíneos, entre otros, que explicaban la situación del paciente pero que también afectaban a toda la sociedad. Asimismo, su visión evolucionista planteó la inconveniencia del mestizaje humano por producir degeneración, es decir, seres desequilibrados híbridos, lo que era altamente funcional al colonialismo de la época.

En la segunda mitad de la década del sesenta del siglo XIX, el psiquiatra inglés Henry Maudsley (1835-1918) publicó su trabajo *The Physiology and Pathology of Mind*, donde estableció la predisposición hereditaria como una de las causas fundamentales para entender los trastornos psiquiátricos.²³⁴ Según su posición, la abrumadora mayoría de las enfermedades mentales tenían un origen hereditario y en ellas era posible detectar elementos transmitidos por enfermedades «nerviosas», pero también por intervención de otro tipo de afecciones.

Otro seguidor de las tesis de Morel fue Valentin Magnan (1835-1916), quien le atribuyó a la degeneración un desequilibrio entre los centros inferiores y superiores del cerebro.²³⁵ En otras palabras, la degeneración era una patología mental que se expresaba a través de un estado mórbido que provocaba el mal funcionamiento del órgano cerebral. Su diferencia sustancial con Morel radicaba en que no admitía un tipo perfecto en el pasado, sino que entendía que la perfección se lograba en la evolución —estaba en el futuro— y que la degeneración consistía en la reducción de la voluntad, entendida como capacidad de lucha para sobrevivir y adaptarse. Según esta visión, había dos tipos de evolución: la normal y la que profundizaba los estigmas degenerativos, que se encargaba de poner fin a los tipos degenerados, ya que la especie no podía continuar con su reproducción. Su concepto de degeneración hereditaria se complementó, en la década del ochenta del siglo XIX, con el análisis de las enfermedades psiquiátricas que se despertaban en el individuo «normal».

Lo relevante de estos avances en el campo psiquiátrico durante la primera mitad del siglo XIX fue que permitieron que la enfermedad mental se alejara de la idea de ser algo supraterrrenal, demoníaco. Por el contrario, plantearon un carácter biologicista asociado a la heredodegeneración y, en concreto, como lo había planteado Esquirol, al órgano de la razón: el cerebro. Lo que la nueva conceptualización psiquiátrica ganó de científica la alejó de la religión: las ideas del terreno patógeno, la predisposición, el atavismo o los estigmas serán una parte central del discurso psiquiátrico de la segunda mitad del siglo XIX. Con Morel y Magnan como los dos pensadores más sobresalientes, asistimos al momento

234 Las obras de Maudsley, editadas en francés, se encuentran entre los textos de la biblioteca que perteneció al manicomio.

235 Porter, o. cit., p. 145.

de expansión de la idea de degeneración y a la nueva conceptualización de la nosografía psiquiátrica.

El despertar de una enfermedad dependía de una disposición individual, en la que actuaban el sistema nervioso y la herencia patológica. Asimismo, se buscaban lesiones físicas en todas las patologías y también en las llamadas nerviosas, aunque las lesiones cerebrales no eran tan evidentes. A ello se sumaban las causas morales. La herencia no fue solo una corriente médica, sino que la idea de degeneración comenzó a reflejarse en las páginas de periódicos y en la publicidad. Como señaló el historiador Gabo Ferro —quien siguió la trayectoria intelectual de algunos degeneracionistas argentinos—, la combinación de estas corrientes permitió que resultara degenerado «todo aquel individuo cuyas anomalías físicas o morales atenten no solamente contra la especie y la raza, sino también contra los elementos propios del proyecto de la elite: nacionalidad, clase, género, familia y sociedad».²³⁶ Si bien el concepto de degeneración era impreciso y eso favorecía su carácter polimorfo, podría señalarse como:

Un tránsito del hombre, la mujer y el niño hacia lo in-humano, como la traslación desde un estado original íntegro, higiénico, moral, limpio y saludable hacia una condición subsumida a su corrupción, o como la manifestación de ciertos signos de una irreversible herencia genética por fin manifiesta.²³⁷

Al decir de Foucault, la degeneración fue «la gran pieza teórica de la medicalización del anormal» y brindó a la psiquiatría la posibilidad de «referir cualquier desviación, diferencia, retraso, a un estado de degeneración», lo que le permitió su «injerencia indefinida en los comportamientos humanos».²³⁸

En Uruguay, nuevamente, el francés Brunel fue uno de los primeros introductores de la idea de la herencia y «la predisposición a las enfermedades» en «las generaciones sucesivas de una misma familia», consecuencia de «los principios mórbidos hereditarios». Para atacar ese tipo de situación, el médico propuso corregir «la constitución física de las razas» a través de un abordaje social y moral que despejara «los vicios de la población que tienden a deteriorarla».²³⁹ En ese sentido, podríamos sostener que la idea de degeneración entre los alienistas durante el tramo histórico considerado tomó en cuenta los aspectos orgánicos y clínicos, pero con una fuerte vinculación con el análisis de las circunstancias sociales de los enfermos.

El médico de origen polaco Julio Jürkowski sostuvo, en una serie de artículos dedicada al cerebro, que «todos los casos de alienación mental, como está probado hoy por millones de autopsias, siempre dependen de una lesión material

236 Gabo FERRO, *Degenerados, anormales y delincuentes: gestos entre ciencia, política y representaciones en el caso argentino*, Buenos Aires, Marea, 2010, p. 22.

237 *Ib.*, p. 189.

238 Michel FOUCAULT, *Los anormales. Curso en el College de France (1974-1975)*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2010, p. 293.

239 Brunel, o. cit., p. 174.

del cerebro», que se combinaba con las llamadas «causas morales».²⁴⁰ Desde sus orígenes, los médicos locales mostraron un fuerte interés por las causas físicas, pero sin un determinismo biológico radical. Estas posiciones reafirmaron el estudio sobre las familias y no solo del individuo afectado por una patología concreta, aunque la seguridad demostrada por el médico polaco en su artículo no era compartida por todos los diplomados del período. En 1881, Diego Pérez —como vimos, catedrático de Medicina Legal— sostuvo que «las causas orgánicas cerebrales de la locura se ignoran en Medicina» y que hasta ese entonces la ciencia solo conocía causas que se podían «llamar influencias secundarias».²⁴¹ De hecho, los intentos por visualizar los trastornos psiquiátricos a través de lesiones cerebrales no produjeron bases anatómo-patológicas relevantes. De la mano del degeneracionismo, una visión organicista fue ganando terreno, pero nunca desconoció las causas morales. Podríamos pensar que el tardío aggiornamento de los médicos locales no provocó, como en otros lados, una contienda entre las posibles etiologías de las enfermedades psiquiátricas.

El degeneracionismo se reforzó con la aparición de la teoría del naturalista británico Charles Darwin (1809-1882) sobre la herencia y la evolución de las especies, y con los aportes de las primeras leyes de la herencia y la hibridación propuestas por el religioso austriaco Gregor Mendel (1822-1884) en 1865.²⁴² La combinación de ambas posiciones originó el llamado *darwinismo social*, muy influyente en la medicina, la sociología y la criminología de cuño positivista entre 1870 y 1900, en especial en las consideraciones de Cesare Lombroso (1836-1909), Francis Galton y el pensamiento racista que pasó de la psiquiatría a la criminología y la política.²⁴³ En esta forma de mirar a los enfermos psiquiátricos (y a los delincuentes), concluyeron varias líneas de pensamiento moderno, como la frenología (que escrutaba la esencia interna mediante la palpación de lo externo), la teoría de la degeneración y, la más decisiva, el lombrosismo, así llamada

240 Julio JÜRKOWSKI, «El cerebro», en *Revista Científico-Literaria*, n.ºs 7 y 8, Montevideo, 11 de marzo de 1877, pp. 166 y 201.

241 Diego PÉREZ, «La enajenación mental y el suicidio», en *Revista Científica de Medicina y Ciencias*, t. I, Montevideo, Imprenta El Siglo Ilustrado, 1888, p. 74. La edición es de 1888, pero el texto al que hace referencia fue presentado por su autor en noviembre de 1881 a pedido de «la Jefatura de Policía» «por la frecuencia de los suicidios llevados a cabo» en Montevideo.

242 Según las memorias del médico alemán Carl Brendel, *El origen de las especies* se difundió en Montevideo a mediados de la década del sesenta del siglo XIX, datación que tiene sentido si pensamos que la primera edición de la obra en inglés se realizó en 1859 (Brendel, o. cit., p. 165). Arturo Ardao sitúa las resonancias del darwinismo en la década del setenta del siglo XIX (Ardao, o. cit., pp. 108-109).

243 Sostiene Rafael Huertas García-Alejo que «los preludios de la crisis económica y del neocolonialismo ponen en marcha mecanismos ideológicos que preparan el terreno. Y en este contexto, el médico dirigirá una mirada dura encaminada fundamentalmente a los criminales y a los enfermos mentales en un intento de dar un soporte científico —e incluso filosófico— a las exigencias de la sociedad burguesa finisecular» (Rafael HUERTAS GARCÍA-ALEJO, «Valentin Magnan y la teoría de la degeneración», en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. V, n.º 14, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1985, p. 361).

por su mentor, Cesare Lombroso, el médico italiano autor de *L'uomo delinquente* de 1876, que sustentaba sus hipótesis sobre criminalidad en la observación de las características fisonómicas. Su particular visión articuló ciertas ideas y teorías ya clásicas de la fisonomía y la frenología para afirmar la existencia de individuos anormales que por su particular constitución física y psíquica mostraban cierta tendencia al delito, la cual se manifestaba mediante algún tipo de anormalidad orgánica. Para Lombroso —que rescataba los planteos evolucionistas del darwinismo y los ensayos de fisonomía de John Caspar Lavater (1741-1801)— este tipo de hombres portaba evidencias físicas primitivas e involucionadas, que se podían medir en formas o dimensiones anormales del cráneo o de la mandíbula o en asimetrías de la cara y del cuerpo. Al mismo tiempo, sostenía que algunos delincuentes presentaban una ausencia congénita del sentido moral, por lo que constituían el delincuente nato.

Como «criminales natos» se catalogaba a los travestidos, homosexuales, militantes anarquistas, enfermos psiquiátricos, alcohólicos, drogadictos y algunos tipos de inmigrantes. Para combatirlos, se propusieron diversas tentativas que iban desde la prohibición de ingresar al país, la expulsión, la reclusión o la formación de escuelas especiales hasta la esterilización. En este sentido, tal como advierte Foucault, al inscribir las infracciones en el campo del conocimiento científico, el campo legal proporcionó un asidero justificable sobre los individuos, «no ya sobre lo que han hecho, sino sobre lo que son, serán y pueden ser».²⁴⁴

Dos discípulos de Lombroso, el sociólogo y criminólogo Enrico Ferri (1856-1929)²⁴⁵ y el jurista Raffaele Garófalo (1851-1934) replantearon la cuestión criminal como un fenómeno sociológico e histórico al negar la dimensión antropológica y biológica sostenida por su mentor. Para estos autores, el aumento del delito debía buscarse en la situación política, en el crecimiento exponencial de la población y en las condiciones económicas de la sociedad. Más allá de las diferencias entre la perspectiva antropológica lombrosiana y la teoría sociológica de Ferri y Garófalo, además de otras corrientes menores, en los dos casos, se estableció como prioritario el combate a los «anormales» o «degenerados» para convertir a una determinada sociedad en «civilizada». Con estas presunciones, la medicina y la psiquiatría decimonónicas crearon dos nuevas categorías: el *individuo a corregir* (en el ejército, en la escuela, en los talleres) y el *incorregible*, aquel que escapa a cualquier tipo de normatividad y no respeta la soberanía de la ley.²⁴⁶

Estas consideraciones criminológicas se combinaron con el evolucionismo darwiniano, en particular con su vertiente social. La teoría de Darwin reposaba en tres conceptos fundamentales, según los cuales, en primer lugar, todas

244 Michel FOUCAULT, *Vigilar y castigar*, 2.ª ed., Buenos Aires, Siglo XXI, 2009, p. 28.

245 Ferri estuvo en Uruguay a comienzos del siglo XX y su presencia despertó una polémica entre los liberales que se opusieron a las vertientes más extremas del evolucionismo.

246 Michel FOUCAULT, «Los anormales», en *La vida de los hombres infames*, La Plata, Editorial Altamira, 2008, p. 62.

las especies proceden de la transformación de otras anteriores; la causa de la evolución es la lucha por la supervivencia, en la cual sobreviven solo los más aptos, y, por último, los caracteres morfológicos y fisiológicos se transmiten de generación en generación. Esta misma visión se trasladó al plano social porque se entendió que en la vida en comunidad ocurría un fenómeno similar al de la naturaleza, donde solo sobrevivían y sobresalían los más aptos. Por eso, además de la herencia, la psiquiatría comenzó a prestar atención a las llamadas causas morales que podían acentuar el proceso hereditario.

En 1886, tuvo lugar en la Société Médico-Psychologique una discusión sobre la locura hereditaria, en la que se intentó alcanzar acuerdos para distinguir la herencia de la degeneración. De esa discusión salió el trabajo de Magnan, *Leçons cliniques sur les maladies mentales* de 1887, en el que se recogían sus clases y las conferencias impartidas en el asilo de Sainte-Anne y en el que defendía la posición de Morel sobre la transmisión de las afecciones mentales y la degeneración irrefrenable de los descendientes.²⁴⁷ En 1895, junto a su discípulo Paul Legrain (1860-1939), Magnan, en un libro titulado *Les dégénérés (Etat mental et syndromes épisodiques)*, expuso los elementos fundamentales y definitivos de su interpretación.

Rafael Huertas García-Alejo divide la visión magniana en cuatro grandes ideas: 1) la predisposición es el estado inicial del degenerado; 2) los estigmas se pueden dividir en morales (retraso intelectual o afectivo, inadaptación social) y físicos (atrofias, hipertrofias, distrofias); 3) los degenerados presentan un desequilibrio entre las diferentes funciones orgánicas, y 4) los degenerados no necesariamente tienen que ser crónicos, sino que pueden adolecer de síndromes episódicos que se dividen en obsesiones, impulsiones y accesos delirantes.²⁴⁸ Asimismo, una idea central planteaba que era posible ser un degenerado no hereditario sobre el que habían pesado más las causas accidentales (el alcoholismo o la drogodependencia, por ejemplo), enfermedades agudas en la primera infancia (escarlatina, sarampión, paludismo) o traumatismos craneanos. Ello llevó a los dos autores a concluir que:

El término *degeneración* aplicado a la patología mental designa el estado morboso de un sujeto cuyas funciones cerebrales acusan un estado de imperfección notorio, si se les compara con el estado cerebral de sus progenitores. Es más, este estado morboso constitucional se agrava progresivamente, y del mismo modo que la degeneración de un tejido procede a su desaparición, a su muerte, la degeneración del individuo procede a su aniquilamiento en la especie; la esterilidad es, en efecto, el sello último de la degeneración; está inmediatamente precedida y acompañada del abastardamiento del tipo. La degeneración es, pues, un estado patológico y no un estado regresivo, una anomalía reversiva como la comprenden ciertos autores.²⁴⁹

247 Huertas García-Alejo, o. cit., p. 362.

248 Ib., p. 363.

249 Valentin MAGNAN y Paul LEGRAIN, *Les dégénérés (Etat mental et syndromes épisodiques)*, París, 1895, citado por Huertas García-Alejo, o. cit., p. 364.

La protopsiquiatría uruguaya combinó todos los avances que estaban teniendo lugar en las discusiones científicas mundiales. En primer lugar, 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. Según Enrique Castro, «hay dos maneras de entrar al vasto campo de la degeneración mental: por herencia o por adquisición»:

Los idiotas, imbéciles, etc., reciben este triste legado, como consecuencia de una pena impuesta por la justicia inexorable de las leyes naturales, a la descendencia de los seres que, por ignorancia o por un secreto e inconciente [sic] impulso, no las respetaran.

Sin embargo, la herencia también era, para este médico, adquirida en la primera generación de degenerados; por eso, «habría que remontarse muy lejos entre los ascendientes para encontrar el primer culpable, aquel que adquirió por su culpa, por su sola culpa, el primer germen de degeneración».²⁵⁰ En otros casos, para Castro, la organización social podía provocar el estado degenerado al privar a los hombres de «medios de subsistencia», en especial entre los hombres desocupados que podían «tomar malas costumbres» o «hacerse holgazán y como se ha dicho con razón, la haraganería es la madre de todos los vicios». También estaba contra el

Trabajo excesivo, lo que puede llevarlo por dos caminos distintos a la adquisición de un mismo estado: la degeneración, sea debilitando el organismo por la sola acción del exceso de fuerzas consumidas y no reparadas, sea empobreciéndolo, modificándolo, por medio de sustancias a las cuales se pide más que inspiración, el excitante, la fuerza para poder dar pronto y bien el exceso de trabajo que de él se requiere.²⁵¹

Los protopsiquiatras locales rompieron con concepciones que consideraban anticientíficas, como la que atribuía responsabilidad en la enfermedad a entelequias como el alma o el espíritu. Lo importante ahora era la realidad material, los síntomas, el trabajo anatómico y forense, el estudio de la anamnesis del paciente. La conducta importaba como exteriorización de la enfermedad, pero, sobre todo, como antecedente hereditario. En ese sentido, la preocupación de estos médicos no eran los hijos, sino, ante todo, los padres. Podríamos cuestionar si la relación directa entre la enfermedad de un progenitor o un familiar ascendente no generó preconceptos en los médicos. La fórmula tradicional, del estilo «la madre padeció igual enfermedad y la abuela materna también»,²⁵² ¿ocultaba un prejuizgamiento del profesional? Si bien resulta difícil responder a esta interrogante, podríamos pensar que, en ocasiones, esa relación tan estrecha entre

250 MHN, o. cit., t. 1436, fs. 438, 439.

251 Ib., fs. 440, 441.

252 Referencia a la historia clínica de D. R. de 20 años, internada el 8 de diciembre de 1904, enviada desde el departamento de Soriano (Hospital Vilardebó, *Libro de entrada de mujeres 1904-1907*, f. 40).

anamnesis y degeneración puede haber influenciado a los médicos. Por lo menos hasta entrado el siglo XX, existía pleno convencimiento de que la madre era la principal transmisora de la enfermedad, como lo señaló, a comienzos de la década del ochenta del siglo XIX, en un artículo publicado luego a fines del decenio, Diego Pérez, especialista en medicina legal:

Si se tiene en cuenta la mayor influencia que la mujer tiene en las cuestiones de la propagación de la especie; si recordamos la simpatía que existe entre las facultades intelectuales de la mujer y el útero en un estado de gestación, no es extraño que la estadística pruebe que es más frecuente la demencia heredada por la madre, que por el padre. La mirada del médico, para evitar esta causa, se dirige hacia el matrimonio, y como un medio de impedir la frecuencia de la enajenación mental, debiera empezarse por informarse bien, antes del matrimonio, de la salud de las familias: los locos, los epilépticos, los escrofulosos y los tísicos no debieran unirse entre sí; circunstancia que debe siempre tenerse en cuenta en atención al mejoramiento y conservación de las razas.²⁵³

A tono con las consideraciones sobre la reproducción de la raza, algunos médicos sostuvieron que «la locura debe ser siempre un motivo de impedimento para la procreación, y a los que estén afectados de ellas, debe prohibírseles terminantemente que contraigan lazos matrimoniales».²⁵⁴ También se planteó la inconveniencia sobre los matrimonios entre consanguíneos:

¿Ofrece inconvenientes el matrimonio entre personas de próximo parentesco? Asunto es este que tiene dividida la opinión y que ha dado como pocos lugar a interminables controversias. Afirman algunos que los matrimonios consanguíneos no tienen consecuencias desagradables; sostienen otros, con no menos fuerza de convicción, que estos enlaces ofrecen verdadero peligro: los niños que nacen de ellos son, dicen estos últimos, linfáticos, contrahechos, epilépticos, tartamudos, sordos, idiotas, etc.²⁵⁵

Entrado el siglo XX, se continuó señalando el carácter de consanguíneos de los internos: A. C., uruguaya de 18 años, internada el 14 de noviembre de 1904, fue señalada como una degenerada hereditaria porque era «hija entre consanguíneos», ya que «el padre y la madre son primos hermanos».²⁵⁶

De esta manera, se impuso que los contrayentes «deben tener el desarrollo fisiológico necesario para llenar este fin» y que «ciertos estados físicos congénitos o mórbidos deben considerarse por la ley como impedimentos impeditivos o dirimentes».²⁵⁷ En 1902, la revista *Vida Moderna* reseñó el texto del médico

253 Pérez, o. cit., p. 76.

254 Pedro HORMAECHE, *La herencia y las enfermedades hereditarias (tesis presentada para optar al grado de Dr. en Medicina y Cirugía)*, Montevideo, Imprenta La Colonia Española, 1883, p. 15.

255 Enrique De PARVILLE, «Matrimonios consanguíneos», en *Boletín Jurídico-Administrativo. Revista Hebdomadaria Enciclopédica*, año III, t. III, n.º 114, Montevideo, 5 de agosto de 1877, p. 533.

256 Hospital Vilardebó, o. cit., f. 24.

257 Manuel Adolfo OLAECHEA, «Necesidad de la intervención de médicos en la confección de las leyes. Crítica del Código Civil relativa al matrimonio», en *La Gaceta de Medicina y*

italiano Angelo Zucarelli, publicado en enero de ese año en la revista bonaerense *Archivos de Criminología, Medicina Legal y Psiquiatría*, que proponía una serie de medidas para «impedir la reproducción de los degenerados» a través de la «selección artificial» que pusiera «un dique a tan desbordante multiplicación de seres orgánicamente degenerados». Entre las propuestas de Zucarelli, se encontraba la esterilización masiva de mujeres y hombres degenerados, alcoholistas, epilépticos, sifilíticos, tuberculosos y a los delincuentes por instinto o por hábito. Además, y de acuerdo a una ley promulgada en el estado norteamericano de Indiana (que mencionaremos más adelante), pedía la «prohibición del matrimonio a las personas afectas de enfermedades graves» y evitar «una falanje [sic] cada vez más numerosa de sujetos mayormente degenerados».²⁵⁸

En las historias clínicas relevadas, podemos ver que el análisis médico comenzaba con un estudio del cuerpo del enfermo y de los antecedentes familiares para pasar luego a las consideraciones morales que se convertían también en causales del trastorno mental. Este tipo de análisis —y su difusión— también legitimó el rol del psiquiatra como un moralista, como un reformador social. Los estudios médicos publicados en la *Revista Médica del Uruguay* o en otras publicaciones similares tomaban como punto de partida los antecedentes familiares. La herencia, la transmisión de factores que podían desestabilizar el comportamiento del individuo y su combinación con aspectos morales afloran en los estudios clínicos relevados y utilizados.

Una posición similar mostraron los abogados (como veremos en el apartado dedicado a la relación entre criminalidad y locura), con consideraciones muy cercanas al terreno médico, que nos llevan a plantear la existencia de un campo sanitario-legal en relación con los enfermos psiquiátricos. Por eso es que, en nuestro trabajo, sostenemos que abogados y médicos delinearón de forma conjunta las relaciones entre los alienados, el Estado, la policía y la justicia, y que, pese a que no siempre estuvieron de acuerdo entre sí, contribuyeron a la promulgación de disposiciones vinculadas al tratamiento de los enfermos psiquiátricos. En 1892, al estudiar las «causas de la delincuencia», el joven abogado Félix Ylla se refirió a la «trasmisibilidad» (sic) de la locura de padres a hijos:

La locura —sostuvo— que invade y destruye todas las facultades se manifiesta en la descendencia, sino que también las locuras parciales, las manías, las monomanías y la idiotez causan el mismo efecto, reproduciéndose en la prole los mismos caracteres e inclinaciones existentes en los padres.²⁵⁹

En esa línea, mostró sus consideraciones *La Revista de Derecho, Jurisprudencia y Administración* al asegurar que «los padres enfermos engendran hijos enfermizos que no pueden perpetuar una raza fuerte, [que] mueren

Farmacia, año II, t. I, n.º 14, Montevideo, 15 de noviembre de 1882, p. 450. El artículo 142 del Código Civil impedía la unión matrimonial de personas con «incapacidad mental».

258 Angelo ZUCARELLI, «Necesidad y medios de impedir la reproducción de degenerados», en *Vida Moderna*, año II, vol. VI, Montevideo, abril de 1902, pp. 280-281.

259 Félix YLLA, *Causas de la delincuencia*, Montevideo, Imprenta Rural, 1892, pp. 84-85.

como las plantas que sucumben antes de haber florecido y dado su semilla», y, a tono con el darwinismo social, que «en la tierra permanece la herencia de los fuertes».²⁶⁰ También José P. Colombi, en su tesis para optar por el grado de doctor en Derecho y Ciencias Sociales presentada en el año 1905, sostuvo que «todos los seres dotados de vida tienden a repetirse en sus descendientes, a transmitirles las particularidades de su naturaleza física y moral». Esa transmisión era «la herencia», que «se refiere no solamente a la estructura orgánica y a las funciones de los individuos, o sea, a la parte fisiológica, sino también a la parte psicológica, es decir, a las diversas operaciones que constituyen la vida mental».²⁶¹ La herencia no era «fatal», aunque «existe en muchos casos, y una vez transmitida, la enfermedad puede manifestarse en el descendiente en la misma forma que en el ascendiente o en otra forma distinta».²⁶² La preocupación del abogado era la relación entre herencia y criminalidad que, como veremos más adelante, descartaba.

Algunos de estos planteos fueron defendidos por quienes dirigían las instituciones penales. Alfredo Giribaldi, médico de los establecimientos penitenciarios, fue partidario del análisis hereditario en el caso de los enfermos psiquiátricos. Según su visión, «las causas generadoras del desequilibrio mental» descansaban «sobre un trípode: la herencia, el surmenage, el alcoholismo», a los que llamó «un factor genuinamente físico, un factor puramente social, un factor mixto», pero «si vamos más a lo hondo, encontraremos un factor único: la degeneración; degeneración hereditaria o degeneración adquirida, para el caso es lo mismo». De este modo, los «caracteres físicos se heredan», tal como «los psíquicos, y así se transmiten de padres a hijos las disposiciones intelectuales, las modalidades del carácter y hasta las tendencias».²⁶³ Giribaldi se mostró muy cercano a los planteos iniciales de Morel al sostener que «la locura» «es tal vez la enfermedad que con mayor fuerza imprime el sello degenerativo a la raza, por transmisión hereditaria», que provoca «la esterilidad y la extinción completa de la familia así marcada, en la quinta y aún en la cuarta generación».²⁶⁴ Aunque advertía que «desgraciadamente tenemos que confesar que tan vago es degeneración como locura, y que poco hemos ganado con el cambio de términos»,²⁶⁵ del mismo modo se preguntaba: «¿Es realmente la herencia la causa esencial de los trastornos mentales entre nosotros? Yo me permito dudarle».²⁶⁶

260 «¿Los tísicos pueden casarse?», en *La Revista de Derecho, Jurisprudencia y Administración*, año IV, n.º 14, Montevideo, 31 de marzo de 1898, p. 216.

261 José P. COLOMBI, *El atavismo y la herencia. Explicación patológica del delito*, Montevideo, Imprenta Rural, 1905, p. 23.

262 *Ib.*, p. 31.

263 Alfredo GIRIBALDI, *El régimen penitenciario en Montevideo*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1901, pp. 94-95.

264 *Ib.*, p. 97.

265 *Ib.*, p. 95.

266 *Ib.*, p. 97.

Esta posición fue acompañada con el paulatino abandono de la noción de degenerado, al menos en el campo de la psiquiatría (no así, como veremos, en la prensa). Etchepare destacaba, a comienzos del siglo XX, la inconveniencia de utilizar la expresión *degenerado*, porque consideraba que no significaba

Nada preciso, o quizás por eso mismo, ha hecho camino y etiquetado situaciones muy diferentes, muy heterogéneas, abarca demasiado, todo lo que es anormal, toda desviación congénita de lo que se considera normal o común, comprendiendo así en el mismo y absurdo abrazo desde el idiota más completo hasta el genio.²⁶⁷

Probablemente, el psiquiatra buscaba definir de forma más precisa las distintas manifestaciones psiquiátricas y, al mismo tiempo, cuestionar la idea de incurabilidad de la enfermedad mental, que chocó con la posición de los médicos, quienes debían legitimar su actuación, no solo para tratar a los pacientes, sino también para eventualmente reinsertarlos en el medio social. El medio, es cierto, podía ser pernicioso, pero, como veremos, los médicos de fines del siglo XIX y comienzos del XX también se propusieron reformar la sociedad.

Al iniciar el siglo XX, existía entre los médicos cierta incomodidad para seguir hablando de herencia degenerativa, y, probablemente, de ahí el interés por buscar nuevas explicaciones para los orígenes de las enfermedades psiquiátricas y la incorporación, como veremos, de métodos de sugestión más cercanos a las teorías de Freud.²⁶⁸

Los médicos 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.²⁶⁹ Sin embargo, y hasta nuestros días, la idea de la degeneración hereditaria había ganado legitimidad entre los facultativos y en la prensa, como analizaremos. Podríamos pensar que la ausencia de organicistas exacerbados entre los médicos

267 Bernardo ETCHEPARE, «Los débiles mentales», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. XVI, Montevideo, 1914, pp. 266-267. En 1913, Etchepare publicó también un libro del mismo título cuyos capítulos se incorporaron a distintos volúmenes de la *Revista Médica del Uruguay*: Bernardo ETCHEPARE, *Los débiles mentales*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1913.

268 Encontramos la primera referencia a Freud en el año 1900 en el artículo de Luis Morquio, quien, en realidad, se refiere a Freud como neurólogo (Luis Morquio, «Coxalgia histérica», en *Revista Médica del Uruguay*, n.º 3, Montevideo, 1900, p. 136). Barrán señaló que la primera referencia a Freud databa de 1913 (Barrán, o. cit., vol. II, p. 46).

269 Por eso, en el caso uruguayo, no podemos estar de acuerdo con la idea de Foucault según la cual «el psicoanálisis puede interpretarse como el primer gran retroceso de la Psiquiatría» y parte de un movimiento de despsiquiatrización (Michel FOUCAULT, *El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1973-1974)*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2008, p. 164). Por el contrario, en el caso local, los médicos incorporaron rápidamente las ideas freudianas y las combinaron con interpretaciones propias de las corrientes psiquiátricas convencionales. El fenómeno de expansión del psicoanálisis tuvo lugar recién en la segunda década del siglo XX.

locales favoreció la difusión de las ideas de la psicogénesis y una posterior recepción del psicoanálisis.

Es posible que entre los médicos influyeran las dificultades para aceptar solo la teoría de la degeneración, en especial por sus ligaduras con la incurabilidad de la enfermedad mental. En otras palabras, aceptar que la enfermedad mental era irreversible (y llevaba a la desaparición inexorable de los grupos degenerados) era un cuestionamiento para la función profesional. No obstante, no descartaron del todo esa vertiente, sino que, como ya adelantamos, la combinaron con el análisis de las causas morales y la situación social del enfermo. Esta adaptación de las dos posiciones estuvo presente en la psiquiatría uruguaya desde sus orígenes.

La mixtura de causas se aprecia en las historias clínicas presentadas por los psiquiatras: si bien la herencia o el medio social podían ser determinantes, su influencia era recíproca. Luis Morquío, uno de los primeros pediatras de la historia del Uruguay, analizó, de este modo, la afasia de un niño de 3 años. En el informe, sobresale la situación física del paciente («ataques convulsivos que se repitieron varias veces en el día»), la herencia («madre con manifestaciones nerviosas no definidas, pero de un temperamento excesivamente impresionable»; «el niño que ha heredado esa hiperexcitabilidad [sic]»), a lo que se agrega un aspecto moral («es además, vicioso, se le ha enseñado a fumar».²⁷⁰ La combinación de esos tres elementos provocó, según el médico, «la predisposición neuropática del niño, por sus antecedentes propios y hereditarios».²⁷¹ Sin embargo, «dentro de la mayor o menor fatalidad de la ley de herencia», existía cierta posibilidad de combatirla «y preparar una vida ulterior en que queden neutralizados, en lo posible, los efectos hereditarios». Para eso, según Bernardo Etchepare, era fundamental controlar la «dinámica moral» en la que estaban inmersas las personas que ya tenían un terreno hereditario patógeno.²⁷²

Si bien era «evidente que una herencia cargadísima no podrá ser resistida con facilidad», tampoco había que negar que era posible atenuarla «en cierto grado» a través de un «tratamiento preventivo de la[s] neuro- y psicopatías».²⁷³ Una posición similar defendió Santín Carlos Rossi, para quien «la predisposición sigue reinando soberana en la orientación de la enfermedad; pero es más consolante porque, poniendo de relieve los factores secundarios, permite pensar en la profilaxis de las causas ocasionales». En ese sentido, avizoraba como no lejano «el día en que el alienado tendrá, como el cardíaco, como el hepático, como el renal, su cartilla de higiene».²⁷⁴

270 Luis MORQUIO, «Un caso de afasia psíquica en un niño de tres años», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. I, Montevideo, 1898, p. 143.

271 *Ib.*, p. 150.

272 Bernardo ETCHEPARE, «Educación de los niños nerviosos [trabajo presentado en el II Congreso Científico Panamericano, Washington, el 3 de enero de 1916], en *Revista Médica del Uruguay*, vol. XIX, Montevideo, 1916, p. 208.

273 *Ib.*, p. 211.

274 Santín Carlos ROSSI, «Régimen de convalecencia de los alienados», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. XIX, Montevideo, 1916, pp. 622-623.

La nosografía elaborada por los médicos locales, si bien siguió los parámetros establecidos por las corrientes provenientes de Europa, evolucionó de acuerdo a las particularidades que atravesó el campo local. Los psiquiatras locales rompieron con concepciones que consideraban anticientíficas, como la que atribuía la responsabilidad de la enfermedad a entelequias como el alma o el espíritu, la intervención de concepciones religiosas o mágicas. Al mismo tiempo, adoptaron las nociones de herencia o degeneración para explicar las enfermedades psiquiátricas, conocer los antecedentes de los familiares de sus pacientes y tratar de brindar un *continuum* biológico que no desconoció las causas morales de la enfermedad, la existencia de espacios sociales o prácticas que era necesario eliminar o combatir para evitar la adquisición de una psicopatología. En esta idea, se condensa una actitud clave de los psiquiatras de fines del siglo XIX y comienzos del xx, ya que la neutralización dependía de la capacidad existente para controlar el medio social. Tal visión se resume en la siguiente idea de Santín Carlos Rossi, para quien «al lado de la predisposición y de la herencia» la etiología de la enfermedad psiquiátrica debía comprender la situación moral del paciente.²⁷⁵ De ahí que los psiquiatras, como los médicos en general, se pusieran a la cabeza de un proceso de reforma social que buscaba modificar hábitos y costumbres de los sectores que, según se entendía, tenían cierta tendencia a la degeneración. En palabras de Santín Carlos Rossi, «el médico alienista debe tener, más que ningún otro médico, autoridad moral indiscutible sobre el enfermo, autoridad que debe manejar afectuosamente pero sin mengua».²⁷⁶

275 Ib., p. 623.

276 Rossi, *El alienado...*, o. cit., p. 22.

La definición y las causas de las enfermedades mentales

En forma paralela a las transformaciones en la delimitación de las causas de la enfermedad, se comenzaron a definir grados en los trastornos psiquiátricos y en las distintas manifestaciones dentro de ese campo que, a mediados del siglo XIX, solo se llamaba «locura» o «enajenación». Entre 1860 y 1910, se sucedieron distintos sistemas que explicaban los desórdenes mentales y los médicos locales fueron tomando nota y adaptando las principales discusiones científicas al contexto en que actuaban. La «locura» dejó de ser una definición general y se avanzó en una clasificación de distintos estados psicopáticos. En este capítulo, analizaremos qué implicó para los médicos del período la mayor parte de las categorías en las que fueron definiendo la enfermedad y sus síntomas.

Nuestra sistematización no será acabada ni exhaustiva: al seguir las fuentes, nos referiremos a algunos rasgos de la sintomatología y a características de afecciones que, en muchos casos, no eran claras tampoco para los médicos. Podremos definir rasgos generales para la llamada «debilidad mental», la «epilepsia», la «parálisis» y la «demencia», así como para las neurosis, que incluían la histeria y los distintos tipos de manía.

La etiología de las enfermedades combinó las causas biológicas con las sociales; por tanto, resultará fundamental alcanzar un equilibrio entre las posiciones para ver qué rasgos orgánicos encontraron en las enfermedades y qué importancia atribuyeron al medio social en la aparición de la psicopatía. Las primeras enfermedades que trabajaremos (debilidad mental, epilepsia, parálisis y demencia) se asociaban a causas orgánicas, mientras el rubro de las neurosis (que incluía la histeria y los distintos tipos de manía) estaban más emparentadas con la combinación de causas biológicas y sociales.

Los primeros intentos de clasificación de las enfermedades

La visita que realizó Adolphe Brunel al recién creado Asilo de Dementes da cuenta de las dificultades para establecer una nosotaxia certera, aunque ya había una definición por grandes grupos de enfermedad, que imperó hasta entrado el siglo XX. Podríamos dividir los tipos de enfermedades en: debilidad mental o idiocia, epilepsias y distintos grados de neurosis, entre los que se destacaban las manías delirantes, las parálisis parciales o generales y la histeria. Pero esta separación entre tipos —que no siempre era tal, ya que estos se tocaban o relacionaban (es decir, un epiléptico podía terminar sus días padeciendo una parálisis)— no estaba clara en los inicios del Asilo de Dementes.

La inespecificidad es evidente en la descripción que realizó Brunel sobre los internos que vio y sobre las causas de su reclusión.²⁷⁷ De los 36 hombres internados que observó en el asilo, «9 eran idiotas, 3 tenían *delirium tremens*, 4 el delirio alegre, 2 locura hereditaria y 20 mono-manías», mientras que, de las 30 mujeres, «4 eran idiotas, 2 tenían *delirius* [sic] *tremens*, 3 el delirio alegre, 4 agitadas y 17 maniáticas o monomanías».²⁷⁸ Si bien en sus consideraciones ya iba delimitando una clasificación, no queda claro qué era, por ejemplo, el «delirio alegre», que, ya desde la década del ochenta del siglo XIX, se incluiría dentro de las manías generales o de la histeria.

La falta de clasificación también se relacionaba con la situación administrativa del asilo, puesto que allí los enfermos solo estaban divididos por sexos en «lo-querías» y no por el tipo de síntoma que presentaban, de modo que los llamados «agitados» podían convivir con los enfermos que ingresaban al hospicio de forma transitoria e, incluso, como vimos y seguiremos viendo, con aquellos sin psicopatologías evidentes. Decía Brunel que, con la fundación del asilo, la

Situación de los dementes ha mejorado [pero] no se ha hecho bastante al dividir los sexos; cada división debería tener también su clasificación metódica según la intensidad y la especie de delirio que tuviesen los enfermos; los idiotas, por ejemplo, no deberían estar confundidos con los agitados, pues aquellos, generalmente inofensivos y muchas veces privados del sentimiento de la propia conservación, se hallan expuestos a ser maltratados por estos.²⁷⁹

Sin embargo, la mezcla de los internos siguió siendo un problema hasta la construcción de un observatorio y de nuevos pabellones a comienzos del siglo XX.

El trabajo de Brunel es de 1862; las cifras siguientes que de momento obtuvimos datan del año 1879 y fueron aportadas por la Comisión de Caridad. Según estos datos, entre los hombres internados a la fecha de la publicación de la *Memoria...* en el último año de la década del setenta del siglo XIX, había 38 pacientes hombres con síntomas de estupor, 4 con estupor melancólico, 10 con delirio crónico, 36 con manías (divididas en comunes, impulsivas, suicidas, religiosas, homicidas, «circular» [sic], persecutorias), 3 internos con incoherencia, 15 con excitación maniaca, 1 con idiotismo, 5 con alcoholismo, 3 con imbecilidad, 5 epilépticos, 4 con delirio asténico, 1 con delirio generalizado, 1 con aura epiléptica, 1 con vitiligo, 2 sordomudos, 1 tuberculoso, 1 con hemiplejia, 1 con

277 Una definición menos precisa todavía que la de Brunel fue la de la revista *Anales de la Sociedad de Medicina Montevideana* que, en 1854, se refirió simplemente a «enfermedades cerebrales» para los pacientes con trastornos psiquiátricos internados en el Hospital de Caridad (*Anales de la Sociedad de Medicina Montevideana*, primer año, t. 1.º, n.º 2, enero de 1854, p. 19). Todavía en 1879 algunas publicaciones médicas se referían, por ejemplo, a «la enfermedad del sueño del África Occidental» en relación con un trastorno de sonambulismo (*Boletín de la Sociedad Ciencias y Artes*, año I, n.º 25, 29 de julio de 1877, p. 220).

278 Brunel, o. cit., p. 292.

279 Ib., pp. 290-291.

delirio ambicioso y 1 vago.²⁸⁰ Entre las mujeres, habían ingresado, en 1878, 14 mujeres atacadas por estupor, 2 por melancolía, 3 por delirio crónico, 39 maniáticas (puerperal —posparto—, lipemanía, histéricas, manía religiosa y manía de nodriza [sic]), 3 mujeres demenciadas, 1 con excitación, 1 con afasia, 1 con alucinaciones, 1 epiléptica, 1 con delirio asténico.²⁸¹

En la década del ochenta del siglo XIX, Canaveris insistía en los inconvenientes generados por la ausencia de clasificación de los enfermos psiquiátricos y de distribución en pabellones por patología.²⁸² El estudiante de Medicina Andrés Crovetto, en su tesis de 1884, también se refirió a las dificultades manicomiales, aunque no las atribuyó a la falta de una clasificación o al desconocimiento sobre las patologías, sino al aumento del número de internos y a las características del edificio que impedían dividir a los pacientes o contar con salas de observación.²⁸³

Pese a que parecía haber más claridad hacia fines del siglo XIX, aún en 1898 Enrique Castro señaló las dificultades para distinguir las diferentes enfermedades y sostuvo que «algunas veces, se asocian hasta tres enfermedades distintas: epilepsia, una manía cualquiera (melancolía, delirio crónico, locura hereditaria, etc.) y alcoholismo, conservando cada uno sus caracteres particulares».²⁸⁴ También es frecuente encontrar en las hojas de ingreso categorías poco específicas como «pobreza de espíritu», probablemente un cuadro depresivo, que se diagnosticó a M. F., italiana de 33 años e internada el 19 de febrero de 1894.²⁸⁵

A fines de la década del noventa del siglo XIX, observamos que ese inconveniente ya se había solucionado de forma parcial si seguimos a Joaquín Canabal en su «clasificación de enfermos por grupos vesánicos», que dividía las patologías en 10 tipos, que se representan en el siguiente cuadro:

280 *Memoria de la Comisión de Caridad presentada a la Comisión E. Administrativa correspondiente a los años 1876, 77 y 78*, Montevideo, Imprenta a Vapor de La Nación, 1879.

281 *Ib.*

282 Canaveris, o. cit., p. 306.

283 Crovetto, o. cit., p. 24.

284 MHN, o. cit., t. 1436, f. 339.

285 Hospital Vilardebó, *Libro de ingresos mujeres. 14 de noviembre de 1893 al 18 de junio de 1895*, f. 33.

Cuadro 4

Grupos vesánicos	Por cada 100 asistidos	Hombres	Mujeres
Manía	32,29	47,52	52,47
Melancolía	27,65	63,38	36,61
Estupor	1,67	73,68	26,31
Locura sistematizada	4,79	71,66	28,33
Degeneración mental	5,75	69,44	30,55
Demencia	5,19	43,07	56,92
Locura paralítica	2,55	84,37	15,62
Locura neurótica	3,77	59,57	40,42
Locura tóxica	7,59	89,47	10,52
Idioci e imbecilidad	7,91	51,51	48,48

Fuente: Joaquín CANABAL, «Cuadro n.º 84», en *Estadística sanitaria del Uruguay 1887-1896*, Montevideo, Tipográfica de la Escuela Nacional de Artes y Oficios, 1899.

En la tabla de Canabal, aún persisten algunas definiciones generales («melancolía» o «locura paralítica»), pero los médicos comenzaron a elaborar definiciones cada vez más precisas. Esta situación se profundizó con la creación de la Cátedra de Psiquiatría, en la que sus partícipes elaboraron una nosotaxia considerada moderna, la cual, entre otras cosas, reunió distintas definiciones de locura en clasificaciones generales de manía o histeria. La revista *Annales Médico-Psychologiques*, editada en París, contaba con una sección dedicada a analizar la evolución de los diversos síntomas y su clasificación. Es probable que los médicos uruguayos tomaran como referencia las discusiones de sus colegas franceses.

Como en varios aspectos de esta historia, sobresale la figura de Bernardo Etchepare, quien intentó sentar una clasificación de las enfermedades mentales. Al mismo tiempo, cada una de estas afecciones contaba con un tratamiento posible para el caso específico, pero también había procedimientos generales que eran comunes a todas las afecciones (como veremos en el próximo capítulo). Importa señalar también que, en la lectura de los textos publicados, fueran de Etchepare o de otro profesional, no siempre es evidente la claridad de ideas, sino que, por el contrario, para algunas patologías, hay cierto nivel de desconocimiento.

En la década del sesenta del siglo XIX, Maudsley, quien defendía la idea de la transmisión hereditaria, sostuvo que la naturaleza de la enfermedad mental era única y que las distintas definiciones y formas clínicas para su tratamiento eran variaciones para el mismo trastorno. En 1860, Morel discutió con Buchez sobre la clasificación de la locura, situación que da cuenta de que también en Europa la clasificación sobre los distintos estados patológicos estaba en constante revisión.²⁸⁶ Mientras que, hacia fines del siglo, Legrain y Magnan advirtieron que

²⁸⁶ Huertas García-Alejo, o. cit., p. 362.

«una clasificación no tiene razón de ser en tanto que de ella no se pueda sacar un provecho práctico», ya que «el producto degenerado no varía sensiblemente en sus caracteres, sea cual sea la causa de su estado», en particular «cuando se trata de una degeneración hereditaria».²⁸⁷ Sin embargo, hecha esta salvedad, podemos establecer un listado de enfermedades posibles, siguiendo, sobre todo, las consideraciones de Etchepare, no con intención de demostrar que los médicos uruguayos fueron unos adelantados, sino simplemente para ver cómo elaboraron una clasificación a tono con algunas de las discusiones internacionales.

Los débiles mentales

La llamada «debilidad mental» era una de las enfermedades psiquiátricas considerada más común y la que los médicos más relacionaban con el concepto de degeneración, ya que se creía que era congénita. Los cuadros de «imbecilidad» o de «idiocia» —términos de época— eran causales suficientes para la internación de una persona en el establecimiento. De ahí la presencia de niños enviados desde los asilos maternos o de huérfanos hacia el manicomio. El punto no es menor, ya que con la incorporación de la «debilidad mental» a las psicopatologías también se incorporó el estadio vital de la niñez a la labor de los psiquiatras.²⁸⁸ Los higienistas y educadores positivistas tampoco escaparon a esa visión que se combinó con la idea del niño como un ser «malo» por naturaleza —que la higiene, la medicina y la educación debían corregir—. La posición del médico Luis Bergalli sintetiza esos argumentos sobre el niño «malo»:

No creo que el niño venga al mundo con tendencias y gérmenes de bondad; por el contrario, opino, y tengo a mi favor mi propia experiencia, que el niño trae, en general, de la naturaleza, inclinaciones, móviles, instintos que lo impulsan hacia el mal. Sin embargo, dicho modo de ser de los niños es transitorio y puede ser modificado por la sociedad, por la educación. En una palabra, creo que sucede en el mundo moral lo que en el mundo físico, del cual el primero no es más que un reflejo. La biología, en efecto, ha demostrado que el carácter de todos los hombres atraviesa por las mismas fases que la raza de que procede atravesó exactamente lo mismo que sucede con las facciones externas del individuo. ¿No vemos cuán [sic] parecido es el aspecto del niño que recién ve la luz al del salvaje, al del hombre primitivo? Sus facciones, su nariz aplastada, su frente, etc., etc., ¿no recuerdan al tipo de nuestros más remotos antepasados?²⁸⁹

287 Citado en: Huertas García-Alejo, o. cit., p. 366.

288 En la década del ochenta del siglo XIX, Charcot comenzó a estudiar los casos de niños: «La psiquiatrización del niño pasó por un personaje muy distinto: el niño imbecil, el niño idiota, a quien pronto se calificaría de retrasado» (Foucault, o. cit., pp. 230-231).

289 Luis BERGALLI, *Maternidad. Consejos a las Madres y Jóvenes Esposas sobre la Educación Físico-Psíquico-Higiénica de los Niños por Luis Bergalli Doctor en Medicina, Cirujía [sic] y Obstetricia, especialista en las enfermedades de los niños*, Montevideo, Imprenta a Gas La Hormiga, 1892, pp. 385-386.

El problema fue abordado en sucesivos trabajos por varios de los médicos de la época y, en particular, por Etchepare, quien, en 1911, viajó, enviado por el Gobierno, a Europa, para estudiar cómo distintos países de aquel continente habían resuelto el tratamiento a este tipo de enfermos. La debilidad mental —término expresivo de algunas obsesiones de los hombres del Novecientos sobre los fuertes y los débiles— fue el nombre que propuso para los cuadros que, hasta ese entonces, se llamaban «idocias» o «imbecilidad». Estos casos, sobre todo de niños, no se trataban de «locos», pero tales sujetos presentaban un tipo de enfermedad que los privaba de la razón y, por ende, era necesario protegerlos del medio, al tiempo que proteger a la sociedad de su presencia.

Luego del viaje científico, el médico uruguayo elaboró un extenso informe que presentó a las autoridades y a la Sociedad de Medicina Nacional, el cual fue publicado por la *Revista Médica del Uruguay* en sucesivos números. El escrito condensa algunas de las consideraciones más significativas tanto de la medicina nacional como de las discusiones científicas internacionales sobre qué era la llamada debilidad mental. La preocupación de médicos y autoridades se asentaba en la idea según la cual «la debilidad mental es fuente copiosa de criminalidad y locura»,²⁹⁰ a todas luces, un resabio de la criminología positivista, que asociaba a los enfermos psiquiátricos con un estado atávico que los convertía en delincuentes.

Etchepare estableció una división entre varios tipos de debilidad mental, aunque fue poco preciso en la explicación de las características de cada una, probablemente a causa del absoluto desconocimiento de algunos de esos estados. Pero, al mismo tiempo, el punto es interesante porque permite ver que los médicos uruguayos estaban actualizados en relación con los estados internacionales de la cuestión en materia de investigación sobre las enfermedades psiquiátricas, pero no siempre contaban con experiencia clínica para estudiar la sintomatología.

A su vez, las dificultades para nombrar los estados de debilidad mental, pero también otras afecciones psiquiátricas, dan cuenta de la incipiente consolidación en los principales centros científicos mundiales de un campo que contaba con algunos síntomas no siempre evidentes para definir, por ejemplo, la histeria, pero que mostraba posiciones divergentes frente a otros cuadros. Con respecto a este punto, Etchepare reconoció que

Las definiciones que se han dado hasta ahora sobre estos estados no son concordantes y muchas veces ni siquiera paralelas. Idiotez completa, idiotez profunda, imbecilidad profunda, imbecilidad ligera, debilidad mental simple, retardo mental, degeneración, todos estos términos han sido profundamente empleados, no significando siempre lo mismo según los diversos autores, según las épocas y hasta según los países. [...] La palabra «anormal», si puede aplicarse en cierto modo a los estados que estudiamos, abarca otros que no se

290 Bernardo ETCHEPARE, «Los débiles mentales», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. xv, Montevideo, 1913, p. 191.

le parecen. El término «retardado» o «atrasado» indica más bien, o por definición, un simple retardo o atraso en la marcha de la inteligencia, suponiendo o dejando suponer, más bien, la idea de una normalidad posible, susceptible de ser alcanzada siempre, lo que no es cierto en la inmensa mayoría de los casos.²⁹¹

La opción por referirse a distintas enfermedades que marcaban un «retardo» intelectual como «debilidad mental», siguiendo la psiquiatría francesa, era, para Etchepare, una «denominación genérica que designa bien todos estos estados, y que en su sencillez dice la verdad sin presumir causas ni provocar conflictos de interpretación». Al adoptar esa terminología,

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 escalón inferior, presenta para el empleo corriente y general un sentido menos injusto y denigrante.²⁹²

Entre los síntomas comunes a todos los cuadros de debilidad mental, Etchepare destacó la insensibilidad física y también la moral. Con el análisis de distintos cuadros clínicos, concluyó que «la sensibilidad general está también muy atenuada, al extremo de que en los inferiores puede pincharse al sujeto sin despertar un movimiento», que los individuos «permanecen indiferentes o insensibles a la acción de las temperaturas algo elevadas o muy bajas» y que, incluso, son capaces de desarrollar «una pneumonía [sic] mortal o una meningitis supurada, sin determinar un dolor, un solo grito, y cuya existencia solo se ha comprobado por la autopsia».²⁹³ Las diferentes manifestaciones de insensibilidad abrían un abanico de estados de retardo de distinta índole, ya que «no escasean los ejemplos de percepción obtusa en algunas sensaciones, en los sujetos superiores, como también otros de percepciones especiales sutiles en algunos sujetos bien inferiores».²⁹⁴ En cuanto a la falta de sensibilidad moral, siempre de acuerdo a la definición del mismo médico y su perspectiva de darwinismo social, «las dificultades de la lucha por la existencia no son comprendidas, casi no son sospechadas». Es por eso que Etchepare sostuvo que los «débiles mentales» sufrían «la ignorancia del peligro o del obstáculo», lo que los convertía en hombres y mujeres que perjudicaban a la sociedad.

Una posición similar mostró el médico del cuerpo escolar Sebastián B. Rodríguez, para quien los niños «retardados» se podían clasificar en dos tipos: los que llamaba «retardados verdaderos» y los «retardados falsos». Los primeros eran los débiles mentales por herencia, que ya tenían un cerebro enfermo innato.

291 Bernardo ETCHEPARE, «Los débiles mentales», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. xvi, Montevideo, 1914, p. 266.

292 Ib.

293 Ib., p. 267.

294 Ib., p. 268.

Por el contrario, los «falsos» tenían un cerebro sano, pero vivían en un medio social impuro que los convertía en «retardados pedagógicos». Para Rodríguez,

el medio en que se ha criado el niño influye notablemente sobre su desarrollo intelectual, pues tanto la instrucción y profesión de los padres, como el alojamiento que ha tenido, su alimentación, etc., son factores dignos de tomarse en cuenta.²⁹⁵

La preocupación de los psiquiatras, si seguimos a Etchepare, empezaba por la familia:

El hogar de una familia desequilibrada, que ofrece sus penosos espectáculos de reyertas, de exaltaciones o discusiones, etc., 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.²⁹⁶

Una forma de detectar los retardos mentales era el análisis de la inteligencia del niño, ya que, de acuerdo a la sintomatología que estableció Etchepare, dos características propias de esta afección eran la «atención débil e inestable» y una memoria «deficiente». «Desde el punto de vista de la inteligencia propiamente dicha, desde el idiota vegetativo que carece casi en absoluto de ideas, hasta el sujeto casi normal, existen infinidad de gradaciones». Así,

El idiota menos completo puede llegar y llega a adquirir la noción concreta, siendo aún incapaz de generalizar y sobre todo incapaz de concebir una idea abstracta. El débil mental un poco más elevado, el llamado imbécil, generaliza sin llegar fácilmente a la idea abstracta.²⁹⁷

Esto alejaba a los débiles mentales de las manifestaciones psicóticas o maniáticas, ya que la falta de memoria y la dificultad para asociar ideas los tornaba «incapaces de formular un delirio medianamente compacto, y si alguna vez formulan un delirio sistematizado, es muy frecuentemente bajo la influencia de la sugestión».²⁹⁸ Sin embargo, no evitaba que mostraran una «tendencia fácil a caer en plena fantasía o en absurdo» por la dificultad que implicaba «la adaptación al medio, la comprensión de la realidad, cosas que requieren una inteligencia completa». Esto aportaba, en parte, a su peligrosidad, porque las dificultades para entender e interpretar la realidad los podía convertir en mitómanos, capaces de elaborar «las mentiras más extrañas, amplificando todo sin medida; a veces con el simple deseo de glorificarse o de asombrar».²⁹⁹

Al mismo tiempo, esa disociación con la realidad los volvía rebeldes a toda autoridad, y el mantenimiento de las jerarquías sociales y de la autoridad fue una de las principales preocupaciones de los hombres del Novecientos.

295 Sebastián B. RODRÍGUEZ, «Educación médico-pedagógica de los retardados», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. XIII, Montevideo, 1910, p. 49.

296 Etchepare, «Educación de los niños...», o. cit., p. 218.

297 Etchepare, «Los débiles mentales», o. cit., 1914, p. 275.

298 *Ib.*, p. 279.

299 *Ib.*, p. 281.

Es asunto de todos conocido que [los débiles mentales] 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.³⁰⁰

En ese sentido, los retrasados mentales, al rebelarse «contra toda disposición que implique orden y disciplina», no se diferenciaban de otros enfermos psiquiátricos. Sin embargo, su sugestión resultaba más sencilla para aquellos que querían, por ejemplo, convencerlos de participar en hechos delictivos.

Así se ven arrastrados al crimen por simple sugestión, porque debemos hacer notar que desgraciadamente esta sugestión es tanto más fácil cuando más acaricia las tendencias inferiores del sujeto, lo que pueden hacerla temible, como se ve, en sus consecuencias.³⁰¹

Es cierto que el investigador puede cuestionarse por qué los delincuentes podían sugestionar a los débiles mentales y no así el médico o el maestro. Eso se explicaba, según Etchepare, por la disociación de la realidad que los impulsaba a cometer actos reñidos con la moral y las buenas costumbres. Pero, en todo caso, y al igual que la demencia, la debilidad mental era un proceso crónico.

Los débiles mentales tenían alguna distancia con el resto de los enfermos psiquiátricos. Decía Etchepare que «los débiles mentales no son todos propiamente locos, puesto que la locura implica un proceso activo», pero sí se los debía considerar «alienados, desde que la mayor parte son sujetos que, por el hecho de una enfermedad o de un estado mórbido mental, son susceptibles de entrar en conflicto con la sociedad a causa de su deficiencia psíquica».³⁰² Los vagos, por ejemplo, eran, para Etchepare, un tipo característico de débil mental, ya que:

[El] deseo de vagancia denota una notable inestabilidad mental que se traduce por la misma inestabilidad corporal, el grado más ligero consintiendo el deseo continuo de cambiar de sitio para cambiar de ocupación y el grado más elevado por la vagancia.³⁰³

Con relación a «las causas de la debilidad mental», estas no distaban del estudio etiológico de otras enfermedades y fueron divididas por el médico en dos grupos: causas hereditarias y causas personales. Para las primeras, estableció un vínculo entre la debilidad mental y la herencia, ya que, de acuerdo a «la ley de Morel», «el último producto de la degeneración es el idiota que termina la serie por esterilidad». Sin embargo, y en uno de los cuestionamientos más fuertes a los planteos hereditarios de los médicos europeos, Etchepare sostuvo que los abordajes de Morel adolecían de algunos problemas, porque proponía una ley «demasiado absoluta en todos sus términos» y «la degeneración progresiva por acumulación de herencia patológica no es siempre posible», ya que podía haber

300 Ib., p. 282.

301 Ib., p. 285.

302 Ib., p. 286.

303 Bernardo Etchepare, «Los débiles mentales», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. xvii, Montevideo, 1915, p. 328.

—como había— débiles mentales en «una sola generación».³⁰⁴ No obstante, sí dio relevancia al terreno familiar neuropático, aunque sin desconocer que no había necesidad de una acumulación de herencia anormal para que se produzca la debilidad mental.

Entre las causas hereditarias, destacó «la edad avanzada de uno o de los dos padres» y el rango del niño en la descendencia, ya que, «según el doctor Ley, de Bruselas, más de[1] 15% de los retardados escolares se encuentran entre los primogénitos», pero también entre los dos últimos hijos de las familias numerosas donde había disminuido el «poder procreador». Asimismo, tenían un papel sustancial «las enfermedades toxi-infecciosas de los padres», en particular, el alcoholismo, «no ya solamente respecto del alcoholismo crónico, habitual, sino también respecto del estado de ebriedad, o de intoxicación pasajera de uno de los padres en el momento de la concepción». Lo mismo ocurría en los casos de tuberculosos, como comprobaban «las estadísticas abundantes de Shuttleworth, Ley, Piper [...] mostrando la relación directa de la debilidad, del infantilismo de muchos sujetos con la tuberculosis de uno o de ambos padres». Una situación similar generaban la sífilis, la neumonía, la fiebre tifoidea, la viruela, que se transmitían «durante el embarazo» y «desmejora[ban] el producto».³⁰⁵

Al mismo tiempo, era «importante conocer el pasado personal remoto del sujeto», ya que, «cuando no se tiene un pasado hereditario, se hereda de sí mismo». Con esto, Etchepare se refería a las causas —agrupadas en las que denominamos personales— que podían surgir en la primera infancia, en particular, enfermedades o infecciones, constituir un obstáculo para el desarrollo e iniciar «un proceso degenerativo».³⁰⁶ El médico relacionó la «inferioridad mental» con la «inferioridad física». Dentro de las enfermedades infecciosas posibles, se encontraban los procesos meníngeos, la fiebre tifoidea, la sífilis, el sarampión, la tos convulsa, el reumatismo agudo, la osteomielitis, la poliomiélitis y las encefalitis difusas. Asimismo, se refirió a las deformaciones craneanas que «tienen cierta importancia como causa o efecto de una enfermedad mental».

El simple examen físico podía alertar al médico sobre si se encontraba ante un débil mental, por ejemplo, cuando el paciente presentaba «proporciones enormes», ya fuera en el tamaño de la cabeza o en parte de ella. La «plagiocefalía (asimetría de las dos mitades laterales del cráneo) representa un verdadero signo patológico porque es el resultado de la falta de paralelismo en el proceso de sinostosis a derecha e izquierda del plano vertical mediano». Del mismo modo, eran signos patológicos «el ancho o la longitud exagerada de la cabeza (ultrabraquicefalía y ultradolicocefalía), mientras que la simple predominancia del diámetro antero-posterior sobre el diámetro transversal o viceversa no tiene ningún valor».³⁰⁷ Posición similar defendió Américo Ricaldoni al sostener que

304 Ib., pp. 321-322.

305 Ib.

306 Ib.

307 Ib., pp. 334-335.

«quien dice idiota, dice lesión orgánica, chica o grande, esclerosis u otra cosa del cerebro», por lo que, sostuvo, «se llega al idiotismo por no haber podido desarrollar la propia inteligencia, o sea, por haberla perdido antes de poseerla». ³⁰⁸ Ese contraste, como veremos, distinguía el idiotismo de la demencia.

Otro foco constitutivo de debilidad mental podía ser la «alimentación defectuosa, por cantidad menor de la necesaria», que «puede, por inanición, por falta de nutrición, provocar retardos o defectos en las funciones psíquicas». Lo mismo sucedía con la alimentación defectuosa por falla o mala calidad del régimen o por exceso de ella que «producirá defectos del mismo orden». «Si esta situación se prolongara, la debilidad mental permanente no tardaría en producirse y así sucede, en muchos casos, en la práctica». ³⁰⁹

Etchepare y Ricaldoni incorporaron la epilepsia a las causales de la debilidad mental y la consideraron como otra de las enfermedades de tipo hereditario, aunque, en más de un caso, aclararon que no necesariamente porque hubiera un padre o madre epilépticos, sino que la enfermedad mental de uno o de los dos progenitores podía derivar en un cuadro epiléptico en la descendencia. A comienzos del siglo XX, Etchepare sostuvo que la enfermedad, «por la frecuencia y repetición de sus manifestaciones, puede conducir a un debilitamiento cada vez más acentuado de la inteligencia y producir la demencia epiléptica». ³¹⁰ En ese sentido, no era estrictamente una enfermedad mental pura, sino que algunas de sus manifestaciones podían derivar en cuadros neuropáticos.

Epilepsia

La epilepsia formaba parte del listado de enfermedades mentales desde comienzos del siglo XIX, pero sus causas y características eran aún desconocidas para la psiquiatría organicista. Llamada popularmente en Europa «la enfermedad sagrada», se creía que las convulsiones eran la consecuencia de la lucha entre el cuerpo del enfermo y el demonio que lo había poseído. ³¹¹

Podemos atribuirle a Brunel la introducción en el país de la definición de tal enfermedad, a la que consideró una «anomalía del espíritu y los sentimientos». Para el médico francés, «todos los epilépticos —sin excepción— presentan cierto grado de perturbación en su inteligencia o en su genio», ya que «ninguno de ellos puede ser considerado mentalmente sano», de ahí la inclusión de esa enfermedad dentro de los trastornos de tipo mental. Sin embargo, el epiléptico se podía diferenciar de los otros enfermos porque «los desórdenes intelectuales de la epilepsia» se manifestaban, sobre todo, en los ataques que aquejaban al

308 «Dr. Américo Ricaldoni. Paraplejías espasmódicas y Enfermedad de Little. Lección clínica recogida por el interno D[omingo] Prat», en *Revista de los Hospitales*, año 1, n.º 4, Montevideo, octubre de 1908, p. 107.

309 Etchepare, «Los débiles mentales», o. cit., pp. 338-339.

310 *Ib.*, p. 344.

311 Porter, o. cit., p. 26.

enfermo, los que conducían «poco a poco [a] una debilidad intelectual cada vez más pronunciada» que derivaba en «la demencia y el idiotismo». Entre sus características, los epilépticos eran personas «irritables, coléricos, insociables y que así presentan, en su modo de ser y en su conducta, anomalías y extravagancias que los hacen diferentes de los demás hombres y de lo que eran ellos mismos antes de enfermarse». Por lo tanto, y de ahí la inclusión de quienes la padecieran en el conjunto de enfermos psiquiátricos, la epilepsia podía ser la puerta de entrada a «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».³¹²

Una crisis epiléptica llevaba a que el enfermo se manifestara «incoherentemente», a una agitación constante con «movimientos más bien desordenados que violentos» y a «ideas delirantes impresas de satisfacción que alternan rápidamente en ellas con pensamientos de naturaleza triste o con alucinamientos, particularmente de la vista, que son aterradores».³¹³ Por eso, para el diplomado francés, no siempre era posible establecer si los epilépticos estaban sanos o no en sus intervalos, ya que a los ataques les sucedían períodos de excitación.

Sea lo que fuere de esa cuestión general que no puede ser decidida de una manera absoluta en el estado actual de la ciencia, nadie contesta hoy que los epilépticos no presenten frecuentes alteraciones del espíritu y del carácter en el intervalo de sus ataques.³¹⁴

Fuera en períodos de ataque o no, por lo general, los epilépticos se caracterizaban por un «estado de turbación de las ideas, de ansiedad general y de impulsos instintivos», lo que los llevaba a entregarse «del modo más inesperado y más repentino a toda clase de actos violentos, como el suicidio, el robo, el incendio y el homicidio». El suicidio era, según el francés, la única forma que encontraban «para sustraerse a la ansiedad interior que los devora».³¹⁵ De ahí la necesidad de internarlos en dependencias donde tratar la afección, lo que no evitaba, como señalaba Brunel, problemas para establecer quiénes debían ir a un asilo de dementes, ya que la epilepsia era una enfermedad diferente a la «locura», pese a que la primera podía llevar a la segunda o viceversa. En todo caso, eran «manifestaciones diversas de un mismo estado mórbido», que tenían «en el fondo la misma significación patológica».³¹⁶

Hasta la década del noventa del siglo XIX, los epilépticos no eran enviados solamente al manicomio, sino que aquellos que no eran considerados peligrosos tenían como destino el Asilo de Mendigos. En 1896, los médicos Juan Hégu y Pedro Visca, del asilo y del Hospital de Caridad respectivamente, solicitaron a la comisión que los epilépticos fueran enviados al manicomio, ya que «padecen

312 Brunel, o. cit., p. 295.

313 Ib., p. 301.

314 Ib., p. 302.

315 Ib., p. 307.

316 Ib., pp. 314-315.

por lo general de manía [sic] impulsiva, en cuyo caso se tornan peligrosos, y requieren suma vigilancia y la aplicación de medios represivos». ³¹⁷

En 1908, el diario *El Tiempo*, en la serie de notas analizadas en otra parte de nuestro trabajo, insistió en la necesidad de contar con un pabellón especial para los epilépticos,

porque se trata de una psicosis bien definida que tiene su tratamiento especial y porque estos enfermos son los que poseen al maximum [sic] el don de la excitabilidad, y la vista de un agitado produce en ellos frecuentemente ataques terribles. ³¹⁸

La misma posición mostró Santín Carlos Rossi, para quien «los epilépticos tienen una fisonomía clínica que está en los límites de la alienación mental y de la Medicina general», aunque era necesario alejarlos de la familia y de la sociedad por los «riesgos desgraciadamente a menudo comprobados». ³¹⁹ Los epilépticos formaban una «casta aparte», porque «la clínica demuestra que, pasado el acceso —ataque clásico o equivalente psíquico que define su síndrome [sic] mórbido—, estos enfermos pueden y deben vivir separados de los demás alienados», pero no libres en la sociedad por «cierta característica del acceso, que es la rapidez con que estalla». ³²⁰ Pero, en el hospicio, «su lucidez, sin ser de una mentalidad normal, les permite notar la diferencia entre ellos y los alienados», por lo que era necesario destinar «establecimientos especiales, por lo general, colonias rurales», en los que se aplicara «el régimen de la libertad vigilada y el trabajo». ³²¹

Una variante peligrosa era la «epilepsia psíquica», que «se manifiesta por estallidos bruscos de excitación, que va de la manía simple a la manía furiosa, con o sin depresión consecutiva, y con impulsiones violentas e irreprimibles». El acceso

Puede revestir varias formas, hasta la simple fuga o paseo inconsciente, durante el cual el epiléptico, aguijoneado por ansiedades incoercibles, sin conciencia, ciego, marcha hacia delante como un resorte implacable e incansable, chocando en su marcha avasalladora todos los obstáculos. ³²²

Etchepare planteó que una de las causas de la epilepsia podía ser el «alcoholismo crónico» de uno de los progenitores. ³²³ En ese sentido, la epilepsia podía llegar a ser hereditaria, aunque también adquirida, como sostenía el penalista Lorenzo Vicens Thievent en un trabajo de claro sesgo lombrosiano, donde relacionó el crimen con la epilepsia. ³²⁴

317 AGN y CNCBP, o. cit., del 26 de marzo de 1895 al 5 de agosto de 1896, fs. 173, 174.

318 *El Tiempo*, 1.º de marzo de 1908, p. 1.

319 Rossi, *El alienado...*, o. cit., p. 50.

320 Ib.

321 Ib., p. 51.

322 Ib.

323 Etchepare, o. cit., p. 321.

324 «[E]l crimen y la epilepsia son dos fenómenos inseparables y el segundo no es sino la explicación del primero. No todos los epilépticos son criminales, pero en el fondo de cada criminal vive un epiléptico» (Lorenzo VICENS THIEVENT, *El crimen y la epilepsia*, San José, Talleres La Mañana, 1913, pp. 25-26).

En algunos casos, como vimos, los médicos consideraron que la epilepsia podía ser la puerta de entrada a otro tipo de manifestaciones psiquiátricas como manías o parálisis. Sin embargo, las parálisis también eran una manifestación psiquiátrica en sí misma que podía tener dos variantes: la congénita y la que se manifestaba a consecuencia de la neuropatía de la persona. En el apartado que sigue, nos ocuparemos de la primera.

Parálisis

En 1822, Antoine Laurent Bayle distinguió la parálisis general progresiva como una manifestación avanzada de la sífilis terciaria. Si bien los microorganismos causantes de la sífilis aún no se habían descubierto, se comenzó a vincular esta enfermedad con causas neurológicas que provocaban parálisis, pero también estados eufóricos. El análisis en pacientes sifilíticos fue clave en el desarrollo de la anatomía patológica y en el estudio de los trastornos neurológicos. De todos modos, la parálisis era, en su forma más frecuente, de origen sifilítico, aunque no siempre dependía de esta: «La sífilis es así causa a menudo necesaria, pero no siempre suficiente».³²⁵ La causa más común de la parálisis, como había demostrado Magnan, era la encefalitis generalizada por infección que, en muchos casos, se debía a atrofias cerebrales hereditarias.

Por lo general, los paralíticos eran proclives a las hemorragias, ya que «se presume que todos los vasos sanguíneos de la economía están dilatados; se adivina que todos los órganos tienen más sangre que la que acostumbran tener», lo que generaba hematomas, muchas veces internos y cerebrales, que provocaban una meníngeo-encefalitis y, por ende, la muerte.³²⁶ De ahí que, como señalaba Paysée, la mortalidad en esos cuadros fuera mayor que en otros. Lo que hoy llamaríamos aneurisma o hemorragia cerebral, que, en la mayor parte de los casos, generaba una atrofia o parálisis total de una parte del cuerpo o de todos los músculos motores, era considerada, durante este período, como una enfermedad de tipo psiquiátrico. Sin embargo, la parálisis no dependía solo de causas congénitas. Otro motivo para la parálisis general o parcial era la ingesta excesiva de alcohol.

Además de la parálisis, otro rasgo característico de la mayoría de los paralíticos era la «pérdida de emotividad». Etchepare se refirió al caso de una enferma que se mostró indiferente cuando escuchó que los médicos le decían que «es parálisis general», pronóstico que «conoce [...], puesto que una hermana murió id. [sic].»³²⁷ En ese sentido, la ausencia de «moralidad» y de conciencia sobre su

325 Camilo PAYSÉE, «Sobre el tratamiento de la parálisis general. Notas recogidas en la clínica psiquiátrica a cargo del doctor Bernardo Etchepare», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. xv, Montevideo, 1913, p. 94.

326 *Ib.*, p. 96.

327 «Manicomio Nacional. Diagnóstico precoz de la parálisis general. Lección clínica del Dr. B. Etchepare recogida por el interno N. Saitone», en *Revista de los Hospitales*, año 1, n.º 2, Montevideo, agosto de 1908, p. 38.

situación no distanciaba a los paralíticos de otros enfermos psiquiátricos. «Que hay pérdida de la afectividad lo demuestra la manera cómo se expresa respecto de su marido y de su hijo: nada les importa de ellos.» Esta frase resume, en alguna medida, la preocupación de los médicos sobre la función social y biológica de la mujer, y la centralidad atribuida a las familias como célula básica de la sociedad.

Según Etchepare, en notas recogidas por el bachiller José May,

La psicología de los paralíticos general [sic] puede reconocerse por las siguientes alteraciones, que constituyen una tetriada [sic] [...] [con] debilitamiento progresivo de la autocrítica, [...] debilitamiento de la atención voluntaria y de la dirección del pensamiento, [...] dismnesia progresiva, hasta la amnesia [...] [y] debilitamiento progresivo de la afectividad.³²⁸

El debilitamiento del pensamiento también provocaba que la mayoría de los paralíticos no recordara datos elementales como nombre y edad.

También era posible hablar de una forma de parálisis de tipo «delirante», que algunos autores de la época llamaban «demencia paralítica» y que incluía distintos grados de «euforia y optimismo exagerado», megalomanía «con ideas de grandeza, ideas de poder, ideas de divinidad, el sujeto creyéndose un Dios con poder ilimitado». Incluso, aspecto interesante, Etchepare asociaba algunos cuadros de delirios paralíticos con los reclamos de los obreros contra sus patrones que se iniciaban por «aumento de sueldo» y finalizaban «en proporción, hasta el gran delirio de grandeza». El reclamo de mejoras salariales se debía, según el médico, por la necesidad del paralítico delirante de «tener riquezas, cantidad enorme de dinero, palacios, edificios, etcétera».³²⁹

Podríamos preguntar cuál era la causa etiológica que provocaba el inicio de una parálisis general. Según Etchepare, podía comenzar como consecuencia de una «demencia simple, por un debilitamiento intelectual insidioso», pero también por estados delirantes, algunas veces acompañados de ataques epilépticos. «Puede empezar también por un estado neurasténico o histeriforme, o maniaco, melancólico.»³³⁰ También se podía dar por causas orgánicas asociadas a malformaciones cerebrales o a ictus «apoplejiformes, epileptiformes, afásicos», que no siempre se diferenciaban, pero se caracterizaban por ser violentos y provocar hemorragias.

El tratamiento era un problema para los paralíticos, ya que se realizaba a base de mercurio o yodo, que, según la interpretación de la época, lesionaba el cerebro, conducía a la demencia y profundizaba la parálisis. Para Paysée, «en el ambiente de nuestra clínica psiquiátrica esta cuestión tiene ya toda la autoridad de la “cosa juzgada”», por lo que los paralíticos y sifilíticos no sufrían más las intoxicaciones provocadas en el tratamiento. En el manicomio, «todo tratamiento medicamentoso es dejado de lado» a favor de «la higiene en todos sus matices» que

328 «Parálisis general. Sintomatología psíquica. Lección recogida por J[osé] May. Dr. Bernardo Etchepare», en *Revista de los Hospitales*, t. IV, n.º 3, Montevideo, abril de 1911, p. 122.

329 *Ib.*, pp. 126-127.

330 «Manicomio Nacional. Diagnóstico precoz de la parálisis general...», o. cit., p. 40.

Tiende a provocar el desiderátum que desea Dupré en la terapéutica de los paralíticos generales; esto es, tratar de provocar remisiones consoladoras, evitar las infinitas y probables complicaciones, e impedir las nefastas consecuencias sociales que la dolencia paralítica quiere producir a cada instante.³³¹

En 1917, el austríaco Julius Wagner-Jauregg descubrió un método eficiente para el tratamiento de la parálisis general a través de la aplicación del *shock* insulínico y el electrochoque.

Las demencias

El médico uruguayo más destacado en el estudio de las llamadas demencias fue Etchepare. Si bien no fue el único especialista en este tipo de enfermedades, sus estudios sobre las demencias y sobre la idiocia hacen de este profesional la referencia científica ineludible a comienzos del siglo XX.

En sucesivos artículos, Etchepare se dedicó a estudiar las demencias que eran consideradas parte del repertorio de psicopatologías que, a diferencia de otro tipo de afecciones, eran un proceso pasivo, irreversible, que convertía al enfermo en un paciente crónico.

La preocupación de Etchepare no pasó solo por el estudio de casos clínicos que involucraban ancianos, sino también por el de manifestaciones demenciales complejas. Así, estudió la llamada «demencia precoz», que ocurría a edades tempranas y que, por lo general, tenía un origen etiológico orgánico.³³² Tal fue el caso de «A. M., uruguaya, 29 años, casada, labores, entrada al manicomio el 11 de octubre de 1902», quien desarrolló una demencia precoz como consecuencia de una «infección puerperal», aunque también

Hay alguna herencia directa y colateral, pero en todo caso creo que la enferma no ha presentado síntomas físicos ni psíquicos de degeneración, lo que me da la convicción de que su herencia no ha sido bastante grave como para originar una afección mucho más grave; en este caso, la infección tiene una importancia por lo menos tan grande como la herencia.³³³

La demencia, pese a ser considerada una enfermedad psiquiátrica, tenía, para los médicos organicistas, un síntoma novedoso: no encontraban, al analizar los cadáveres de los enfermos, lesiones cerebrales de envergadura, en especial entre la población más joven. Según Etchepare, «las pocas autopsias publicadas de dementes precoces, hasta hace poco, solo demostraron lesiones banales y que se presentan en muchas psicosis».³³⁴ La demencia precoz se caracterizaba por:

331 Paysée, o. cit., p. 95.

332 Fue Morel el primero en referirse a la «demencia precoz».

333 Bernardo ETCHEPARE, «Sobre dos casos de demencia precoz», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. VI, Montevideo, 1904, p. 424.

334 *Ib.*, p. 425.

Un debilitamiento intelectual primario, de aparición rápida, que pasa por fases desiguales de excitación y depresión, con o sin ideas delirantes, de sistematización poco acentuada o nula, y presentando, además, alteraciones profundas de la afectividad y de la voluntad, traducida por reacciones especiales.³³⁵

La demencia precoz, para Etchepare, no siempre se caracterizaba por aparecer a edad temprana, sino por la celeridad con la que actuaba. Del mismo modo, no había una definición etiológica para ella y era, además, un caso para el cual Etchepare descartaba la intervención hereditaria y se mostraba partidario de su generación a causa de la «autointoxicación» como consecuencia de una infección generada por otra enfermedad (sífilis, sarampión, escarlatina): un enfermo sífilítico, por ejemplo, podía terminar padeciendo una demencia orgánica.³³⁶

Para Etchepare, este tipo de demencia —la precoz— era la más peligrosa, ya que el enfermo, además de carecer de lesiones orgánicas, no mostraba comportamientos diferentes al de una persona libre de afecciones psiquiátricas. Según su descripción, el primer período de la enfermedad se caracterizaba por un trastorno

De la actividad y sobre todo de la afectividad, que se presentan de manera tan insidiosa por lo general que aún [sic] en la familia del sujeto solo se despierta la idea de que surge una nueva faz del carácter, pero que no acusa la sospecha de una enfermedad.

Sin embargo, tras lo que parece un estado de indocilidad o alteración, se encontraba «un estado demencial de los más graves» y difícil de detectar. Por lo general, esos casos de demencia precoz iniciaban la manía del paciente, que podía derivar en trastornos de conducta de distinto tipo. En los casos estudiados por Etchepare, lo más común eran «odios raros que pueden ser terribles, determinando reacciones que suelen ser criminales».³³⁷

También se podía originar una demencia por senilidad del paciente. Un estudio realizado por el reconocido psiquiatra argentino José Tiburcio Borda se concentró en las características anatomoclínicas de la llamada «demencia senil», «afección mental de la vejez que clínicamente se caracteriza, de un modo fundamental, por la decadencia progresiva de las facultades intelectuales» y, a diferencia de la demencia precoz, por «lesiones cerebrales suficientemente apreciables». En estos casos, la edad «en que se inicia la demencia senil es muy variable según

335 Bernardo ETCHEPARE, «La demencia precoz», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. VII, Montevideo, 1904, p. 261.

336 Etchepare, «Anomalías del sistema nervioso...», en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, vol. VIII, 1905.

, p. 63. Ventura Darder señala que el cuadro clínico descrito por Etchepare luego se pasó a llamar «esquizofrenia [sic]», pese a que el médico uruguayo permaneció firme en mantener el nombre que había propuesto. Horacio GUTIÉRREZ BLANCO, «Bernardo Etchepare», en Horacio GUTIÉRREZ BLANCO (ed.), *Médicos uruguayos ejemplares*, vol. I, Montevideo, Asociación Médica del Uruguay, p. 160.

337 Bernardo ETCHEPARE, «La responsabilidad en los alienados», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. XIV, Montevideo, 1911, p. 63.

los individuos y según las múltiples circunstancias por las cuales ellos han atravesado», pero el acuerdo médico internacional establecía que pasados los 60 años de edad el enfermo podía ser considerado un senil, «límite entre el fin de la edad madura y el comienzo de la decrepitud orgánica general en el hombre». Fuera de la edad, otros factores que incidían en este tipo de demencia y que, por lo general, finalizaban con un cuadro de demencia senil eran «herencia, predisposición, intoxicaciones, autointoxicaciones, infecciones diversas». Por eso, y ante el proceso de estudio de sus causas, algunos autores opinaban que la demencia senil era una afección cerebral orgánica más, pero que se desarrollaba «en la época de la vejez independientemente del factor edad».³³⁸

Podía presentar dos variantes: la demencia simple, que alteraba las facultades intelectuales y motoras, y la demencia «bajo la forma delirante», que, además de limitar el intelecto y los movimientos, se acompañaba de manía, paranoias y cuadros melancólicos. No siempre era un proceso repentino, sino que el enfermo ingresaba al estado demencial paulatinamente, con «focos de desintegración cerebral» que la tornaban «incurable».³³⁹ La discusión pasaba por establecer cuándo el comportamiento del enfermo mostraba un cuadro maniaco y cuándo era propio del estado demenciado.

Neurosis

El término *neurosis* fue desarrollado por el escocés William Cullen a fines del siglo XVIII para englobar todos los trastornos sensoriales y motores causados por alguna afección del sistema nervioso. Desde su origen, se lo emparentó con un heterogéneo conjunto de trastornos mentales que incluían obsesiones, actitudes de excentricidad, manifestaciones de nerviosismo, etcétera. Lo característico de una neurosis era que su presencia no siempre se vinculaba con una lesión orgánica evidente. La división más generalizada de las neurosis las diferenciaba de las manifestaciones del histerismo y las manías, aunque todas las escuelas psiquiátricas del mundo discutieron durante la época la distinción entre estas afecciones. En las historias médicas que utilizamos, la diferencia entre una neurosis y una manía era muy sutil, y, en ocasiones, parecería que la última sería un estadio superior de la primera.

En 1878, el médico argentino José María Ramos Mejía (uno de los psiquiatras más influyentes en el Río de la Plata) sostuvo que por neurosis era posible entender «desde la simple pobreza de espíritu o la extravagancia poco acentuada de un carácter, comúnmente inapreciable para un ojo profano, hasta las más

338 José T. BORDA, «Estudio anátomo-clínico de la demencia senil», en *Revista de los Hospitales*, año III, t. III, n.º 26, Montevideo, noviembre de 1910, p. 288.

339 *Ib.*, pp. 288-289.

profundas y terribles perturbaciones de la inteligencia humana».³⁴⁰ Asimismo, planteó que los hombres y mujeres neuróticos eran «seres híbridos», ya que no siempre mostraban síntomas psicopatológicos evidentes. Sin embargo, al analizar caso a caso, era posible ver que mostraban una «curiosa manera de ser del espíritu» que

Tiene sus modos especiales y caprichosos de manifestarse [...] sin concepciones delirantes, sin alucinaciones que la justifiquen, cometen casi automáticamente actos ridículos, irracionales, extravagantes y hasta agresivos, con una tranquilidad, con una impudencia que solo explica un estado de desequilibrio mental.

Pero no había ningún fenómeno fisiológico, sino lo que Ramos Mejía llamaba «desigualdades de carácter bajo el punto de vista moral». Los neuróticos constituían «una clase de seres aparte, verdaderos “mestizos” intelectuales que tienen mucho de loco pero que también poseen algo de hombre razonable, o bien del uno y del otro en grados diversos».³⁴¹ El descubrimiento de esos nuevos cuadros supuso «una renovación en las representaciones de diversos trastornos subjetivos, la aparición de otro tipo de demandas y, en fin, la entrada en escena del neurótico, un actor que llega para quedarse definitivamente».³⁴²

Las neurosis podían ser de dos tipos: en primer lugar, los tics, muecas «que son producidas por ligeras convulsiones de los diferentes músculos de los párpados, de los labios, etc.», y, en segundo lugar, las manías, «que a menudo atribuimos a distracciones, preocupaciones de espíritu, etc.». Las del primer tipo estaban ligadas con las segundas por «una solidaridad mórbida indudable y probada», y las de la «primera categoría pueden por vía de herencia transformarse en accidentes puramente morales, como muy frecuente sucede».³⁴³ Las neurosis se emparentaban con la moral, por lo que los médicos prestaban más atención a los comportamientos que a los aspectos biológicos.

Los médicos locales, si bien tomaron aspectos del concepto —y estaban muy actualizados en materia bibliográfica—, hicieron un uso mayor de la división más frecuente de las neurosis, dentro de la cual incorporaron —de acuerdo a la incipiente escuela psicológica— a la *histeria*.

340 José María RAMOS MEJÍA, *Las neurosis de los hombres célebres en la historia argentina*, Buenos Aires, La Cultura Argentina, 1915, p. 103.

341 *Ib.*, p. 114.

342 Hugo VEZZETTI, *Aventuras de Freud en el país de los argentinos. De José Ingenieros a Enrique Pichon Rivière*, Buenos Aires, Paidós, 1996, p. 30.

343 Ramos MEJÍA, o. cit., p. 109.

Histeria

La histeria era definida durante el período como una afección que se manifestaba a través de distintos trastornos físicos (parálisis, ceguera) o conductuales. Los médicos del período consideraban que, en ocasiones, el paciente podía manifestar una disociación de la realidad, pero, por lo general, esta tenía lugar mientras duraba el período histérico y no después. Por eso, era considerada una afección que, tratada a tiempo, era reversible. Los síntomas histéricos, de naturaleza física o psíquica, se manifestaban con un aspecto paroxístico, intermitente o duradero. La numerosa cantidad de artículos destinados a estudiar sus características y su sintomatología da cuenta de que la histeria era una de las enfermedades mentales que despertaba mayor preocupación entre los primeros psiquiatras locales.

En 1859, el médico Pierre Briquet relacionó la histeria con una manifestación del encéfalo femenino que provocaba la constitución débil de la mujer y una mayor sensibilidad que la tornaban impresionable.³⁴⁴ Esa relación entre mujeres e histeria se profundizó más aún con los trabajos de Charcot, quien se dedicó a estudiar numerosos casos clínicos de mujeres supuestamente aquejadas de histeria.

De lo que no se dio cuenta —sus críticos no fueron tan crédulos— era que los comportamientos que mostraban sus histéricas predilectas, jóvenes obreras que ahora se habían vuelto «estrellas», lejos de ser fenómenos objetivos adecuados a la investigación científica eran en realidad artefactos producidos en el interior de la sobrecargada atmósfera teatral de la Salpêtrière.³⁴⁵

Como lo señala Hugo Vezzetti para el caso argentino, la recepción de Charcot también resultó fundamental para que varios de los médicos del período comenzaran a discutir un cambio en la nosografía psiquiátrica al incorporar un tipo de enfermedad que no necesariamente respondía a una lesión orgánica.³⁴⁶

En el caso uruguayo, las referencias son, en su mayoría, de los últimos años del siglo XIX y de comienzos del xx. En 1906, el médico uruguayo Juan Carlos Dighiero envió una nota a la *Revista Médica del Uruguay* desde París en la que resumió algunas de las ideas más importantes sobre la histeria. La definición aportada por Dighiero sintetizó las consideraciones planteadas por los médicos uruguayos que habían tratado con histéricos e histéricas, lo que muestra la sintonía de la medicina local con las corrientes científicas imperantes en Europa.

La histeria era:

Una neurosis provocada por agentes diversos (traumatismos, infecciones, intoxicaciones, emociones, etc.) y que se manifiesta por síntomas fijos, estigmas,

344 Alain CORBIN y Michelle PERROT, «Entre bastidores», en *Historia de la vida privada. De la Revolución Francesa a la Primera Guerra Mundial*, vol. IV, Madrid, Taurus, 2001, p. 539.

345 PORTER, o. cit., pp. 178-179.

346 VEZZETTI, o. cit., p. 31.

que el enfermo ignora generalmente, y por síntomas móviles, accidentes que serían pasajeros y susceptibles de substituirse unos a otros.³⁴⁷

Los estigmas o síntomas fijos eran: anestesia faríngea, hemianestesia sensitivo-sensorial (anestesia al tacto, anestesia al dolor, anestesia al frío), perturbación del sentido muscular, estrechamiento del campo visual, discromatopsia, poliopía monocular, micropsia, macropsia, perturbación o abolición del gusto de uno o ambos lados de la lengua, anosmia unilateral y sordera. A estos se sumaban los estigmas móviles «provocados muchas veces por causas mínimas, como ser la emoción, que aparecerían y desaparecerían fácilmente y que podrían substituirse unos a otros». Ese «campo de los estigmas móviles, accidentes, es vastísimo», ya que «la histeria puede simular todo». Entre los principales accidentes atribuidos a la histeria, Dighiero destacó todo tipo de parálisis, contracturas, temblores, trastornos cutáneos, «trastornos viscerales» («cardíacos, palpitaciones, falsa angina de pecho»), pulmonares, gastrointestinales («úlceras», «hematemesis», «diarrea», «constipación», «anorexia») y renales, fiebres y una inespecífica categoría para los «trastornos mentales». En todos los casos, y siguiendo la definición del neurólogo francés Joseph Babinski, el médico debía ser muy cauteloso al tratar esos estigmas, ya que el enfermo estaba «predispuesto a autosugestionarse» ante «la más leve indicación del médico [que] produce el síntoma indicado».³⁴⁸

Otro estigma pasajero, pero que rozaba la manía, era el llamado «síntoma de [Sigbert] Ganser», descrito en 1897, que consistía en la incapacidad del enfermo para responder «sino de la manera más absurda imaginable a la pregunta que se le formula por mucha que sea la sencillez de esta, aunque la forma de la respuesta denote que ha comprendido bien el significado de la frase interrogadora». Etchepare observó un caso así en el manicomio al examinar la situación de «F. O., uruguaya, soltera, labores», quien ingresó al establecimiento «el día 18 de octubre de 1906 en un estado de excitación».³⁴⁹

En el comienzo del análisis, los médicos insistieron en que el cerebro histerico no estaba enfermo aunque ciertas regiones eran sede de una actividad anormal. Por ejemplo, César A. Díaz, integrante del servicio de Francisco Soca (desconocemos si se trataba de un médico o de un estudiante), planteó, a tono con las corrientes científicas imperantes, la idea de «zonas histerógenas». El ejemplo utilizado por Díaz era el de «Leticia C. de 16 años de edad, soltera, uruguaya y domiciliada en esta ciudad», quien sentía dolor ante «la compresión moderada del ovario izquierdo», pero se reía ante la presión aplicada en el lado derecho, mientras «la compresión de una zona situada debajo del surco tóraco-mamario de los dos lados, y comprendiendo solamente tres o cuatro centímetros cuadrados, origina un ataque de risa fatigante, más intensa del lado derecho que

347 Carlos DIGHIRO, «Cartas de París. Nuevas ideas sobre la histeria», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. IX, Montevideo, 1906, p. 275.

348 *Ib.*, p. 277.

349 Bernardo ETCHEPARE, «Histeria y síntoma de Ganser», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. XI, Montevideo, 1908, p. 393.

del izquierdo».³⁵⁰ Para Díaz, la risa era una manifestación histérica que podía ser interpretada como la histeria o como una risa precedente a un ataque. La misma posición sobre las zonas histerógenas tuvo Joaquín de Salterain, médico que logró que una mujer recuperara la visión luego de realizar una «compresión enérgica de la región ovárica».³⁵¹

Hacia comienzos del siglo XX, fueron dando paso a la idea según la cual las manifestaciones histéricas no siempre tenían un origen orgánico e, incluso, se producían por motivos no siempre conscientes. Esto fue consecuencia de la difusión de un crítico de Charcot, el médico francés Hippolyte Bernheim, quien sostuvo que la histeria era una manifestación de la autosugestión. Lo que no modificó fue el rol de la mujer, que comenzó a ser considerada más sugestionable que el hombre.

La sugestión era la presión que un agente exterior ejercía sobre otra persona por medio de ideas y emociones. En ese sentido, las causas «morales» también cumplieron una función determinante en los análisis clínicos.

En 1898, el médico oftalmólogo Joaquín de Salterain atendió a una joven de 22 años completamente ciega. Para el médico, la ceguera era una manifestación histérica, que había tenido lugar por «la influencia de las grandes emociones morales». Lo que la ceguera explicaba era

La influencia que ha ejercido el miedo, el temor, el pánico; en una palabra, los grandes traumatismos morales que, si no destruyen los tejidos en su constitución íntima y molecular, perturban su funcionalidad y alteran el equilibrio cuando el terreno se presta para no resistir al choque de aquellos agentes.³⁵²

De acuerdo a esta visión, «la amaurosis histérica» no era «una afección duradera», sino que, como todas las manifestaciones histéricas, era posible tratarla a través de «la persuasión, la sugestión, o la influencia moral y no por los medios de otro orden».³⁵³ Pese a las causas morales, el mismo médico destacó la presencia de elementos físicos y hereditarios que podrían explicar la proclividad de la joven hacia las manifestaciones histéricas. El médico procedió a realizarle un examen físico a la mujer, a quien consideró «de aspecto enfermizo» que se combinaba con la «mezcla indudable del consorcio de varias razas de caracteres distintos».³⁵⁴

Jacinto de León, médico uruguayo especializado en neurología, planteó la conveniencia del estudio del histerismo, ya que entre sus manifestaciones se encontraba la simulación «de las enfermedades orgánicas». Según este médico,

350 César A. DÍAZ, «Histeria-Zonas generadoras de la risa», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. X, Montevideo, 1907, pp. 252-253.

351 Joaquín De SALTERAIN, «Amaurosis histérica doble», en *Revista Médica del Uruguay*, año 2, vol. X, Montevideo, 1899, p. 104.

352 *Ib.*, p. 103.

353 *Ib.*

354 *Ib.*, pp. 103-104.

La neurosis se asocia a la enfermedad orgánica, esta provoca y alimenta a aquella, y si no se procede con un tacto especial combatiendo convenientemente al mismo tiempo las dos afecciones, sin contribuir a ninguna, no es posible la curación de ninguna de las dos enfermedades.³⁵⁵

Para los primeros psiquiatras, las causas de la histeria podían ser materiales o físicas, «por ejemplo, una caída de a caballo, que produce una hemiplejía [sic] histero-traumática [sic]», o de carácter «moral, psíquico», como ser:

Un susto, una pesadilla que turba el sueño y desequilibra el estado mental, y provoca lo mismo que aquél [sic], ora una parálisis, ora una contractura, una anestesia generalmente segmentaria, algias diversas, un temblor rítmico, una amenorrea tenaz, una afasia absoluta, una ambliopía repentina [y] [...] otras muchas manifestaciones, teniendo todas un fondo común, que permite diagnosticarlas, a condición de saberle descubrir en los diversos y muy variados casos.³⁵⁶

En otros casos, la histeria se podía despertar por una idea fija que no alcanzaba el grado de manía, pero provocaba trastornos en el comportamiento. Es el caso de una mujer que no orinaba, tratada por el médico Pablo Scremini. Al analizar la historia clínica, el profesional responsabilizó a la familia porque, debido a problemas renales de todos sus integrantes, medían «su orina de las 24 horas, y cada vez que esta descendía de su volumen normal, se producía la alarma consiguiente». Por lo que la «enferma vivía por así decir en un ambiente renal (permítaseme la palabra)». Lo que «grabó el síntoma más aparente, el más ostensible, la disminución de la cantidad de orina, e hizo una oliguria histérica».³⁵⁷ El problema de las ideas fijas, para lo cual los médicos debían dialogar con los pacientes, era fundamental para determinar la naturaleza de la afección.

Una situación similar a la relatada por Scremini atendió el médico A. J. Aguerre, quien trató a una mujer de 22 años que no controlaba los movimientos de su brazo izquierdo. Para saber el porqué de ese tic, le preguntó «a la enferma si había visto a alguien con alguna enfermedad análoga» y la joven «respondió que, constantemente, ella y una amiga solían desde el balcón reírse de un pasante que al caminar hacía toda clase de muecas y contorsiones, habiendo más de una vez ella llegado a temer el tener algo parecido».³⁵⁸

En las historias clínicas citadas y en otras que utilizamos, es significativo que las pacientes evaluadas y curadas fueran mujeres. A eso se agrega que se las consideraba más impresionables ante distintas situaciones, por lo que las ideas fijas tenían un terreno más fértil que en los hombres. Esto asociaba, por ejemplo,

355 Jacinto De LEÓN, «Sobre un segundo caso de histerismo traumático (Pithiatismo)», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. IX, Montevideo, 1906, p. 39.

356 *Ib.*, pp. 39-40.

357 Pablo SCREMINI, «Un caso de oliguria histérica», en *Revista Médica del Uruguay*, año 2, vol. X, Montevideo, 1899, pp. 314-315.

358 A. J. AGUERRE, «Un caso de tic del brazo de naturaleza histérica», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. VI, Montevideo, 1904, pp. 181-182. Otro ejemplo: Jacinto De LEÓN, «Un caso de histero-traumatismo: cura maravillosa», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. VIII, Montevideo, 1905.

la menstruación con la histeria. La relación entre locura y menstruación, como señaló Etchepare, no estaba probada e, incluso, su asociación carecía de sentido.

Todo se ha dicho: que la menstruación es causa de la locura, que su supresión también lo es, que su reaparición cura la alienación, que su desaparición durante el embarazo puede curar algunas formas mentales; que el flujo menstrual calma la excitación, que la exacerba, en fin, todas las opiniones más contradictorias han hecho aparición en este terreno. Hasta se ha llegado a afirmar que el estado menstrual de una mujer puede tener una influencia bizarra, misteriosa, sobre otra mujer.

Esto llevaba a que «la mayor parte de los médicos» no pudieran «desprenderse de las ideas comunes a las gentes de que la supresión del menstuo es un peligro, un mal real, y que debe evitarse a todo precio ese mal con precauciones de todo género».³⁵⁹ A su vez, facilitaba la relación entre la menstruación o su ausencia y algún tipo de enfermedad y permitía el desarrollo de manifestaciones histéricas.

Una mujer puede sufrir, tener dismenorrea, y naturalmente no está contenta, pero no por eso hay que definir ese estado con el nombre de melancolía. Del mismo modo una mujer nerviosa o predispuesta puede tener cierto grado de excitación que nada tiene de particular, pero de eso a una manía va [una] distancia.³⁶⁰

En algunas historias clínicas, la distinción entre una manifestación histérica y una manía era muy sutil, e, incluso, algunos médicos indicaron que la primera podía conducir a la segunda. Tal es el caso de Violeta Rocha, de 16 años, tratada por Francisco Soca en 1903. Sin antecedentes hereditarios evidentes, pero tampoco claros, la joven huérfana había sido criada por un padrino, «sujeto alcoholista (forma agresiva) de quien ha recibido grandes sustos y castigos con *arreador*». En sus ataques, la mujer convulsionaba, arrojaba espuma sanguinolenta o «daba grandes gritos de terror, pues en su delirio veía víboras y arañas que iban contra ella». Además, mostraba un comportamiento «irascible» que la llevaba a «castigar sin motivo a los niños» o «a todo el que se le presentaba por delante». Para Soca, la mujer había empezado con una manifestación histérica que derivó en una manía persecutoria con alucinaciones, para finalizar con una parálisis en la pierna izquierda e «imposibilidad para hablar».³⁶¹

El último caso expresa que no siempre las manifestaciones histéricas eran tan inofensivas. Algunas formas de comportamiento que lindaban con la manía y los delirios podían generar severas perturbaciones en el orden público, ya que en un ataque histérico el paciente no siempre era consciente de su comportamiento.

359 Bernardo Etchepare, «La menstruación en las alienadas», en *Revista Médica del Uruguay*, 1904, vol. VII, Montevideo, p. 459.

360 *Ib.*, p. 466.

361 MHN, «Sala “San José” n.º 24. Violeta Rocha, 16 años, oriental, soltera, labradora. Viene de Rivera. Octubre de 1903», en *Papeles del doctor Francisco Soca. Anotaciones y testimonios de carácter científico. Copia de trabajos sobre temas de Medicina*, carpeta n.º 1863. Destacado en el original.

Un caso relatado por el psiquiatra Camilo Paysée es elocuente en ese sentido, ya que trataba sobre «una fuga histérica» protagonizada por un adolescente que no recordaba nada sobre el comportamiento que había tenido horas antes. El protagonista del caso, de 13 años, estuvo desaparecido de su casa durante cuatro horas hasta que fue detenido por un policía que lo «castigaba con ahínco, dirigiéndole toda clase de reproches con gruesas palabras». Conducido hacia la comisaría, «el niño, me dice la hermana, “hizo como si se despertara, se restregó los ojos” y después, preguntó, “con todo sentido”, cómo estaba ella allí, de dónde venían, dónde lo había encontrado, qué había hecho, etc.». El médico procedió al examen y concluyó:

Que me hallaba frente a un sujeto en perfecto estado de inconsciencia, que solo respondía con monosílabos, contestando que ignoraba cuanto [sic] había pasado en la tarde, que no me reconocía absolutamente (a pesar de que hacía ya varios meses que estaba bajo mi asistencia), que tampoco reconocía a un cierto viejo amigo de la casa que estaba allí presente, que no sabía dar ningún dato sobre su persona, ni sobre nada de lo que lo rodeaba.³⁶²

El profesional transcribió el relato de lo que el joven había vivido en su estado de inconsciencia en un artículo de la *Revista Médica*. Según su propio relato, el paciente histérico, pero aquejado por una manía persecutoria, se encontraba «en la cocina de su casa, con varias personas de su familia», cuando «tuvo de repente una alucinación: un hombre, cuyo traje y ademanes me señala, que esgrimía en su diestra un fornido garrote, y con toda la actitud de querer darle un palo. Asustado, va a su cuarto, se pone su blusa y su sombrero, y dispara hacia la calle». Comenzó a correr sin parar; primero, atropelló a «un vendedor ambulante de vasijas de hojalata», luego, a unos peones que se encontraban trabajando en «las obras que para las aguas corrientes del Cerro hace una empresa», hasta que finalmente se metió «en una pieza donde una buena vieja hacía su tarea», «lo que obliga a la vieja a armarse un bastón para defenderse del incómodo visitante».³⁶³ De esto, Paysée infirió que se encontraba ante un histérico con «fobias de la muerte» e «ideas de persecución, sin ninguna sistematización».

Reviste interés asimismo el análisis de las causas hereditarias pero también sociales que habían provocado la enfermedad en esta persona. El alcoholismo del padre o el «nerviosismo» de la madre no eran causal suficiente, y el médico se detuvo en un aspecto curioso del medio social que nos habla, antes que del enfermo, del profesional. «Hay en la familia», decía, «un dato» que «nos demuestra el medio ambiente, la herencia, la educación, el ejemplo vividos por nuestro enfermo en su niñez. Hubo en estos ascendientes un caso de bigamia».³⁶⁴ Se refería a que la madre se casó en España y emigró a América, donde nuevamente contrajo matrimonio, pero no disolvió el enlace europeo.

362 Camilo PAYSÉE, «Una fuga histérica», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. XIII, Montevideo, 1910, pp. 414-415.

363 *Ib.*, p. 415.

364 *Ib.*, p. 417.

El medio social era clave en la interpretación sobre diversas manifestaciones histéricas. En 1910, Santín Carlos Rossi presentó un caso de «histero-traumatismo», consecuencia, entre otras cosas, del abuso de alcohol y drogas. La paciente, una bailarina de café concert (cuyo caso veremos más adelante en profundidad), mostraba episodios amnésicos selectivos: «Por ejemplo, sabe su edad, su profesión, su familia; pero ignora la provincia en que nació y la ciudad en que se halla, la fecha en que vino, el teatro en que trabajó», que Rossi interpretó como manifestaciones histéricas.³⁶⁵ Si bien los antecedentes eran confusos, la paciente no parecía tener parientes directos con alguna manifestación psicopática. Por el contrario, creía Rossi, la ingesta permanente de alcohol y drogas habían provocado primero la histeria y luego las diferentes manías persecutorias.

Manía

Podríamos preguntarnos qué era ser un *maniaco* en el siglo XIX. La *manía* estaba comprendida en la *paranoia*, enfermedad definida en 1818 por Johann Henrioth, profesor de Medicina en la Universidad de Leipzig. Entre sus síntomas, presentaba la fijación permanente en una idea o en un conjunto de ideas, y de ahí su cercanía con la histeria. No obstante, era una definición tan extensa que podía abarcar diferentes tipos de alteración psiquiátrica.

De forma paralela a la obra de Henrioth, el francés Esquirol, a la postre de mayor renombre que su colega sajón, propuso la categoría de *monomanía*, aplicada a sujetos con ideas fijas, pero cuyo relato mantenía cierta lógica interna. El psiquiatra francés desarrolló el concepto para referirse a algunas formas «parciales» de locura que se identificaban con trastornos afectivos, en particular, los que involucraban la *paranoia* o los delirios persecutorios. El maniaco mostraba algunas características evidentes: por un lado, la multiplicidad de ideas delirantes; por otro, la ausencia de alucinaciones y la coherencia en el relato, que podían evolucionar en función de las circunstancias o del tiempo, lo que llevaba a los médicos a plantear que tenían cierta relación con el entorno, y, por último, la incurabilidad de la afección, que podía culminar en una demencia terminal, característica en la que coincidían los profesionales. Aunque había diferencias en los enfoques de los médicos europeos y americanos, también coincidencias, en la medida en que todas las enfermedades llamadas mentales se manifestaban a través de distintos tipos de manías.

En los orígenes de la asistencia psiquiátrica en Uruguay, los maníacos eran considerados seres inofensivos que «pueden ser dejados en completa libertad, sus actos siendo por lo común más excéntricos que perjudiciales, y su necesidad

365 Santín C. Rossi, «Un caso de histero-traumatismo, desequilibrio mental y toxicomanía». Comunicación leída en la Sociedad de Medicina de Montevideo, en sesión de 28 de diciembre de 1910 por el bachiller Santín C. Rossi», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. XIII, Montevideo, 1910, p. 422.

de actividad desordenada en una indicación que es preciso respetar en la medida mayor posible». ³⁶⁶ Pero, 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.

En 1881, el médico legista Juan Héguy los describió como aquellos enfermos cuyo comportamiento se caracterizaba por una «impulsión violenta de la que el individuo tiene conciencia, pero que, a pesar de todos sus esfuerzos y del horror que esa impulsión le inspira, lo arrastra a cometer actos criminales», como el homicidio, el suicidio, la «pyromanía [sic]» o «la ninfomanía». ³⁶⁷ En el mismo período, Ángel Canaveris definió los distintos tipos de manía existentes: erótica, con excitación, con delirio, razonada, con estupor, con alucinación, impulsiva, intermitente, circular, suicida, religiosa, exótica, de delirio asténico, parálisis general progresiva, melancolía (estuporosa, lipemaniaca, con alucinación, con hipocondría), lo que da cuenta de la amplia gama de variables maníacas existentes, aunque todas se concentraban bajo un mismo tipo de enfermedad con distintas manifestaciones. ³⁶⁸ Sin embargo, es también reflejo de que dentro de la categoría de manía podía entrar una amplia variedad de formas de comportamiento y de conducta no siempre asociadas con una psicopatía.

Por ejemplo, el preso Macario Estevan [sic] Sayes, español de treinta y dos años, responsable de herir, en 1895, a cuatro personas y de asesinar de dos puñaladas a un cabo de policía, mostró, según la pericia realizada por el médico Florentino Felippone, un comportamiento maniático. Ante el médico, se presentó «en continuo estado de agitación y extravío», «moviendo continuamente las manos y sin alzar jamás la vista a la persona que le hablaba». Asimismo, y como un síntoma general de este tipo de afección, «contestaba erróneamente a muchas preguntas» o brindaba información inexacta, como, por ejemplo, varios nombres «porque la tierra le obligaba a ello varias veces por día». También «tenía alucinaciones de la vista y del oído, viendo mujeres y hombres que le dirigían palabras que no se atrevía a repetir por considerarlas obscenas o demasiado hirientes», «le pasaban cueros con aceite caliente por la cara» o «le echaban veneno en la comida, pero que a pesar de eso comía, porque ya había muerto, resucitando después». El facultativo concluyó que Sayes era «una víctima del delirio, perseguido por las creaciones anormales de su imaginación enferma y por cuantos objetos lo rodean», que lo tornaban un hombre peligroso que «mata para defenderse de peligros que para el [sic] son reales y huye por la misma causa». Finalizaba el médico sosteniendo que el preso mostraba el «delirio sistematizado de los degenerados hereditarios, bajo la forma de manía de las persecuciones, siendo los

366 MHN, o. cit., t. 1436, fs. 36, 37.

367 «Monomanía suicida y homicida. Informe médico-legal, por el Dr. Juan L. Héguy [24 de marzo de 1881]», en *La Gaceta de Medicina y Farmacia*, año 1, n.º 3, Montevideo, 15 de diciembre de 1881, p. 90.

368 Canaveris, o. cit., p. 407.

crímenes por él cometidos, a juicio de los infrascriptos, producto y expresión de dicha manía». ³⁶⁹ Nuevamente, vemos la intervención de la discusión sobre las patologías hereditarias que atravesó todas las enfermedades tratadas durante el período considerado.

En el tratamiento de los maniáticos, también era importante para los médicos determinar cuál era la idea fija o la combinación de ellas. ³⁷⁰ Para desentrañar la idea fija, los médicos entendieron que era fundamental su actuación, ya que, muchas veces, los jueces, a decir de Enrique Castro, podían contribuir a profundizar el cuadro psicótico con preguntas del estilo: «¿Es Ud. muy rico? ¿Tiene Ud. enemigos?», que acentuaban «las dos formas de delirios más comunes, de grandeza y de persecución». ³⁷¹

Además de conocer la idea fija, era imprescindible estudiar los antecedentes familiares y sociales del paciente. A. P., un maniático «paranoide» tratado por Camilo Paysée, mostraba «delirio sistematizado de persecución». El paciente había herido a una persona que supuestamente lo perseguía. En la historia clínica, el médico dejó constancia del episodio que generó la manía en la persona. Según manifestaciones de los hermanos de A., «hubo en realidad un sujeto que, en aquel entonces, tuvo un pequeño altercado con él; pero fue asunto de simples palabras, banal, sin importancia de ninguna especie», pero que había despertado, sin embargo, la idea delirante que perturbó «la tranquilidad de sus días». Entre los maniáticos, «un hecho en realidad simple juega papel de espina irritativa para su cerebro mórbido, que después de provocar, mantiene, y más tarde exacerba a su idea delirante, todo bajo el imperio de su desconfianza y de su susceptibilidad». ³⁷² En este caso, el relacionamiento social había despertado la manía, que también podía ser hereditaria por la afección de los ascendentes o, a decir de Etchepare, «comunicada». El profesional, quien retomaba las ideas hereditarias de Dupré sobre la «familia neuropática», planteó, en más de uno de sus trabajos, que la psicopatía —cuando se trataba de manías— podía comunicarse entre las personas. La misma posición sostuvo Santín Carlos Rossi, para quien «el fondo psicopático del enfermo puede ser el de toda la familia». ³⁷³

Los componentes hereditarios se combinaban con el espacio social que compartían los enfermos que se comunicaban la psicopatía. Un caso, considerado poco frecuente, de «locura comunicada» y «simultánea» fue expuesto por

369 AGN-SJ, Juzgado del Crimen de 2.º Turno, *Macario Estevan Sayes Orduña, por desacato, heridas y muerte de Antonio Borges*, expediente n.º 183, 17 de diciembre de 1895.

370 Hemos estado tentados de buscar una relación entre las «manías religiosas» descriptas a comienzos de siglo y el enfrentamiento de médicos y políticos secularizadores con la Iglesia católica. ¿Por qué los médicos incorporaban a las historias clínicas frases del estilo: «Ha sido siempre sana, ahora tiene fanatismo religioso» o «[la mujer] es católica ferviente al extremo que raya el fanatismo» (Hospital Vilardebó, *Libro de entrada de mujeres 1904-1907*, fs. 129, 191)?

371 MHN, o. cit., t. 1436, f. 160.

372 Camilo PAYSÉE, «Un informe médico legal», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. xv, Montevideo, 1913, pp. 35-36 [el informe data de enero de 1909].

373 Rossi, *El alienado...*, o. cit., p. 16.

Etchepare en la *Revista Médica del Uruguay*. Era la historia de dos hermanas, Adelaida y Diamantina G. de 18 y 14 años respectivamente, «que han vivido siempre juntas, sufriendo las mismas penalidades, teniendo las mismas condiciones de vida». ³⁷⁴ Según el médico, los progenitores no mostraban ningún tipo de psicopatía, pero las cinco hijas, de las cuales Etchepare estudiaba a dos, habían padecido distintas enfermedades: una hermana había muerto de neumonía, otra de crup y la tercera, y al parecer influyente sobre la conducta de las dos pacientes, se había suicidado.

Esta última hermana se escapó hace cuatro años de la casa del padre, con el dinero de este. Era de carácter raro, extravagante, sombrío, no se llevaba bien con su padre, no era nada afectuosa y sin motivo se escapó robando al padre, no pudiendo averiguarse qué clase de vida hizo en Buenos Aires, y al poco tiempo se suicidó. ³⁷⁵

La muerte de la hermana afectó a Diamantina, quien, en los últimos ocho meses, antes de ser llevada al médico, se negó a alimentarse y «se puso muy triste». El padre señaló que «discutía muy frecuentemente con la hermana pretendiendo ordenarle siempre, imponiéndole su voluntad en todo». Al mismo tiempo, «abandonó su tarea, se hizo descuidada, habiendo sido siempre activa y hacía mal la comida». También «hacía gala de su falta de religión» y mostraba una permanente «agitación motriz, iba sin cesar de un lado para otro en la casa, sin detenerse un momento, sin querer explicar su conducta, hasta que por fin manifestó a su padre que se iba a pegar un tiro con un revólver». ³⁷⁶ Adelaida, la hermana mayor, también mostraba una conducta similar, lo que provocó que el padre solicitara el ingreso de las hijas al manicomio.

La internación permitió a Etchepare observar un caso de locura comunicada, con una clara ascendencia de Diamantina en Adelaida. La hermana mayor demostraba manifestaciones psicopáticas que se plasmaban, por ejemplo, en «ideas de hipocondría que la otra no tenía, es decir, que introduce un elemento nuevo y propio en su estado mental común». ³⁷⁷ El médico tratante resolvió, no sin resistencia, la separación de las dos hermanas para «comenzar el tratamiento eficaz, contra lo que opinan algunos autores que no aconsejan el aislamiento para que el delirio se disuelva entre varios enfermos». La situación de ambas hermanas ponía en cuestión el tema de la herencia y llevó al médico a cuestionar, siguiendo al psiquiatra francés Charles Féré, si la locura podía mostrarse en la familia «fuera de toda herencia». ³⁷⁸

374 Bernardo ETCHEPARE, «Locura comunicada entre dos hermanas», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. VII, Montevideo, 1904, p. 408. Varios psiquiatras franceses planteaban, desde fines del siglo XIX, esta idea de la familia neuropática. Véase, por ejemplo: A. MATHIEU, *Neurasthénie*, París, Rueff et Cia. Éditeurs, 1894. Este último libro formaba parte de la biblioteca del manicomio.

375 Etchepare, o. cit., p. 408.

376 Ib., p. 409.

377 Ib., p. 414.

378 Ib., p. 415.

En 1909, publicó un artículo sobre un caso de «locura familiar» «comunicad[a] entre siete personas». La historia clínica se inició con el ingreso al manicomio, el 15 de abril de 1908, de Manuela E., «uruguaya, soltera, de profesión labores, y de 25 años de edad, con el cuadro clínico de un estado melancólico». Una vez internada, el profesional recibió «la visita de dos hermanas», «Francisca y María, de 31 y 38 años respectivamente, que me contaron una bien extraña historia que tiene atinencia con la de la enferma citada». Según el médico, el relato de una de las hermanas se concentró en la situación de la interna, quien «había caído enferma a raíz del fallecimiento reciente de un hermanito y por obra de agentes misteriosos» —«causas poco naturales»—. Eso se combinaba con el rechazo de la mujer hacia los médicos, con sospechas de «procederes suspectos y acaso criminosos de médicos, farmacéuticos, vecinos y de la sociedad filantrópica “Cristobal [sic] Colón”». Etchepare interpretó la actitud como una manía persecutoria y planteó la posibilidad de la internación para esta hermana. Al día siguiente de la primera entrevista, citó nuevamente a la mujer para continuar con el interrogatorio, «y es esa historia la que consigno como un ejemplo poco común de locura familiar».³⁷⁹

Según el relato de la mujer, la historia de los padecimientos familiares se había iniciado con la muerte del padre, «consecuencia de una puñalada que le fue inferida en el vientre por un socio suyo», aunque, de acuerdo con Etchepare, el crimen nunca fue aclarado y, por ende, el asesino no fue identificado. «Nos dijo, su padre era un hombre de gran bondad, muy amigo de la justicia, que se interesaba por los débiles y los desgraciados, a los que defendía generosamente aun cuando no tuviera interés personal en ello.» Por eso, «frecuentemente denunciaba a alguna persona o se presentaba en queja defendiendo a un amigo o a un vecino. Tenía varios pleitos, en todos los cuales siempre tenía razón, y, aunque lograba demostrarla, no siempre obtenía justicia».³⁸⁰ Finalmente, «se organizó, y no en su favor, una persecución encarnizada que terminó con la vida del altruista personaje y de la cual fue instrumento su socio», quien convenció al médico que lo atendió luego de ser apuñalado para que precipitara «el triste desenlace de ese drama». La muerte del progenitor inició una serie de persecuciones, inespecíficas o no atribuidas a personas o colectivos, que llevaron a que la familia se mudara de forma permanente.

El primer familiar en ser recluido en el manicomio fue un hermano de 16 años, que «era muy retraído, pero un día, con gran sorpresa de todos, salió, pasando todo el día con el hijo de su vecino el procurador». Desde entonces, «cambió de carácter, odió a los vecinos diciendo que lo perseguían y se indispuso

379 Bernardo ETCHEPARE, «Locura familiar; delirio de interpretación “antilógico” comunicado entre siete personas», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. XII, Montevideo, 1909, pp. 105-106. El mismo artículo fue publicado en: *Annales Médico-Psychologiques*, vol. XI, París, enero de 1910, pp. 5-17.

380 *Ib.*, p. 106.

con todos, propios y extraños». ³⁸¹ Al mismo tiempo, la madre, «que en vida del marido se resistía a creer en tanta maldad, ha venido después, poco a poco, en presencia de tanta insistencia y razonamientos de sus hijas, a participar en un todo de las creencias filiales». ³⁸²

Para demostrar que la locura era comunicada, el médico separó a la hermana internada de la familia, quien, «después de una separación de más de un mes, ha flaqueado mucho en su convicción» sobre las persecuciones. Sin embargo, no sabemos si, a modo de prueba, «vuelta a la familia por un tiempo sobradamente largo para recaer en sus antiguas preocupaciones, ha desfallecido y vuelto a ingresar al manicomio». Etchepare concluyó que las tres hijas, el hijo varón y la madre padecían un «delirio interpretativo de persecución» que se había extendido, además, «a un tío y a un primo». Según el médico, los casos de «locura familiar» podían ser frecuentes con una intervención decisiva de los caracteres degenerativos hereditarios y la fijación de ideas. Esto quedaba constatado al corroborar que «el padre era seguramente un paranoico con delirio y con ribetes de perseguido-perseguidor», que transmitió esas ideas «de una persecución universal» a sus descendientes, quienes, a su vez, convencieron a la madre. A la herencia se agregaban la convivencia y la influencia del medio social entre los siete enfermos:

Si se quiere observar que estas personas, siendo de la misma familia, han venido viviendo, como es natural, la misma vida, sufriendo las mismas influencias, las mismas vicisitudes, etc., se estará de acuerdo en que han existido evidentemente las condiciones requeridas para la producción de la locura comunicada, estudiada por Laségue y Falret en su memoria célebre. ³⁸³

Etchepare concluyó que la familia,

De la que los hijos son ciertamente hereditarios, vale decir predispuestos, viviendo en un ambiente creado y sostenido por el jefe de ella, en cierto modo, símil del héroe de Cervantes, ambiente de inquietud, de zozobra, de hostilidad supuesta por parte de vecinos y relaciones, ha sentido turbarse su bienestar, e interpretándolo todo al través de un criterio malo, han visto brotar y constituirse el estado actual, continuación y consecuencia de la locura paterna. ³⁸⁴

Por lo tanto, en este proceso, como en otros casos, había una «asociación de la herencia y de la educación», «por acción directa, por influencia inmediata», que hacía del ambiente un factor más determinante que la herencia. ³⁸⁵

Otra forma maniática era el *puerilismo mental*, enfermedad estudiada por Etchepare entre los pacientes del Manicomio Nacional y que lindaba con la demencia. Aunque no constituía exactamente una demencia, se trataba de «un estado delirante particular» por el cual la enferma que analizó sufría una regresión

381 Ib., pp. 106-107.

382 Ib., p. 110.

383 Ib., p. 111.

384 Ib.

385 Ib.

a la infancia. Una sintomatología similar había sido estudiada por el psiquiatra francés Dupré, quien «relacionó el origen y desarrollo de ese estado raro a una idea fija onírica y post onírica, y propuso para esta regresión de la mentalidad hacia las primeras etapas el nombre de puerilismo». ³⁸⁶ De todos modos, el *puerilismo* como tal podía ser un fenómeno histérico, una modalidad clínica de los estados demenciales o una consecuencia de la intoxicación por infección o por el consumo de alcohol.

El caso estudiado por Etchepare fue el de «una viejita con una senilidad ya avanzada, representando más de los 63 años que deducimos que tiene en este momento, sin que estemos nada seguros de su edad», completamente «desdentada, con los bordes alveolares de sus maxilares en regresión ya terminada», con «un arco senil completo, con su piel arrugada en toda la cara, su cabello enteramente blanco y un árbol vascular completamente esclerosado». Las manifestaciones de puerilismo databan desde hacía seis años cuando «comenzaron los síntomas» que «dominan actualmente y de una manera casi completa el cuadro sintomático de su enfermedad». Según el médico, en este caso, se combinaban la demencia producida por la senilidad de la mujer con la «excitación maníaca». Se trataba de una paciente crónica. Sin embargo, el profesional no era capaz de establecer por qué se producían esas alucinaciones o regresiones infantiles, de modo que se dedicó simplemente a describir su comportamiento:

Produce un efecto raro ver en medio de sus compañeras a una pequeña persona de aspecto a primera vista respetable a causa de su ancianidad, con la cabeza llena de cintitas unas veces, otras con el pelo dispuesto en copete recogido con una cinta, del mismo modo que los niños, con una o dos muñecas de fabricación personal (de las que presentó algunos espécimenes [sic]) en los brazos, meciendo esas muñecas al arrullo de un canto ininteligible —o bien bailando y saltando, o corriendo el patio de extremo a extremo, emitiendo gritos y chillidos que recuerdan los gritos de los niños. ³⁸⁷

Este tipo de casos era un desafío para los médicos, ya que los pacientes no mostraban voluntad alguna de colaborar o de aportar su testimonio, a lo que se agregaba que la patología se los impedía, de modo que cualquier comentario de los enfermos siempre estaba mediatizado por las consideraciones (y, por ende, por los valores) del profesional. A su vez, estamos ante testimonios que se obtenían sin que los enfermos hablaran de forma voluntaria. Etchepare concluyó que la paciente padecía una forma de «puerilismo bien ligado a la histeria», que provocaba

Disturbios de la memoria y de la personalidad relacionados con el fenómeno de la ecmnesia, es decir, de esa forma de amnesia parcial, en la cual el recuerdo de los sucesos anteriores a un cierto período de la vida es íntegramente

³⁸⁶ Bernardo ETCHEPARE, «Puerilismo mental», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. ix, Montevideo, 1906, p. 63.

³⁸⁷ *Ib.*, p. 67.

conservado, mientras que el recuerdo de los sucesos posteriores a este período esta [sic] totalmente abolido.³⁸⁸

Otra variante, que no se podía comprobar hasta no realizar una autopsia, era la posible presencia de un tumor cerebral capaz de provocar un «déficit intelectual» que «puede traducirse por una obliteración más o menos extendida de los recuerdos».³⁸⁹

Otro ejemplo de combinación entre el histerismo y la manía delirante fue estudiado también por Etchepare. En el caso de F. O., se combinaba la «herencia atávica y colateral», ya que «su bisabuelo y varios tíos han sido alienados», con las «modificaciones de la voluntad, del carácter y de la afectividad, modificaciones que son conocidas como las descritas en el carácter histérico con algún raro paroxismo convulsivo» y el «traumatismo moral reciente por cuestión de amores», causal de «su psicosis actual». El estado maniaco incluía «abundancia de alucinaciones visuales» y «agitación», probablemente consecuencia «más bien de la herencia que de la histeria». Asimismo, la enferma presentaba una manifestación histérica, el ya señalado síndrome de Ganser, que hacía del caso un ejemplar singular. «Esta singularidad no fue otra que una serie de respuestas tan extrañas y ajenas a las preguntas que se le hacían, que llamaron justamente la atención.» El médico señaló algunas de esas respuestas, que se pueden apreciar en el diálogo que se transcribe a continuación:

P. —¿Cuántos años tiene?

R. —Los mandamientos de la ley de Dios son diez.

P. —¿Soltera o casada?

R. —Tengo siete hijos. (No tiene hijos).³⁹⁰

Etchepare, quien señaló la actitud de la paciente como una burla hacia el médico, intentó, al mismo tiempo, desentrañar el significado de las respuestas de la enferma. Interrogada sobre su nivel de alfabetización, contestó: «¡Pobre tío Sandalio, le sacaron los ojos!», respuesta que, según el médico, traducía una idea sobre la pérdida de la visión, capacidad ineludible para la lectura. A su vez, en la respuesta sobre su estado civil en la que detallaba la cantidad de hijos que decía tener pese a no tener ninguno, el médico vislumbraba un «concepto que dentro de la moralidad corriente supone el estado matrimonial».³⁹¹ Por más que las respuestas fueran absurdas, Etchepare encontraba entre la interrogante planteada y la devolución de la paciente cierta asociación de ideas dentro de su manifestación psicopática. Esto lo llevó a preguntarse si estaba ante «un fenómeno puramente histérico» o si era parte de otra afección similar a la histeria.

388 Ib., p. 71.

389 Ib., p. 72.

390 Etchepare, «Histeria y síntoma...», o. cit., p. 394.

391 Ib., pp. 395-396.

La duda del profesional, máxima autoridad psiquiátrica del Uruguay de la época, no es menor y resulta interesante para plantear las dificultades para definir la enfermedad en los círculos médicos, pero también los límites difusos entre una psicopatía y otra. En algunos casos, el «terreno histérico» era evidente, pero, en otros, no era seguro dónde empezaba la manía y qué la distinguía, por ejemplo, de un estigma transitorio. Sobre ese terreno discutieron los primeros médicos uruguayos y, más complejo aún, buscaron encontrar un tratamiento idóneo que, a lo largo del proceso considerado, pasó de acciones brutales a un refinamiento de los métodos curativos.

En otros casos, los estados maniáticos no se caracterizaban por la locuacidad del enfermo, sino por la catatonía o la melancolía. Este síndrome se distinguía por la rigidez muscular, aunque, algunas veces, podía estar acompañado de una gran excitación. La interrogante era la misma: ¿cómo distinguir una manía con parálisis de una parálisis sin manía? El límite seguía siendo extremadamente difuso. En su forma más simple, se encontraba la llamada «depresión melancólica», en la cual «el enfermo conserva aparentemente toda su lucidez», pero se encontraba invadido por «un estado emocional doloroso, un desaliento indomable y que no se explica».³⁹² En esos cuadros de depresión, había distintos grados, desde los enfermos que se negaban a levantarse de la cama hasta aquellos que mostraban niveles de excitación considerable.

Etchepare trabajó con los dos tipos de casos clínicos, es decir, con catatónicos sedados o inmóviles y también con cuadros de excitación.³⁹³ En el primer caso clínico, estudió a un enfermo con un «estado de sueño aparente durante ocho meses», luego del cual el enfermo murió por una serie de «ictus epileptiformes». El paciente, «A. Fr., uruguayo, de 18 años de edad, soltero, labrador» del departamento de Cerro Largo, había ingresado al manicomio el 16 de marzo de 1903 y no presentaba entre sus antecedentes familiares personas con psicopatologías, aunque «sus padres y hermanos son nerviosos, gente sentimental y emotiva», a lo que se agregaba que el padre era «algo alcoholista». En cuanto a la conducta del enfermo, el médico confirmó que se trataba de un «onanista» «de carácter reservado, pero afectuoso» y «muy trabajador».³⁹⁴ Su estado se inició por «un trauma moral (su novia lo dejó)» «después del cual se entristeció, se encerró, perdiendo toda actividad». Es decir, el enfermo inició un período de «depresión» que inicialmente «duró alrededor de quince días» y culminó con un estado delirante e «ideas de grandeza», ya que «decía ser el general [Aparicio] Saravia y que mataría a sus contrarios políticos». Luego de ese «período de agitación grande» y tras el «enchalecamiento», fue conducido a Montevideo. Al llegar a la capital, mostró una «tendencia visible a la catatonía», ya que durante el proceso de clinoterapia «adoptó de una manera casi ininterrumpida, durante ocho me-

392 Rossi, *El alienado...*, o. cit., p. 23.

393 Bernardo ETCHEPARE, «Demencias catatónica y paranoidea», en *Revista Médica del Uruguay*, año XII, n.º 9, Montevideo, 1909.

394 *Ib.*, p. 219.

ses, la actitud de sueño aparente» hasta «el día de su fallecimiento».³⁹⁵ Durante los ocho meses que permaneció en cama, se negó a colaborar con los médicos y el personal: «Al sacarlo de la cama se deja caer con todo su peso». Asimismo, resultó «inútil toda tentativa para obtener que permanezca sentado o parado. Dejado sobre una alfombra en el suelo, al acabar de recostarlo, echa los codos hacia atrás para no golpearse y después queda inerte». Sin embargo, y pese al estado, el médico tratante consideró que el enfermo no era del todo inconsciente sobre su actitud o movimientos, ya que cada vez que era depositado en el suelo se arrastraba hacia la cama para volver a acostarse y adquirir «eterna actitud de sueño».³⁹⁶

Un caso completamente diferente era el de «H. F., uruguayo, de 23 años, soltero, pintor», quien mostró una excitación maníaca permanente, que se traduciría a sus movimientos y también a los cuadros que pintaba y que fueron interpretados por Etchepare como manifestaciones de la psicopatía.

Por esa época, en algunos cuadros que pudo hacer, se notó y así se lo observaron todos, que las cabezas eran de proporciones demasiado grandes, y excusaba su proceder, aduciendo que así había que hacer las cosas, que lo raquíptico no sirve para nada.³⁹⁷

Asimismo, el paciente se negó a ser atendido y a alimentarse, por lo que el primer médico tratante, Julio Nin y Silva, le proporcionó inyecciones de cacodilato de sodio, que buscaban combatir la anemia. La resistencia de este paciente era total y, para Etchepare, la manifestación de la psicopatía: «Al pasar la visita el médico, suele ponerse intensamente pálido, enviándole una mirada en que se adivina odio reconcentrado».³⁹⁸ El rechazo al médico también se expresaba en los dibujos realizados por el paciente. En su bitácora de trabajo, Etchepare se sintió identificado con el personaje realizado en uno de los bosquejos e interpretó la imagen como «la suprema venganza que imagina para el médico que lo asiste». Sin embargo, psicopatologizó lo que el interno retrató:

El enfermo ha sido, a no dudarlo, bastante buen pintor. Pero la producción que exhibimos, que denota fecunda imaginación corsa y un gusto bien singular, como se ve, demuestra que —no obstante esa imaginación, por la calidad del dibujo, por las proporciones mal calculadas y otros detalles fáciles de juzgar— ha periclitado en su apreciación justa de las cosas en sus dimensiones y aspecto, lo que confirma lo que ya se ha dicho, que, en casos de remisión, esta sobreviene con tal déficit que el ingenio se vuelve un simple artesano y el estudiante de nota, un vulgar copista.³⁹⁹

395 Ib., p. 220.

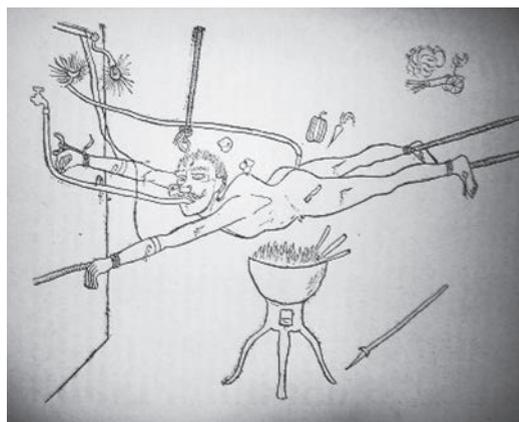
396 Ib., pp. 222-223.

397 Ib., p. 226.

398 Ib., p. 228.

399 Ib., p. 230.

Imagen 6



Fuente: Bernardo ETCHEPARE, «Demencias catatónica y paranoidea», en *Revista Médica del Uruguay*, año xii, n.º 9, Montevideo, 1909.

¿Podríamos interpretar la imagen como una subversión del tratamiento destinado a los pacientes? ¿Las ataduras pueden ser desentrañadas como las mismas que ligaban al enfermo a una cama? La sonda gástrica, o algo similar, ¿no se puede interpretar como un acto de resistencia ante la obligación impuesta al enfermo para que comiera? ¿Los «hilos conductores de la electricidad» no eran utilizados por los médicos en el tratamiento electroterápico? El caso clínico descrito nos ayuda a cuestionar qué entendían los pacientes de las instituciones manicomiales sobre el tratamiento. Es decir, que no hayan sido capaces de entender los sucesos que estaban viviendo ni de mostrar la habilidad necesaria para reaccionar individual o grupalmente frente a las instituciones que avanzaban sobre ellos no significa que fueran incapaces de desarrollar algunas estrategias de resistencia. Tal vez el hombre del dibujo no sea Etchepare, ¿pero si lo fuera? ¿Si la intención del paciente era manifestar su disconformidad con la situación en que se encontraba? No resulta sencillo el estudio de la resistencia planteada por los pacientes. A lo largo de la investigación, seguimos las consideraciones del historiador estadounidense Jonathan Ablard cuando sostiene que «los pacientes, y también a veces sus familias, frecuentemente rechazaban o cuestionaban la autoridad médica psiquiátrica». Los pacientes «no aceptaron pasivamente los diagnósticos psiquiátricos y las reclusiones». La resistencia «adquirió varias formas: negativas a contestar preguntas o de participar en las “terapias de trabajo” ordenadas en el hospital, huida, cartas de solicitud, respuestas estratégicas a cuestionarios médicos e, incluso, actos de violencia».⁴⁰⁰

400 Jonathan D. ABLARD, «¿Dónde está el delirio? La autoridad psiquiátrica y el Estado argentino en perspectiva histórica», en Ernesto BOHOSLAVSKY y María Di LISCIA (coords.), *Instituciones y formas de control social en América Latina. Una revisión*, Buenos Aires, Prometeo, 2005, pp. 212-213.

Etchepare examinó los escritos del enfermo, a los que consideró «verdaderamente curiosos», ya que combinaban la escritura telegráfica con cierta «tendencia al verso». Era de destacar la «ausencia de los puntos sobre las íes y las jotas, además de los trazos transversales de las tes»; la incoherencia de los párrafos que revelaban «su delirio de persecución». También en los escritos se manifestaba su resistencia hacia el médico, ya que,

Como me juzga malo y perverso, no me llama sino cirujano, a causa del dolor que puede producir el bisturí, interpretándose al mismo tiempo en la forma siguiente, que muestra su falta de criterio: sordos al loco sano que intelectual cultura difiere.⁴⁰¹

Más allá del estudio particular, son pocos aquellos casos en los que el médico permitió que el paciente tomara la palabra, elemento interesante no solo para comprender a los profesionales, sino también para saber cómo vivía un enfermo su situación. Cualquier cuestionamiento al saber médico fue descifrado como parte de la patología, como en el caso de R. C., mujer de 27 años enviada desde Florida e internada el 20 de setiembre de 1906 con una psicosis maniaco-depresiva. Al entrevistarse con el profesional que la recibió en el manicomio, la mujer afirmó que «ha estado loca», pero que por su propia voluntad «[i]se mejoró!», actitud que el médico interpretó como parte del delirio, ya que correspondía a su autoridad determinar el estado de la paciente.⁴⁰²

El caso del pintor que supuestamente retrató a Etchepare y al que el médico consideró «peligroso» nos sirve para plantear una división existente entre los maniáticos inofensivos y los considerados peligrosos. A decir de José Sáenz y Criado, en las monomanías inofensivas, «el individuo no atenta contra la propiedad ni contra sus semejantes; no es agresivo, en una palabra», sino que su rasgo distintivo sería la excentricidad. Por el contrario, «las monomanías peligrosas suponen que el sujeto puede cometer actos penados por los Códigos civil o criminal».⁴⁰³ Por eso, era fundamental, para el caso de los maníacos y para otro tipo de enfermedad, conocer al paciente, su historia y sus antecedentes. El consultorio fue el recinto en el cual los médicos descubrieron las historias de los internos, un espacio donde se iniciaban el tratamiento y las consideraciones del profesional, aumentaba la ascendencia sobre el enfermo y su familia, y cualquier acto de resistencia era interpretado como parte de la psicopatía. No obstante, ayuda a cuestionar la visión de los hospitales como agentes de control social acabados. Esto no implica negar la capacidad coercitiva que podían ejercer tales

401 Etchepare, o. cit., pp. 230-231. Pintores, escritores y artistas en general formaban parte de una asociación de época muy estrecha que vinculaba la genialidad con la locura.

402 Hospital Vilardebó, *Libro de entrada de mujeres 1904-1907*, f. 386.

403 José SÁENZ y CRIADO, *Elementos de Medicina Legal y toxicología. Escritos con arreglo a las explicaciones de D. Teodoro Yáñez*, catedrático de esta asignatura en la Universidad de Madrid. Publicados con autorización del Profesor, y completados con numerosos datos obtenidos de los autores más principales que tratan de esta ciencia: Orfila, Mata, Briand, Taylor, Tardieu, Lacassagne, Hofmann, etc., por D. José Sáenz y Criado, *Médico del Registro Civil*, Madrid, Imprenta de Enrique Rubiños, 1884, p. 160.

instituciones, pero ayuda a plantear la existencia de conflictos y disputas, las debilidades estatales, y permite analizar la formación de un campo médico psiquiátrico como parte de un proceso en el cual sus integrantes fueron definiendo sus objetos de estudio y lo que se debía o no hacer con ellos. Las ideas médicas tampoco funcionaron como un esquema perfecto, sino que, por el contrario, se moldearon conforme pasó el tiempo. Las propuestas terapéuticas de las que nos ocuparemos en el próximo capítulo son elocuentes para estudiar dicha evolución.

Al seguir las principales discusiones también es posible apreciar la evolución desde ideas generales acerca de la locura a una posición que dividió y conceptualizó distintos estados psicopatológicos que, a su vez, se vinculaban a formas de cuidado, asistencia y tratamiento diferentes. Nos interesó, sobre todo, analizar qué significaba para los médicos del período cada una de esas psicopatologías y poner de manifiesto que las fronteras entre los estados de alteración mental no siempre resultaron evidentes. Es decir, ¿qué diferenciaba a un parálítico de un histérico? ¿Cómo podían alcanzar los médicos una distinción? Para ello, fue necesario que desarrollaran herramientas que iban desde la división de los enfermos en pabellones o secciones a enfoques del tratamiento o peritajes llevados adelante por más de un facultativo.

Al mismo tiempo, sobre todo al referirnos a la manía, fue posible apreciar cómo se modificó la idea sobre peligrosidad de algunos estados psiquiátricos. Este punto es interesante, ya que los médicos comenzaron a dividir a los enfermos entre violentos y quienes no lo eran, quienes podían estar eximidos de cumplir penas por algún delito y aquellos a los que era imprescindible contener y aislar. De esta forma, los enfermos psiquiátricos comenzaron a ser considerados sujetos peligrosos y su control se tornó indispensable. 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 asistencial, sino también de protección social. Contener, aislar y asistir fueron tres de los pilares que sustentaron el poder psiquiátrico. En esos tres aspectos nos detendremos en el capítulo siguiente.

El tratamiento

Además de establecer un esquema clasificatorio para cada patología, los médicos se propusieron una terapéutica y una profiláctica adecuada a cada una de ellas. Esto abrió la posibilidad de comenzar a pensar cuál era la mejor forma de atender y de tratar a los pacientes con enfermedades psiquiátricas, para lo cual, primero, debieron montar diversos dispositivos o propuestas de cura o de contención en los casos crónicos y que, al mismo tiempo, permitieran erradicar la violencia directa sobre el cuerpo del paciente. Sin embargo, como ocurría en varios países, los médicos locales aplicaron diversas experiencias posibles para tratar enfermedades que no siempre conocían a cabalidad. En este capítulo, nos detendremos, sobre todo, en la terapéutica, ya que las medidas profilácticas serán tratadas en el próximo, cuando trabajemos con las «causas morales» de la locura.

Que los médicos del período se preocuparan por el tratamiento permite pensar que, contrariamente a lo que sostenían algunos autores como Morel, entre los facultativos uruguayos, existía cierto convencimiento acerca de la posibilidad de obtener algún tipo de cura para la enfermedad psiquiátrica o, al menos, alcanzar tratamientos que se convirtieran en un paliativo. En este punto, podemos observar una evolución en las ideas, pero también un avance en las posiciones de los profesionales que, de a poco, comenzaron a combatir los métodos imperantes y a reemplazarlos por los suyos. En el capítulo, analizaremos las propuestas terapéuticas del período, sin desconocer que tuvo lugar una evolución que pasó de diversos intentos por contener a los pacientes a posiciones a través de las cuales se entendió que, mediante el trabajo y el ejercicio intelectual y físico, los internos eran capaces de modificar su situación psicopatológica. Al mismo tiempo, analizaremos los primeros pasos de la psicoterapia en el país, así como los intentos por poner un límite al encierro manicomial y buscar otro tipo de alternativas como las colonias llamadas de *open door*.

El poder del dispensario

Las visitas a los pacientes, las observaciones clínicas realizadas, las conclusiones a las que se arribó, así como su divulgación en las distintas (y sucesivas) revistas científicas, se convirtieron en la forma en la que los noveles psiquiatras continuaban con su formación profesional. Sin embargo, nada se acercó al poder que los médicos en general y los psiquiatras en particular obtuvieron en el dispensario, en sus consultorios o en las visitas particulares realizadas a distintos pacientes, donde recogieron información sobre las historias clínicas, convencieron al enfermo de la necesidad de un tratamiento (o, al menos, intentaron hacerlo) y buscaron desarrollar sus investigaciones científicas. Es por esto que no estamos completamente de acuerdo con los planteos de Foucault acerca de

la persuasión al paciente como la última instancia para que el médico tuviera el poder absoluto sobre los enfermos.

En el caso uruguayo, los médicos, que, sin duda, buscaron un control sobre la conducta de los internos, también aspiraron a alcanzar el desarrollo científico y estaban convencidos de que eran capaces de lograr, mediante el tratamiento, una cura para aquellos pacientes que no mostraban cronicidad.⁴⁰⁴ Por ende, esa capacidad de control sobre internos (y de convencimiento de las dirigencias políticas y de la población en general) es correcta pero incompleta, ya que no debemos olvidar el influjo que, a partir de la segunda mitad del siglo XIX, tuvo la idea de ciencia y progreso y el avance que esta generaba en la humanidad. La necesidad de avanzar en el conocimiento para curar a los pacientes fue lo que permitió a los psiquiatras gozar de estatus científico e, incluso, incorporarse a las decisiones en política social y sanitaria que el país fue adoptando.

En 1862, decía el médico francés Brunel que dentro del asilo el psiquiatra debía moverse con «suavidad» y «justicia», «medios que abren al médico el camino para el tratamiento moral». Era fundamental para la tarea clínica ganar la «confianza» del enfermo, para «después, con sus conocimientos psicológicos, combatir con mejores ventajas las pasiones desordenadas, la exaltación, el vicio, oponiéndoles ideas de orden, inclinaciones moderadas y mejores pensamientos». Para obtener esa confianza, el médico debía valerse «algunas veces de engaños con sus enfermos» «alabándoles en su delirio» para «poder llegar oportunamente por medios calculados con habilidad a un sistema de oposición que haga volver al demente de sus errores».⁴⁰⁵ Es significativo de la definición que el llamado demente estuviera atacado por «sus errores». Era, en ese sentido, una forma de vincular la enfermedad no solo a las causas orgánicas, sino a aspectos relacionados con el estilo de vida y con la moralidad. ¿Desliz? ¿Lapsus de Brunel? Esta es una nueva constatación de la relación que estableció la protopsiquiatría de la época entre lo moral y lo físico. El programa de trabajo del médico se asemejaba al propuesto por «una casa de educación», «porque los dementes pueden considerarse como niños grandes que necesitan una nueva educación para enseñarles y acostumarlos a raciocinar».⁴⁰⁶ Esta visión optimista que asociaba la educación o la reeducación con la curación colocó a los médicos en una posición de superioridad, ya que, al ser educados de nuevo, los pacientes podían pensar correctamente.

El punto central de la propuesta terapéutica de Brunel se basaba en la observación, que acompañaba el desarrollo de la psiquiatría desde sus orígenes y, por supuesto, desde los primeros pasos de la disciplina en Uruguay. En el mismo año, el profesional francés sostuvo que el asilo ideal debería tener «en la pared o en el techo de las celdas aberturas que formen observatorios secretos, con el fin

404 Foucault, o. cit., pp. 54, 156.

405 Brunel, o. cit., p. 338.

406 Ib., p. 338.

de poder examinar y estudiar al enfermo a toda hora sin que él lo sepa».⁴⁰⁷ Las entrevistas realizadas a los pacientes sirven para percibir los criterios sociales de los propios médicos, sus consideraciones en relación con el orden social. La construcción de una biografía del enfermo instruyó a los médicos en el desarrollo de técnicas de interrogatorio, fundamentales en una clínica psiquiátrica incapaz de contar con mayores recursos que la observación y el cuestionario. ¿Cómo trabajaban los médicos al momento de realizar un examen médico-legal? Veamos el caso, ya usado, de Juana Santos, que sirve no solo por su utilidad para aproximarnos a la pericia, sino también porque se cruza con algunas de las consideraciones de clase y género antes señaladas.

Los tres diplomados que hicieron la pericia asistieron al manicomio acompañados de dos estudiantes de Medicina, junto a quienes realizaron un examen que interrumpieron porque duró varias horas. «No satisfechos con este primer examen y no debiendo, por otra parte, en casos de esta naturaleza, proceder por la primera impresión», los médicos regresaron al establecimiento para una segunda observación, en la que encontraron a Santos «completamente tranquila». En esta ocasión, los tres facultativos hicieron cada uno por separado su observación y elaboraron un informe. La intención era, según consta en el documento, «investigar si se ratificaba o contradecía en todo lo espuesto [sic] anteriormente», para lo cual «variamos las formas de las preguntas lo más posible, habiéndonos contestado de una manera completamente satisfactoria». Al día siguiente, los tres médicos asistieron nuevamente, pero esta vez en la noche, lo que provocó, en la interna, «sorpresa y alguna agitación a causa, según nos lo expresó, de haberla despertado y hecho salir del lecho con precipitación». Nuevamente, el examen estableció que Santos no presentaba alteración psiquiátrica alguna, afirmación corroborada por los practicantes del establecimiento. El dato es significativo, porque en su informe los médicos basaron su versión en la observación diurna, nocturna y «en el sueño». Esta aseveración es una constatación de que, por un lado, la observación comprendía los momentos de supuesta tranquilidad de los enfermos, pero, al mismo tiempo, implicaba un análisis nocturno en la sala de mujeres (pese a las restricciones impuestas por las religiosas). Luego de tres pericias, ante más de un facultativo, por separado y en distintos momentos del día, los médicos concluyeron que la mujer «es de carácter fuerte, irritable especialmente en épocas menstruales», pese a lo cual «no se encuentra atacada de forma alguna de enajenación mental».⁴⁰⁸ Casos como el citado, que data de 1881, dan cuenta de la tónica imperante en la observación médica, con preguntas relacionadas con la vida privada, con las relaciones sexuales, con múltiples interrogatorios que, en situaciones de encierro, podían generar excitación, una rebelión siempre somatizada.

407 Ib., p. 326.

408 AGN, HA, MSP y HCM, libro 4842, fs. 15-17.

La observación del enfermo era parte fundamental del análisis clínico.⁴⁰⁹ A lo largo de todo el período, se puede apreciar la preocupación de los integrantes de la Comisión de Caridad y de los médicos por la necesidad de contar con habitaciones de observación en buenas condiciones. El paciente, al ser internado en el establecimiento, era sometido a una evaluación por parte de uno o más médicos, quienes se encargaban de observar su conducta. Ese era el primer contacto que la mayor parte de los internos tenía con el asilo-manicomio entre 1860 y 1910. Luego de eso, se procedía a la entrevista, al examen físico y al estudio de los antecedentes hereditarios, para realizar la sugerencia de internación y el posible tratamiento. El régimen aplicado también varió con el tiempo, aunque algunos procedimientos se mantuvieron (no siempre con aceptación por parte de los médicos).

En la primera década del siglo XX, los facultativos desarrollaron, como vimos en el capítulo anterior, pruebas para determinar distintos grados de debilidad mental. Nuevamente, Etchepare, quien siguió el modelo europeo, fue pionero en el campo al practicar cuestionarios para explorar áreas que permitieran observar y estudiar los sentidos y la percepción de los pacientes. De esta forma, combinó extensos interrogatorios con pruebas del oído, del tacto, del olfato, de las funciones intelectuales o de la memoria que lo ayudaron a diagnosticar si se encontraba o no ante un débil mental.

El imperio del orden...

¿Qué tratamiento destinaron los médicos de la época a los enfermos psiquiátricos? La psiquiatría, que comenzó a moldearse en los siglos XVII y XVIII, introdujo nuevos modelos no solo en el tratamiento, sino también en las concepciones de cuerpo, cerebro y enfermedad psiquiátrica. Antes de enumerar las características del tratamiento destinado a los enfermos psiquiátricos, importa señalar que todo el instrumental terapéutico con que contaban médicos y religiosos estaba regido por una obsesión entre los responsables de los hospitales psiquiátricos: la necesidad de mantener el orden. Sostenía Brunel que el orden era una «expresión de la verdad y por consiguiente de la razón».⁴¹⁰ En el caso local, la presencia de las religiosas era una forma de garantizar ese orden hasta que los médicos asumieron que el equilibrio de las instituciones hospitalarias dependía en exclusividad de su actuación. Pinel, entre otros reformadores, planteó que la locura era una crisis disciplinaria y de la razón del enfermo, y que, por ende, una

409 A esto debemos agregar que las confesiones realizadas en el dispensario, muchas veces, eran utilizadas para su publicación en las revistas médicas. De este modo, los enfermos psiquiátricos —en caso de saber leer— podían ver su historia de vida publicada en las numerosas revistas científicas que se sucedieron a lo largo del período. Un rasgo a señalar de estos artículos es que su mayor parte estaba dirigida a los casos de mujeres, consideradas de naturaleza inferior, con un carácter débil y, por ende, predisuestas a los desbordes mentales.

410 Brunel, o. cit., p. 338.

forma de tratar la afección era reestablecer las facultades morales (de ahí la idea propuesta por Brunel del médico como un «educador») para revivir el autocontrol, el freno de las pulsiones.

En los orígenes del Asilo de Dementes, la presencia de las religiosas fue defendida por los propios médicos, ya que se consideraba a las hermanas de caridad como el instrumento imprescindible para mantener el orden dentro de los establecimientos de reclusión. Las carencias de personal y la falta de médicos hicieron, en este primer momento, que podríamos calificar de *imperio del orden*, que la presencia de las religiosas fuera trascendente.

Decía Brunel, punto de apoyatura básico por encontrarse en el primer extremo de nuestra cronología, que les correspondía a las hermanas de caridad vigilar «el aseo, la seguridad del hospital y la conducta de los enfermeros» y el relacionamiento con los médicos. Según el francés, «la influencia de este servicio de vigilancia es inmensa en nuestro hospital, por el buen orden del establecimiento, el bienestar y la moralidad de los enfermos». Gracias a las religiosas, era posible «mantener en la línea de sus deberes a los agentes inferiores, como los enfermeros con frecuencia perezosos, o que abusando de la posición de los enfermos a veces les hacen pagar servicios a que están gratuitamente obligados». ⁴¹¹ Sin embargo, y pese a su buena consideración de la presencia de las hermanas, cuando se detuvo en las distintas formas del tratamiento, dio cuenta de que, en algunos casos, era necesario emplear «medios rigurosos que antes formaban la base de todo tratamiento de enajenación mental». Incluso, reclamó a las autoridades «algunas menudencias que no dejan de tener suma importancia», entre las que se encontraban «un sillón de corrección, camisas largas para aquellos que despedazan su ropa y que tienen que ser abandonados desnudos en celdas, por decencia, cuando podrían salir de paseo y respirar el aire libre si hubiese de esas camisas». ⁴¹² Por tanto, si bien parece evidente que Brunel era partidario de «dulcificar» el tratamiento, el señalamiento de algunos métodos más rigurosos o el empleo de camisas de fuerza dan cuenta de que la violencia aplicada contra los pacientes era frecuente en el asilo. Los médicos fueron los primeros en impulsar la abolición de los castigos físicos en el manicomio.

Brunel señaló la división del tratamiento en cuatro tipos: «higiénico, medical, físico y moral», que «deberán confundirse en un solo pensamiento para el médico, en una idea fija, la de indagar y estudiar los medios de volver a la vida intelectual a uno de sus semejantes». En primer lugar, los enfermos debían ser asilados en un «local seco, favorablemente dispuesto para la ventilación y situado más bien al norte que al sur», con habitaciones que los dividieran según las patologías. Los internos no violentos tendrían «libertad de movimientos» y desarrollarían «ocupaciones o entretenimientos que exijan cierto desenvolvimiento de fuerzas musculares, como: el cultivo de la tierra, la equitación, el juego de pelota, el baile, la natación, la gimnástica». Por el contrario, a los enfermos agitados o

⁴¹¹ Ib., p. 97.

⁴¹² Ib., pp. 288-290.

potencialmente peligrosos «hay que cortarles los movimientos, sea atándolos, sea por medio de la camisola de fuerza o por medio de ligaduras».⁴¹³ Asimismo, hablaba de un «sillón disciplinario», que no sabemos si se trata del tristemente célebre sillón giratorio de Erasmus Darwin o de una modalidad similar.

También planteó como una necesidad intervenir en el régimen alimentario de los internos, ya que esto garantizaba el orden del tratamiento. Según el galeno francés, «los locos tienen una gran pérdida de fuerza vital y, por eso, necesitan una buena alimentación». «Vemos en apoyo de esta opinión que los imbéciles, los paráliticos y, en general, todos los que están dispuestos a congestiones cerebrales comen con voracidad, debiendo limitárseles el alimento».⁴¹⁴ Desde la Grecia clásica, los médicos creían que el exceso de sangre en el hígado podía generar una contaminación del organismo con toxinas, la asepsia, que afectaba a todo el cuerpo, incluido el cerebro. En esos casos, era posible practicar flebotomías o venesecciones, recursos profilácticos o terapéuticos en los asilos psiquiátricos.⁴¹⁵ Por eso, era importante someter a los pacientes a una dieta «disolvente» o «refrescante» que consistía en ensaladas de verduras, bebidas de cebada o leche. En tal régimen, quedaba prohibido el alcohol —en especial, el vino— o el consumo de carnes rojas. De ahí, como veremos, la importancia de la huerta en el establecimiento.

Los médicos también tenían que ser rigurosos con la vestimenta empleada por los pacientes e, incluso, facilitar «vestirlos y desnudarlos».⁴¹⁶ El tema del atuendo no es menor, ya que los profesionales consideraban que la locura se manifestaba en la apariencia (idea reforzada en representaciones pictóricas y literarias durante la época) y los locos eran considerados individuos desaliñados, capaces de abandonar cualquier hábito de higiene. A modo de ejemplo, se puede ver el contraste elaborado por una revista bonaerense sobre el caso del médico uruguayo Adrián Méndez, quien pasó de ser un hombre bien vestido y acicalado a una persona que no distaba mucho de un indigente.

413 Brunel, o. cit., pp. 331-332.

414 Ib., pp. 330-331.

415 Benjamin Rush, considerado el padre de la psiquiatría estadounidense, sostenía que los trastornos mentales se debían a la sangre contaminada, por lo que el médico debía practicar sangrías (Porter, o. cit., p. 126).

416 Brunel, o. cit., p. 332.

Imagen 7



Fuente: «Vida y muerte de un personaje uruguayo», en *Caras y Caretas*, n.º 408, Buenos Aires, 28 de julio de 1906.

En 1898, al realizar una retrospectiva y enumerar algunos de los medios de tratamiento dominantes en la región durante la primera mitad del siglo XIX, Enrique Castro señaló «la ineficacia o más bien el efecto desastroso y la mayor parte de las veces contrario a las verdaderas consecuencias de los tratamientos empleados». ⁴¹⁷ Casi cuarenta años antes, Brunel había considerado insuficientes los «agentes terapéuticos» empleados.

El más importante utilizado a comienzos de la década del sesenta del siglo XIX era el agua, administrada «de todas maneras y a toda temperatura», ya fuera con «baños simples fríos, tibios de inmersión, por chorros y pediluvios». De este modo, defendió el modelo hidroterápico, que «debe ocupar en la terapéutica de la alienación mental un lugar más importante aún que el que ha sabido conquistarse en la terapéutica de las enfermedades crónicas en general». ⁴¹⁸ Ese mismo modelo formaba parte del tratamiento sugerido por Pinel y Charcot, quienes propusieron utilizar las duchas frías. ⁴¹⁹

En la década del ochenta del siglo XIX, Canaveris sostenía que la hidroterapia era uno de «los últimos adelantos realizados en el tratamiento de las enfermedades frenopáticas» y «uno de los principales medios de curación». ⁴²⁰ El uso del

⁴¹⁷ MHN, o. cit., t. 1436, pp. 85-86.

⁴¹⁸ Brunel, o. cit., pp. 333-334.

⁴¹⁹ Christian DUNKER, *Estrutura e Constituição da Clínica Psicanalítica*, San Pablo, Annablume, 2011, p. 563.

⁴²⁰ Canaveris, o. cit., p. 307.

agua no era algo novedoso: la técnica de sumergir o mojar a los enfermos databa del período medieval. El historiador Roy Porter señaló que la inmersión en agua fría era utilizada para probar si una mujer era o no bruja: en caso de flotar, se la consideraba culpable, y, en caso de hundirse, inocente. Esa misma práctica derivó luego en la psiquiatría, y, desde el siglo XVIII, se cuenta con testimonios que demuestran la creencia difundida acerca de la inmersión en agua helada y la cura de la psicopatología.⁴²¹ La recurrencia a la hidroterapia unió a los médicos que intentaban profesionalizarse con tratamientos que consideraban ajenos al campo de la medicina —y, por ende, de la psiquiatría—, como aquellos utilizados por quienes eran llamados hidrópatas.

Dos de los manuales hidropáticos más difundidos durante las décadas del sesenta y del setenta del siglo XIX fueron los libros del catalán Pedro Mombrú *Práctica elemental de hidro-sudo-terapia...* de 1862 y *El regenerador de la naturaleza...* de 1869.⁴²² Mombrú, quien nació en 1818 en San Feliú de Codines, se radicó en el Río de la Plata en 1849 y, con su prédica como hidrópata, recorrió distintas zonas de la región supuestamente «curando» a personas con distintas afecciones, entre ellas, las psiquiátricas. Sin embargo, la existencia de hidrópatas (u homeópatas, como el caso ya visto de uno de los médicos del asilo) da cuenta de que el campo médico no estaba ocupado en exclusividad por profesionales titulados, sino que, por el contrario, la legitimidad sobre la actuación de distintas modalidades terapéuticas aún estaba en disputa. En el caso de las afecciones mentales, el método de Mombrú pasaba por el tratamiento a base de la ingesta de agua y lavativos. Por ejemplo, Gregorio Varela, quien padecía «ataques nerviosos» e hipocondría, que se traducían en «mucha dificultad en hablar» y amnesias, recibió «un sistema general de ablución, con lavativa, vendaje en la cintura, baño de asiento y de pies». A los pocos días de haber comenzado el tratamiento y «princiado dos o tres sudores por semana y sorber agua», «fue mejorando mucho en el modo de hablar», recobró «la memoria y el apetito, agilidad y fuerza; en el día se encuentra bastante bien, y él mismo dice que nunca hubiera creído que con la hidropatía se obtuviesen tan felices resultados, y es uno de sus más acérrimos partidarios».⁴²³ El tratamiento citado no distaba del impuesto para otro tipo de afecciones como una inflamación de útero o un tumor en el tobillo.

421 Porter, o. cit., p. 17.

422 Pedro MOMBRÚ, *Práctica elemental de hidro-sudo-terapia o modo de curar las enfermedades por medio del agua fría, sudor, ejercicio y régimen*, Montevideo, Imprenta la República, 1862; *El regenerador de la naturaleza. La panacea universal o sea el agua fría, modo fácil y seguro de conservar la salud y curar las enfermedades con solo agua, aire, ejercicio y régimen, basado en los sólidos cimientos de la higiene o sea la ley natural*, vols. I y II, Barcelona, Imprenta del Heredero, 1869. Sobre este personaje, véase: José María FERNÁNDEZ SALDAÑA, «Mombrú, el médico del agua fría», en *El Día* [suplemento dominical], Montevideo, 31 de mayo de 1936.

423 Mombrú, *El regenerador...*, o. cit., vol. II, pp. 392-393.

En el primer caso, dice Mombrú:

Principié por prescribirle un baño de ablución todas las mañanas, un vendaje constante en la cintura, un baño de asiento antes de comer, y después del baño una lavativa y una inyección, es decir, una lavativa por cada vía, y otro baño de asiento antes de cenar.

Para el segundo,

Le prescribí por tratamiento un baño de ablución todas las mañanas, con un vendaje constantemente puesto en la cintura. [...] Tres o cuatro veces al día tomaba un baño en el pie y parte de la pierna por quince minutos, con agua templada como de verano, y usaba constantemente un vendaje en el pie, tobillo y seis pulgadas más arriba, con tres o cuatro sudores por semana, seguía un sistema de nutrición higiénico, y bebía bastante agua.⁴²⁴

Podríamos cuestionar si la hidroterapia era utilizada como un medio curativo o como práctica higiénica, ya que, a decir de Brunel, «el aseo reclama cuidados particulares en vista de que los locos, no teniendo el sentimiento de sus actos, ignoran qué es la limpieza».⁴²⁵ En 1884, el joven médico Andrés Crovetto —que, como veremos, era partidario de suprimir los castigos— defendió los baños con agua fría por «los resultados higiénicos y terapéuticos» y por tratarse de «un excelente medio de disciplina» que permitía el aseo del paciente, pero también lo tranquilizaba (o, al menos, lo obligaba a quedarse tranquilo, porque, de lo contrario, era sumergido o mojado con agua helada).

Los pacientes no siempre se mostraban dóciles ante la insistencia de ser bañados. El 25 de setiembre de 1908, el médico Eduardo Lamas presentó la pericia forense de un interno que denunció malos tratos en la Cárcel Correccional y en el manicomio y sostuvo que era frecuente que «todo alienado venga con contusiones de más o menos importancia, producidas por ellos mismos al chocar con los objetos o por las personas que los contienen, al sujetarlos, los enfermeros encargados del baño higiénico de entrada».⁴²⁶ En su intervención, el médico dio cuenta de la resistencia planteada por los internos al ser sometidos al baño o rapados contra su voluntad, lo que, muchas veces, implicaba cuadros de agitación que terminaban en su aislamiento. Pero, al mismo tiempo, Lamas bregó por poner fin al uso de la violencia, discusión que atravesó todo el período aquí considerado. Al decir de Etchepare, «los castigos corporales son contraproducentes y en más de un caso originan una situación inútil de odio».⁴²⁷

Los baños se seguían utilizando hasta entrado el siglo XX con fines terapéuticos, probablemente vinculados a la necesidad de higienizar a los pacientes. En 1908, el diario *El Tiempo* denunció que:

La instalación de los baños, fundamentalísimo medio terapéutico en el tratamiento de las enfermedades mentales, es mala. Sumamente reducida, para el

424 Ib., pp. 442 y 514.

425 Brunel, o. cit., p. 332.

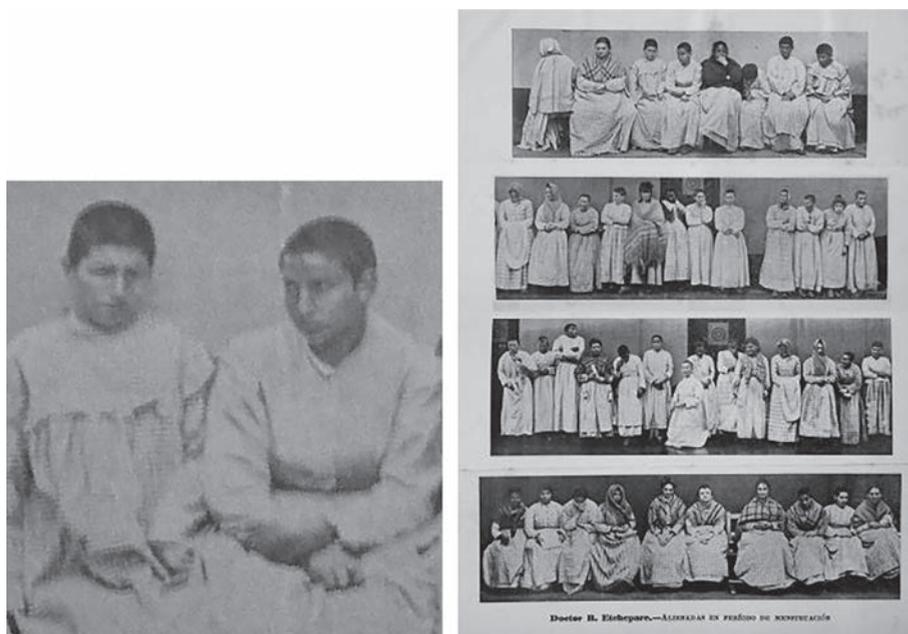
426 AGN y CNCBP, o. cit., del 21 de febrero al 20 de octubre de 1908, fs. 131, 132.

427 Etchepare, «Educación de los niños nerviosos», o. cit., p. 223.

número de enfermos existentes, esta sección está muy mal ubicada, pues se halla separada del alojamiento de los enfermos. Pocas bañeras, repartidas en el servicio de observación de mujeres y de pensionistas completan los escasos medios de hidroterapia que, a fuerza de ser deficientes y pocos, hacen irrisoria la aplicación del medio terapéutico más importante día a día en la curación de los alienados.⁴²⁸

Otra violencia frecuente que sufrían el enfermo o la enferma era el corte de pelo al ras. Algunas fotografías utilizadas para ilustrar los artículos científicos son elocuentes en ese sentido.

Imagen 8



Página completa y detalle de: Bernardo ETCHEPARE, «La menstruación en las alienadas», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. vii, Montevideo, 1904, p. 475.

Por ejemplo, las imágenes usadas por Etchepare en su artículo sobre las «alienadas en período de menstruación» muestran a un grupo de personas rapadas en las que resulta difícil distinguir a hombres y mujeres, no solo por el pelo cortado al ras, sino también por los uniformes utilizados, que, muchas veces, eran varios talles más grandes de lo que la persona necesitaba. A ello podríamos agregar las fotografías tomadas de forma directa al rostro de los pacientes, sin importar su situación física o psíquica. Como señala Isabel Wschebor:

Si bien la fotografía había cobrado en el período un papel significativo como medio de identificación, preservar la privacidad de los pacientes procedentes

428 *El Tiempo*, Montevideo, 3 de marzo de 1908, p. 1.

de las clases bajas que se atendían en hospitales públicos no pareció ser una preocupación para los médicos tratantes en esos años.⁴²⁹

La misma autora identifica a Etchepare como uno de los principales impulsores en la Sociedad de Medicina de Montevideo del uso de la fotografía en los artículos científicos:

[E]l tramo entre fines del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX expresó una relación siempre dual de la fotografía con el conocimiento. Así como estas imágenes daban cuenta de campos de desarrollo, cambios y novedades en el ámbito científico, también constituían mecanismos de legitimación de discursos que promulgaban o ratificaban ciertos valores morales o ideologías de época.⁴³⁰

... Y la violencia

Desde los orígenes del asilo, y pese a las múltiples recomendaciones acerca del tratamiento a los enfermos asilados y la aplicación de disposiciones cada vez más ‘científicas’, los hechos de violencia no finalizaron a lo largo del período considerado. No obstante, como señalamos con anterioridad, es importante diferenciar la violencia aplicada en los tratamientos del abuso de los funcionarios contra los internos. En este apartado, nos detendremos en el último punto.

En diciembre de 1878, el diario montevideano *La Razón* denunció que «una persona de esta ciudad, que paseaba anteayer por el Reducto, nos informa que fue testigo de un acto salvaje» al presenciar la forma «bárbara e inhumana» en que era castigado un interno del asilo: «La persona que nos informa nos dice que en el acto que referimos solo ha habido un lujo de crueldad, pues no había necesidad de castigar de tal modo a quien pedía entre llantos que lo dejaran y que no lo castigarán». El diario reclamó un tratamiento humanitario para los internos y mayor decisión a «la autoridad respectiva [para] intervenir en el asunto, amonestando severamente a los que creen que un hombre, por el hecho de ser demente, se debe castigar peor que a una bestia». En una edición posterior, el diario publicó las declaraciones de las autoridades de la Comisión de Caridad, del capataz del establecimiento Alfredo Navarro y de la madre superiora, quienes negaron la información sobre los castigos. Lo significativo del punto es que, pese a que no se asumió de forma directa la aplicación de la violencia, todas las autoridades del asilo reconocieron que, en ocasiones, se empleaban «medios de contención y de intimidación» «aconsejados por la ciencia».⁴³¹

En 1879, probablemente haciendo eco de una posición extendida entre los médicos, Ángel Canaveris propuso en su proyecto de reglamento que el

429 Isabel WSCHEBOR, «Mostrar lo invisible y revelar la cura. Los orígenes de la fotografía científica en Uruguay. 1890-1930», en Magdalena BROQUETAS (coord.), *Fotografía en Uruguay. Historia y usos sociales 1840-1930*, Montevideo, Centro de Fotografía, 2011, p. 137.

430 *Ib.*, p. 140.

431 Véanse las ediciones de *La Razón* del 13 y del 17 de diciembre de 1878.

capataz del establecimiento fuera el responsable de la integridad física de los internos y velara para «que los sirvientes no den mal tratamiento a los enajenados». Podríamos cuestionar por qué el médico pidió eso en el reglamento. ¿No habla de la frecuencia y de la reiteración de los castigos? Probablemente sí. En el proyecto, detalló que «los medios de sujeción que se usarán para con los furiosos y dañinos serán: la camisa de fuerza, los cuartos fuertes, el cinturón con manoplas, las manijas en las extremidades, con exclusión de todo otro medio violento».⁴³²

Desconocemos si existe una relación entre las defunciones anuales y la aplicación de violencia, ya que, en los registros oficiales, hay algunas categorías inespecíficas señaladas como causales de defunción (fracturas, muerte súbita, «causas de defunción no especificadas» o «enfermedades mal definidas»). No obstante, creemos que la proporción de internos muertos por la aplicación de violencia directa probablemente fue muy limitada, aunque contribuyó a acrecentar cierta «leyenda negra» sobre el trato que recibían los internos del hospicio.

Cuadro 5. Fallecimientos en el Manicomio Nacional⁴³³

Año	Defunciones	Total de pacientes
1889	66	898
1890	74	1012
1891	58	987
1892	78	1045
1893	90	1091
1894	98	1152
1895	82	1167
1896	117	1254
1897	134	1323
1898	115	1304
1899	107	1355
1900	188	1503
1901	168	1561
1902	133	1570
1903	120	1659
1904	111	1606
1905	145	1679

Elaborado a partir de: *Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública. Sus establecimientos y servicios*, o. cit., pp. 122-123; *La Asistencia Pública Nacional...*, o. cit., p. 305.

⁴³² Citado en: Barrán, o. cit., vol. II, p. 35.

⁴³³ No contamos con cifras para el período anterior, en el cual el asilo primero y el manicomio después sufrieron las consecuencias de distintas epidemias que vivió Montevideo. Al parecer, ante cada epidemia —y desde 1860 y hasta comienzos del siglo XX fueron recurrentes—, en el hospicio, morían varios pacientes.

De las distintas categorías relevadas a lo largo de los años por la Comisión de Caridad, no hay un casillero específico para las muertes por golpes o muertes violentas. Probablemente, incorporarlo fuera visto como una forma de reconocer esa posibilidad. En todos los casos, las defunciones siempre se relevaron por causas orgánicas. Lo más cercano a una causa de defunción violenta podría ser la consunción del enfermo por desnutrición o deshidratación. A esa situación deberíamos agregar la negativa de numerosos internos a alimentarse o hidratarse.

Tenemos fuentes relevadas que nos permiten afirmar que el cepo, el calabozo y otro tipo de castigos fueron aplicados hasta entrada la década del ochenta del siglo XIX. En un artículo publicado en 1906, Etchepare presentó a una paciente estudiada como una de las mujeres que hacía más tiempo se encontraba en el asilo. «Ingresó, en efecto, en el año 1874 a la antigua casa de Vilardebó, que la enferma recuerda aún muy bien», pues,

Como todos los seniles, posee neto el recuerdo de los tiempos pasados, y según dice ella, a causa de las ratas que existían en esa casa y del cepo de que se hacía generosamente uso en aquellos benditos tiempos en que se contemplaba el aforismo: el loco por la pena es cuerdo.⁴³⁴

El psiquiatra Andrés Crovetto relató en su tesis de 1884 un episodio que habla tanto de la interacción entre pacientes y guardias, de las vejaciones a las que estaban sometidos los internos como de la indefensión de los cuidadores. Según el testimonio del, en ese entonces, estudiante de Medicina, «había en el establecimiento tres hermanos enfermos [que] cansados de los malos tratos a que diariamente estaban sujetos» golpearon «al capataz» y «seguramente lo hubieran muerto a no ser socorrido».

[El funcionario] prometió desquitarse y después de haberse restablecido y puesto bastante fuerte, según decía él, mandó hacer unas varas de membrillo de buen grosor e hizo traer uno a uno a los tres hermanos y les dio tal número de palos que los dejó echados.⁴³⁵

Según Crovetto, esta práctica no disentía de lo que hacían otros funcionarios con los internos a los que les daban tales «tranzazos» que, con frecuencia, les fracturaban algún miembro.

No es menos cierto que el personal subalterno del manicomio (enfermeros y guardias) era poco calificado. El trabajo en el asilo primero y en el manicomio después no resultaba atractivo debido al atraso en el abono de los sueldos (algo común en la administración pública de la época). Por ejemplo, en 1882, los funcionarios no médicos ni religiosos del manicomio protagonizaron una huelga en protesta por el atraso de cuatro meses en sus salarios. La comisión respondió que el retraso se debía a las erogaciones que demandaba la terminación del edificio manicomial, así como la construcción del Asilo de Mendigos.

434 Etchepare, «Puerilismo mental», o. cit., pp. 65-66.

435 Crovetto, o. cit., p. 17.

De acuerdo con Crovetto, el establecimiento contaba con dos piezas de pavimento que estaban destinadas al encierro de los enfermos catalogados como «furiosos». ⁴³⁶ Además del encierro, se recurría al cepo que la policía uruguaya llamaba «colombiano», en el que quedaba aprisionada la cabeza y los brazos del detenido. ⁴³⁷

Los médicos comenzaron a cuestionar los llamados métodos brutales (ahí entraban la violencia directa, las sangrías, la inmersión en agua o los vomitivos) y a instalar su forma de trabajo. Los cambios en el cuerpo médico del asilo generaron modificaciones en el tratamiento. Por ejemplo, el ingreso de Pedro Visca como médico del hospicio marcó el inicio de la aplicación de bromuro de potasio y de vino de quina, así como de inyecciones hipodérmicas de morfina para situaciones de agitación. Probablemente, otros métodos pusieron fin a la violencia directa, aunque se continuaron aplicando los baños. En ese sentido, el Manicomio Nacional, que tenía, en principio, pretensiones más científicas que el asilo, tampoco renunció a la aplicación de la violencia. Sin embargo, hay algunos síntomas interesantes para pensar que, de a poco, se fue prescindiendo de los castigos físicos.

Según la información suministrada por la Comisión de Caridad, en 1899, los chalecos de fuerza se habían abandonado y todo el establecimiento contaba con solo dos o tres de tales prendas. Si bien el número de chalecos —y, probablemente, de enchalecados— disminuyó, contrariamente a lo que sostienen las fuentes oficiales, podríamos decir que se trató de una práctica recurrente.

El chaleco tenía una función ejemplarizante, porque el resto de los internos podía ver al enchalecado constreñido en sus habilidades manuales y físicas. Además, impedía sus movimientos: no podía tocarse o pegarse y evitaba que atacara a pacientes y funcionarios. De todos modos, hasta fines del período cronológico tratado, los médicos denunciaron que los celadores hacían un uso abusivo del artefacto. Si el número de chalecos era escaso, podríamos pensar que, ante la ausencia de otros mecanismos, los guardias podían recurrir a otro tipo de castigos. Para «el personal secundario encargado de cuidar los enfermos», no había «nada más cómodo, más seguro y menos responsable que atar un enfermo y abandonarlo, echándose a dormir si posible es», sostuvo Castro en 1898. ⁴³⁸ Sin embargo, «no son pocas las muertes que ha ocasionado y ocasiona la aplicación del chaleco de fuerza» por «la presión que ejerce sobre el cuello», que dificultaba la circulación sanguínea y provocaba un aumento de la «congestión cerebral». ⁴³⁹

Las memorias de la Comisión de Caridad publicadas en 1905 insistían en que el chaleco se había suprimido como mecanismo de contención. La publicación puso como ejemplo la presencia en el manicomio de «dementes penados o recluidos por los tribunales», por ende, muchos de ellos, peligrosos, contra los

436 Ib., p. 38.

437 Ib., p. 20.

438 MHN, o. cit., t. 1436, f. 38.

439 Ib., f. 39.

cuales tampoco se utilizaba el chaleco «completamente eliminado de todos los servicios».440 En 1910, el libro de propaganda *El Uruguay a través de un siglo*, editado por Carlos Maeso, sostuvo que «el chaleco de fuerza ha sido eliminado por completo».441 Pese a la introducción de nuevos métodos terapéuticos, a la incorporación de nuevas técnicas de tratamiento, aún pesaba, y pesaría durante varias décadas, la aureola del manicomio y del Hospital Vilardebó como un establecimiento donde se castigaba a los internos. Luego de 1910, podemos encontrar distintas denuncias sobre malos tratos y torturas. Fuera de nuestro período, el periódico anarquista *El Hombre* reveló la muerte de pacientes «a consecuencia de malos tratos recibidos» y responsabilizó a «las altas autoridades de la Asistencia Pública»,

Verdaderos delincuentes que, eliminando a los buenos porque eran exigentes, llenaron los hospitales con gente inepta, agresiva para los infortunados enfermos, pero mansa, dúctil y servil para con los superiores de hospitales y asilos nacionales.442

En el manicomio, también se utilizó una máquina que daba descargas eléctricas de forma directa. En principio, servía para despertar a los pacientes de catatonias o parálisis. En 1896, Jacinto de León, uno de los primeros neurólogos y, al parecer, introductor de este método terapéutico al Uruguay, publicó un artículo en la revista oficial de la Facultad de Medicina en el cual describió de forma general las ventajas de la aplicación electrostática.443 Carecemos de información exacta sobre la fecha en que se inauguró la «sección de electroterapia», aunque, en la documentación institucional, la sala figura desde 1899.444 Junto con estos métodos y otros alternativos desarrollados durante el período, se comenzaron a utilizar estrategias que buscaban atacar la enfermedad pero a través de un refinamiento en los métodos. Dentro de esas posibilidades, se encontraban la hipnosis y los primeros pasos de la psicoterapia, así como la recurrencia a distintos calmantes.

440 *Comisión Nacional de Caridad...*, o. cit., p. 319.

441 Carlos MAESO, *El Uruguay a través de un siglo*, Montevideo, Tipográfica Moderna, 1910, p. 182.

442 *El Hombre*, año 1, n.º 6, Montevideo, 2 de diciembre de 1916, p. 3.

443 Jacinto De LEÓN, «Electricidad médica», en *La Facultad de Medicina*, año 1, n.º 1, Montevideo, 20 de junio de 1896, p. 2.

444 AGN y CNCBP, o. cit., del 5 de enero de 1900 al 26 de junio de 1901, f. 69; *Comisión Nacional de Caridad...*, o. cit., p. 321.

Hipnosis, psicoterapia y sedantes

La hipnosis fue otra vertiente terapéutica que formó parte del instrumental médico desde que comenzaron a actuar en el asilo-manicomio. El hipnotismo fue utilizado por Charcot, quien lo adoptó para curar la histeria, ya que aseguraba que solo los histéricos podían ser hipnotizados. Las noticias sobre los experimentos hipnóticos de Charcot llegaron a Uruguay en la década del ochenta del siglo XIX y fueron divulgadas por las publicaciones científicas, que destacaron que el reconocido médico francés «produce fácilmente en enfermos de histerismo accesos de sonambulismo y catalepsia», que llevaban al paciente inconsciente a «ejecutar actos mecánicos, como coser, escribir y aún contestar a preguntas algunas veces con notable lucidez».⁴⁴⁵

En 1888, el médico napolitano Pascual Viscido solicitó la reválida de su título de doctor en Medicina por la Universidad de Nápoles, para lo cual debió presentar una tesis de grado ante las autoridades uruguayas. La tesis trataba sobre el hipnotismo como cura para «las diversas formas de enajenaciones mentales», pero, en concreto, para la hipocondría, la lipemania y la monomanía impulsiva, ya que permitiría inducir en el paciente «ideas opuestas a las fijas en el cerebro; infundiendo sentimientos generosos en vez de otros pervertidos, para modificar de esta manera los instintos perversos».⁴⁴⁶ Nuevamente, estamos ante una tensión entre el campo médico que comenzaba a profesionalizarse y a recurrir a análisis patológicos cada vez más sesudos —y a sus consiguientes técnicas curativas— y la supervivencia de formas de tratamiento que databan de principios del siglo XIX y cuya efectividad era puesta en cuestión. Para Viscido, el hipnotismo era una cura certera, ya que:

Produce un efecto inmediato e importante: el sueño y la calma que ningún medicamento puede producir de una manera tan completa sin ofrecer peligros, [...] efectúa una serie de fenómenos consecutivos sobre los cuales debe colocarse la disminución y supresión del hábito morboso, [...] permite utilizar las sugerencias; provocar con su influencia modificaciones en las ideas, en el carácter, en el instinto; radicar el hábito al trabajo intelectual y material, en los que se han abandonado, [...] hace cesar las alucinaciones y delirios, [...] restablece las funciones orgánicas; suprime las gastralgias, y de aquí la posibilidad de una regular alimentación en los dementes y neuropáticos que rehúsan alimentarse, [...] [y, por último,] logra obtener también de los enfermos que rehúsan decir algo que pueda orientar al médico, confidencias que permiten reconocer la causa y patogénesis de su enfermedad nerviosa o mental y prestar las medicaciones físicas y morales más oportunas y favorables.⁴⁴⁷

445 *Boletín de la Sociedad Ciencias y Artes*, año v, n.º 44, 30 de octubre de 1881, p. 526.

446 Pascual M. VISCIDO, *La hipnoterapia. Tesis presentada para obtener la revalidación de su título en la Facultad de Montevideo por Pascual M. Viscido, médico-cirujano de la Facultad de Nápoles*, Montevideo, Imprenta Elzeviriana de C. Becchi, 1888, pp. 26-27.

447 *Ib.*, pp. 34-35.

Según el médico italiano, la hipnosis no solo era efectiva para el tratamiento de las manías, sino que, en su experiencia clínica, había logrado curar a un epiléptico, Juan Cometa, de 14 años y con ataques convulsivos. La hipnosis se produjo «con la simple presión de los dedos sobre los párpados», lo que permitió el cese de las convulsiones y el inicio de un «estado sonambólico [sic]» para «hacerle sugerencias con fines terapéuticos».448

En Uruguay, y en casos de mujeres, algunos médicos recurrieron a sesiones hipnóticas para los casos de histerismo. A ello se agregó, como ya apuntamos, la visión de la histeria como una consecuencia de la sugestión y, por ende, capaz de ser tratada a través de la hipnosis y de una acción correctiva. En 1910, Sebastián Rodríguez y Santín Carlos Rossi aplicaron sobre una enferma histérica el tratamiento hipnótico (que se complementó con «píldoras inocuas y obleas de azul de metileno») para combatir una supuesta coxalgia y una parálisis en la pierna, que los médicos interpretaron como una manifestación histérica. El procedimiento hipnótico consistió básicamente, tal como relata el médico, en una orden para que la paciente durmiera y en «presión ocular». Desconocemos si, como sostiene Porter para el caso de Charcot, la enferma teatralizó su situación o si también, en el clima generado en el consultorio, la mujer se decidió a relatar su vida y, por ende, finalizar con la llamada «amnesia histérica».

El resultado feliz se hizo notar [...]. La enferma narró su vida, relató con todos sus detalles el incidente, y en cuanto a sus dolores y a su coxalgia, se le ordenó que olvidara aquellos y se le aseguró que esta cedería a los baños y a los remedios que tomaría.

Durante seis sesiones, y siempre según los médicos, lograron curar a la mujer y obtener información fundamental para el mejor tratamiento del caso.449 Rossi afirmó que la historia era «interesante a dos títulos» por «el fárrago patológico que es, y por el ensayo feliz de una terapéutica que está reclamando la atención de la ciencia médica, la sugestión hipnótica, fecunda en resultados brillantes para la Terapéutica y la Medicina Legal».450 Sin embargo, a comienzos del siglo XX, y en especial a partir de la segunda década, la hipnosis dio paso a la llamada psicoterapia, que buscó la sugestión de los pacientes para encontrar causas personales y familiares que permitieran destrabar problemas de comportamiento.

La psicoterapia fue el tratamiento para tratar manifestaciones histéricas, ya fuera para curar a una mujer ciega o a una persona que se negaba a orinar. Con esta técnica, los médicos recurrieron a la sugestión a través del convencimiento del paciente. El caso de la histérica incapaz de controlar su brazo izquierdo fue resuelto del siguiente modo por el médico A. J. Aguerre: «Hice aislar a la enferma prometiéndole una visita al día siguiente», durante la cual amenazó a la mujer «con un encierro más riguroso». «Al día siguiente volví y cuál no sería mi sorpresa al oír de boca de la madre y de la misma enferma que

448 Ib., pp. 62-63.

449 Rossi, «Un caso de histero-traumatismo...», o. cit., p. 424.

450 Ib., p. 425.

sus movimientos habían desaparecido.»⁴⁵¹ Podríamos preguntarnos si no fue la amenaza ante el encierro lo que motivó a la mujer a abandonar el tic y no la capacidad sugestiva del médico.

En otros casos, los médicos simularon la intervención quirúrgica. De esta forma, Luis Morquio trató una «apendicitis histérica» al realizar una «pseudoperación» (que incluyó anestesia y cloroformo) sobre «la niña Rosa B., de 13 años». Luego de la supuesta intervención, los síntomas de apendicitis desaparecieron, lo que demostró que la afección había nacido «por sugestión del contagio de una parienta, operada por apendicitis grave».⁴⁵² La persuasión, el aislamiento y la «vigilia» sobre la conducta de los enfermos, en especial, de los histéricos, eran aprobados por todos los médicos y todas las orientaciones político-ideológicas. En sus cartas desde París, Dighiero sostuvo que

la psicoterapia ha prestado reales servicios en este caso, pero no habrá sido el único agente de curación como en la histeria y habrá necesitado, además, la ayuda de otros medios, como ser el reposo cerebral absoluto, la hidroterapia, etc..

Esto hacía de la histeria «una neurosis cuyas manifestaciones pueden ser reproducidas por sugestión en sujetos predispuestos, y curados exclusivamente por persuasión».⁴⁵³

A la psicoterapia combinada con descargas eléctricas recurrió Bernardo Etchepare. El médico inició el tratamiento a través de sucesivas conversaciones con la paciente «usando del procedimiento de Freud».⁴⁵⁴ En los intercambios, se enteró que la mujer «estuvo a punto de estudiar para maestra», que era «muy cariñosa» y que su menstruación era «buena y regular». Asimismo, supo que «tenía pesadillas terroríficas» y «leía exageradamente, con ansia, de todo lo romántico, muy amiga de novelas, como las de Carolina Invernizzio y otras de ese calibre».⁴⁵⁵ Por medio de la conversación, «pude hacerle recordar que en un cinematógrafo había visto una escena, que había olvidado completamente; esa escena representaba una niña que en un accidente había perdido la vista, habiéndola recobrado gracias a un oculista». El médico concluyó que se encontraba «en presencia de una histérica indudable» con «una histeria negativa, a base de simulación». Etchepare se convenció de que la mujer buscaba «hacerse interesante en forma alguna» o «sacar partido de una situación cualquiera de superchería».⁴⁵⁶

La incorporación del psicoanálisis, y de la corriente freudiana, provocó un cambio radical en la conceptualización de las enfermedades mentales, ya que,

451 A. J. AGUERRE, «Un caso de tic del brazo de naturaleza histérica», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. VI, Montevideo, 1904, pp. 181-182.

452 LUIS MORQUIO, «Pseudo apendicitis histérica», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. XIII, Montevideo, 1910, p. 300.

453 Dighiero, o. cit., p. 280.

454 En 1890, Freud planteó sus ideas principales en el texto, considerado fundador del psicoanálisis, *Tratamiento psíquico-tratamiento del alma* (Dunker, o. cit., p. 19).

455 Bernardo ETCHEPARE, «Ceguera histérica», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. XV, Montevideo, 1913, pp. 113-114.

456 *Ib.*, pp. 117-118.

además de las explicaciones tradicionales que combinaban la herencia, lo moral y lo orgánico, ganó terreno la psicologización del individuo. Aunque huelga aclarar que esa adaptación no fue uniforme ni inmediata.

El paulatino ingreso del psicoanálisis se debió a la actuación de los médicos que comenzaron a estudiar las propuestas del especialista vienés, aunque sus consideraciones recién se divulgarían a partir de fines de la tercera década del siglo XX. Sin embargo, el hecho de nombrar el psicoanálisis como parte de la disciplina da cuenta de que, desde comienzos de siglo, la psiquiatría comenzó a tomar elementos propuestos por Freud y sus seguidores, y que su divulgación en Uruguay fue inicialmente muy cercana a los círculos médicos.⁴⁵⁷

En 1916, Santín Carlos Rossi defendió el psicoanálisis contra aquellos que lo consideraban «cosas de taumaturgia» y «un arte de palabras». Por el contrario, sostuvo que, sin abandonar el examen clínico y patológico, «no hay razón para que la terapéutica de esos cuadros no pueda tener un lugar noble e indicado en el libro y en la clínica» y reafirmó que, gracias a este método, había logrado «algunos hechos clínicos incontrovertibles» («no admito accidente histérico sin origen emotivo»).⁴⁵⁸ En el caso de Ángela M., ante los ataques histéricos, que derivaron en una amenorrea, la aparición de una manía y depresión, Rossi entrevistó a la mujer en varias ocasiones y encontró «que la joven tuvo una amiga y vecina que falleció hace algún tiempo con pertinaz amenorrea, y que era voz corriente en el vecindario que la amenorrea había causado dicha muerte» y que la «enferma creyó, por su parte, que su amenorrea tendría el mismo fin, y de esa idea derivaba todo el cuadro». Por ello, y en una clara manifestación de apropiación sobre la paciente, se sintió «dueño de todo el proceso de la enfermedad — etiología, naturaleza, marcha—» y «resolví dejar de lado la amenorrea y emplear un criterio exclusivamente psicoterápico» para demostrar a la joven «el error de su interpretación sobre la amenorrea», «las diferencias entre su caso y el de su amiga que parece haber muerto tuberculosa» y «me empeñé en convencerla de que sus temores eran exclusivamente emotivos y que deberían desaparecer por su simple convicción». ⁴⁵⁹

En general, las sesiones de psicoterapia sustituyeron el aislamiento y el reposo, del mismo modo que permitieron que los pacientes fueran tratados de forma ambulatoria aunque, en ocasiones, por decisión médica, se buscara sustraerlos de su medio social. La psicoterapia complementaba, entonces, otras formas del tratamiento. Además de las sesiones, Rossi recetó a la enferma «ovocitina Aster y un régimen tónico» que provocarían la menstruación y, eventualmente,

457 Es interesante que la historiografía de la medicina escrita por los médicos no haga alusión al ingreso de Freud al país, situación más llamativa aún porque han construido relatos sobre los vínculos de los primeros psiquiatras con, por ejemplo, Charcot u otros célebres alienistas de la época.

458 Rossi, «Contribución al estudio del Psico-análisis», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. xix, Montevideo, 1916, pp. 725-726.

459 *Ib.*, p. 726.

tranquilizarían a la mujer. Las «funciones menstruales» se reestablecieron «y ya han pasado dos períodos en que se siguen cumpliendo regularmente», mientras el «estado nervioso no ha presentado particularidad alguna: la joven está curada».⁴⁶⁰

Con terapéuticas como la recomendada por Rossi, nos encontramos en el inicio de la «psicologización» de la medicina en el país. El psicoanálisis era, según Rossi, una teoría introducida en las ciencias psíquicas por Josef Breuer (1842-1925) y por Freud, que afirmaba la relación entre las «psiconeurosis» y «un traumatismo psíquico» que, «a veces, es lejano, a menudo inconsciente, siempre emotivo y del cual derivan más o menos directamente todos los síntomas».⁴⁶¹ Esto no excluía del tratamiento el «hipnotismo, ni la sugestión, ni la percusión, ni la medicación coadyuvante, ninguno de esos agentes que por lo mismo que existen tienen todos razón de ser, todas sus indicaciones y todos sus ventajas».⁴⁶² Sí existía la posibilidad de no «dar algún medicamento que pudiera servir aunque fuera de sugestión indirecta».⁴⁶³ Pese a esa consideración de Rossi, al mismo tiempo, hicieron su aparición los primeros sedantes.

Entre los sedantes más frecuentes, se encontraba la inyección de trementina, que creaba un absceso local muy doloroso que desencadenaba reacciones sistémicas como fiebre elevada. Se sostenía que la fiebre calmaba la actividad cerebral y así se controlaba la conducta del paciente. Asimismo, en ambos casos, se apuntaba a que el dolor físico pusiera término a las situaciones de excitación o de congestión. Por ejemplo, la trementina fue utilizada para descongestionar el cerebro en casos de parálisis, ya que se entendía que favorecía la leucocitosis y contribuía así a la defensa del organismo ante posibles infecciones cerebrales. Estas afirmaciones provienen de una posición claramente materialista de la enfermedad.

El uso de drogas no era nuevo en el manicomio, aunque tampoco era frecuente su recurrencia. En un informe presentado en 1881 sobre la situación de la farmacia del manicomio durante el primer semestre de ese año, podemos ver drogas y productos naturales utilizados para múltiples objetivos. Las sustancias, en su mayoría orgánicas, demuestran que probablemente aún no se recurría a otro tipo de químicos y que, en muchos casos, las llamadas «drogas» cumplían una función meramente accesoria. Así, las «almendras dulces» o las «amapolas» convivían con el «ácido [sic] bórico», el «cloroformo» o un inespecífico «bálsamo tranquilizante». La labor médica o farmacéutica no se distanciaba mucho de algunas prácticas frecuentes y consuetudinarias de la farmacopea popular.⁴⁶⁴ Una situación similar podemos encontrar en la referencia, realizada en 1874 por el *Boletín Médico-Farmacéutico*, a un medio empleado en un caso de «*delirium tremens*», para el que se empleó «polvo de pimienta roja a la dosis de 30 gramos»

460 Ib., pp. 726-727.

461 Ib., p. 728.

462 Ib., p. 729.

463 Ib., p. 728.

464 AGN, HA, MSP y HCM, libro 4844, f. 177.

que permitió que el enfermo se calmara y durmiera por seis horas, luego de lo cual «no volvió a presentar delirio».⁴⁶⁵

No todos los médicos eran partidarios de la aplicación de la «contención medicamentosa» «practicada de una manera inconveniente», porque colocó «al enfermo en una situación peor que la que crea la coerción física», ya que lo volvía dependiente a la administración de alguna droga. En 1898, Enrique Castro pidió reaccionar «contra esta práctica abusiva» que había provocado «accidentes» mortales entre los pacientes, que «he tenido ocasión de presenciar», por la administración de

Altas dosis de cloral, morfina, bromuro, etc., que tienen como acción unas veces provocar la demencia, es decir la incurabilidad de la enfermedad, dadas que serían curables y otras, las más, anticipar una demencia fatal que debe retardarse por todos los medios posibles.

A ello agregó «la acción peligrosa de algunos de ellos sobre el corazón como el cloral, que impide pueda administrarse muchos días seguidos y se juzgará del mal que ocasiona su acción contaminada diariamente durante tiempo»; todos eran medicamentos «heroicos» pero «peligrosísimos», que «hay que saber manejar», por lo que les correspondía solo a los médicos su administración.⁴⁶⁶

Para la segunda década del siglo XX, podríamos decir que todos los médicos estaban en sintonía con las apreciaciones de Santín Carlos Rossi, para quien «la locura es una enfermedad semejante a todas las demás en el proceso patológico, y distinta de ellas en que el enfermo no puede presidir a su propia curación», por lo que «el éxito de la terapéutica en los alienados depende en gran parte de la precocidad de la asistencia», para la que se contaba con distintos medios terapéuticos, relacionados con atacar las causas orgánicas y también las llamadas morales que buscaban ceñir al paciente a la disciplina laboral y rutinaria.⁴⁶⁷

Laborterapia

Recurrir al trabajo de los internos no era una práctica nueva. Pinel sostuvo que el trabajo era una terapéutica fundamental en el tratamiento de los enfermos psiquiátricos porque mantenía activo al paciente y era, según su visión, una garantía de moralidad al permitir la incorporación de hábitos y rutinas. Desde los orígenes de la reclusión asilar, los pacientes realizaban distintas tareas en el Hospital de Caridad (y en todos los nosocomios del mundo). Por ser pobres no podían pagar la internación ni su manutención en el establecimiento, por lo que las distintas comisiones de caridad que se sucedieron en el siglo XIX encontraron que, mediante el trabajo en el establecimiento, podían realizar una retribución. Los hombres eran utilizados en tareas que requerían mayor desgaste físico

465 *Boletín Médico-Farmacéutico*, año 1, n.º 1, Montevideo, junio de 1874, p. 4.

466 MHN, o. cit., t. 1436, fs. 39-42.

467 Rossi, *El alienado...*, o. cit., p. 75.

y las mujeres, en el servicio de limpieza, cocina y lavado. El trabajo era entendido como un derecho inalienable de los «pobres», los cuales, a través de su esfuerzo personal, lograrían superar su situación de adversidad. Por ende, el concepto de trabajo, promovido dentro del asilo de alienados o del manicomio, combinaba la importancia conferida a diversas labores y la utilidad de las actividades que podían realizar los pacientes.⁴⁶⁸

En el caso de los enfermos psiquiátricos, desde la fundación del Asilo de Dementes, los médicos insistieron en la capacidad del trabajo —en especial, en el medio rural— para contribuir con la terapéutica. La laborterapia pasó a ser uno de los elementos sobresalientes en la terapéutica aplicada a los internos y era, al mismo tiempo, un instrumento para desarrollar actividades que los pacientes podían realizar en su vida cotidiana fuera del asilo. Como lo señaló el sociólogo francés Robert Castel, tras este proyecto de reinserción de los pacientes en el medio productivo, a través de pequeñas tareas que luego del alta podían desarrollar en la sociedad, se encontraba una especie de «utopía constructivista», una pedagogía manicomial que forjó «un auténtico proyecto de conductismo anticipado» y que buscó

Controlar todas las variables del medio, al aplicar constantemente un conjunto coherente de medios racionales para taponar todas las brechas por las que se manifiesta el desorden; se construirá enteramente un perfil normalizado del hombre enfermo.⁴⁶⁹

En 1862, Brunel sostenía que el asilo debía contar con «terrenos disponibles para el cultivo con el objeto de emplear los dementes en trabajos de agricultura, trabajos que facilitan mucho el tratamiento de la locura». La intención del profesional era que los internos realizaran actividad física «gastando así el acceso de su actividad cerebral» para alcanzar «la tranquilidad y el sueño tan necesarios a su tratamiento y que les evite las correcciones que con otras circunstancias se tendrían que emplear».⁴⁷⁰ La misma posición defendió en su tesis de grado Andrés Crovetto, quien encontraba en el trabajo de los enfermos una explicación orgánica, ya que era «necesario activar la acción de sus órganos físicamente para dar reposo al cerebro».⁴⁷¹

Brunel también insistió en que los internos debían tener tiempo para el esparcimiento y para cumplir con las tareas religiosas. Con relación a lo primero, defendió que no hubiera «inconveniente en establecer una sala de billar y otra para diferentes juegos en los jardines que fuesen especialmente destinados a los convalecientes».⁴⁷² El galeno francés sostuvo que «los juegos y los trabajos en comunidad de los dementes que tengan un delirio moderado les fortifica el espíritu

468 Diana BIANCHI, *La ilustración española y la pobreza: debates metropolitanos y realidades coloniales*, Montevideo, FHCE, 2001, pp. 131-134.

469 Castel, o. cit., p. 252.

470 Brunel, o. cit., pp. 324-325.

471 Crovetto, o. cit., p. 44.

472 Brunel, o. cit., p. 325.

de sociabilidad que pierden casi enteramente cuando se les deja vivir en la ociosidad». Las relaciones frecuentes y la participación en actividades comunes podían despertar en los internos «sentimientos de benevolencia y de afecto», pese a lo cual era imprescindible evitar el contacto.⁴⁷³ El ejercicio físico e intelectual permitían «menos desorden en su espíritu y, por consiguiente, mucha disminución en el número de los furiosos», mayor apetito, «tranquilidad y orden en el servicio», y pocas ideas suicidas gracias «al bienestar del que gozan y a las ocupaciones continuas que absorben todo su tiempo». Esto hacía que los locos que participaban de actividades fueran «más disciplinados que aquellos que son incurables, encontrándose más facilidad para emplearlos en trabajos útiles que se armonicen, sin embargo, con su estado moral».⁴⁷⁴ Eran parte del tratamiento moral, a través de

Todos los medios generales e individuales que pueden obrar, directa o indirectamente, la comunidad, la educación, la disciplina, el trabajo físico e intelectual, las penas y recompensas, las diversiones, el canto, la música, la lectura, los paseos, los ejercicios gimnásticos.⁴⁷⁵

La quinta del asilo era, según las autoridades, un espacio modelo que, de acuerdo a las cifras presentadas en 1880, había contribuido «al sostenimiento del establecimiento y del Hospital de Caridad con sus abundantes verduras». El trabajo de los internos permitía ahorrar «salarios de peones», pero, al mismo tiempo, se convertía en «uno de los tantos medios de curación que se aplican al alienado».⁴⁷⁶ Por su parte, Canaveris consideró la laborterapia como uno de los «varios sistemas de curación para esta clase de enfermedades». Por eso, en la memoria anual de 1880, propuso «la organización de algunos talleres para la confección de ropas y calzados» con los que «se obtendría en la práctica inmensas ventajas, ya para la curación y [el] entretenimiento del enfermo como [para] la economía y utilidad que reportaría el Establecimiento».⁴⁷⁷ Algunos productos elaborados en la hilandería del manicomio participaron de una exposición industrial que se realizó en Buenos Aires en el año 1882, dato significativo para afirmar que la propuesta de Canaveris fue tenida en cuenta.⁴⁷⁸

De acuerdo con el médico Ernesto Fernández Espiro, a quien ya veremos en acción por la relación que estableció entre locura y prostitución, era imprescindible que los médicos le «inculcar[an] a la gente pobre el amor al trabajo», ya que las «costumbres honestas» permitían «ahogar en su origen una mala pasión».⁴⁷⁹

473 Ib., p. 343.

474 Ib., p. 344.

475 Ib., p. 337.

476 AGN, HA, MSP y HCM, libro 4844, f. 440.

477 «Memoria presentada al señor don Antonio Silveira miembro de la Comisión de Caridad, Inspector del Manicomio Nacional, por el secretario del mismo Asilo en 1.º de enero de 1881», en AGN, HA, MSP y HCM, libro 4842, f. 134.

478 AGN, HA, MSP y HCM, libro 4844, f. 265.

479 Ernesto FERNÁNDEZ y ESPIRO, *Contribución al estudio etiológico y profiláctico de la prostitución en Montevideo. Tesis para optar al grado de doctor en Medicina y cirugía*, Montevideo, Imprenta a Vapor de la Nación, 1883, p. 14.

El orden en el trabajo era una forma de obligar al paciente a obedecer a las autoridades y su disciplina. A decir de Canaveris, de esta forma,

Se ha conseguido que la vigilancia del alienado sea más prolija [...], [y] es sorprendente la disciplina que se ha logrado realizar en un número tan crecido de enfermos, pues, tanto para las horas de comida como en las de paseo, cada alienado conoce su puesto, conservándose tranquilo, obediente y con el orden más perfecto.⁴⁸⁰

Podríamos pensar que la laborterapia era importante porque convertía a los internos en hombres y mujeres productivos (y generaba un ahorro significativo para el establecimiento), permitía valorar el trabajo (entre personas que, muchas veces, no contaban con un empleo estable o habían sido internados por «vagos»), era una forma de mantener el orden y las rutinas, y le permitía al médico estudiar al paciente en el desarrollo de distintas aptitudes (fuera trabajando o en los ratos de ocio). Era un «instrumento de curación» que los médicos debían «emplear con discernimiento».⁴⁸¹

En 1895, bajo la dirección de Rafael Maggio y la construcción de Pedro Sartori, comenzó la edificación del lavadero y de los talleres del manicomio, que se inauguraron en enero de 1896. En el lavadero, por ejemplo, la Comisión de Caridad se ahorra el pago de la ropa de cama de todos los establecimientos dependientes de ella, puesto que eran los propios internos quienes se encargaban de limpiar y planchar las prendas.⁴⁸²

En mayo de 1897, la Comisión del Manicomio realizó la primera muestra

De los artículos que se confeccionan en los talleres de escobería, cepillos y canastería, afin [sic] de que las Comisiones Delegadas de los demás establecimientos puedan hacer los pedidos que necesitan, previa orden de la Dirección General.⁴⁸³

En 1905, funcionaban talleres de escobería (en los que se fabricaba unas 12000 escobas y cepillos anuales y también coronas fúnebres), de zapatería (con 1500 pares de zapatos por año), de cigarrería (con 5000 a 6000 cigarros para consumo interno), de colchonería, de sastrería (con cerca de 10000 prendas anuales), de carpintería, de herrería, de pintura y de albañilería.⁴⁸⁴ Los únicos internos que tenían prohibida la participación en los talleres eran los que se encontraban en aislamiento y los presos destinados al manicomio por su estado de «enajenación mental», ya que podían adquirir «instrumentos de uso peligroso procedentes de los talleres, para servirse de ellos contra los guardianes o los compañeros».⁴⁸⁵

480 Canaveris, o. cit., p. 306.

481 MHN, o. cit., t. 1436, fs. 56, 57.

482 AGN y CNCBP, o. cit., del 26 de marzo de 1895 al 5 de agosto de 1896, f. 143.

483 AGN y CNCBP, o. cit., del 7 de agosto de 1896 al 24 de mayo de 1898, f. 156.

484 Información y cifras tomadas de: *Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública...*, o. cit., p. 323.

485 José IRURETA GOYENA, «Sobre establecimientos para los criminales delincuentes», en *La Revista de Derecho, Jurisprudencia y Administración*, año II, n.º 18, Montevideo, 31 de mayo de 1905, p. 280.

Entre las mujeres, pese a las cifras discontinuadas y a las omisiones, entre 1879 y 1907, la principal concentración en una franja etaria se encontraba entre los 20 y los 40 años. Si tomamos en cuenta los promedios de esperanza vital de la época, podríamos decir que se trataba de personas económicamente activas. La esperanza de vida entre las mujeres pasó de 42,3 años promedio en 1883 a 52,2 en la primera década del siglo XX. Entre los hombres, el fenómeno fue muy similar, pero las cifras de esperanza de vida eran menores, aunque no de forma significativa (de 41,7 años en 1883 a 50,8 entre 1908 y 1909).⁴⁸⁶ En la sección de hombres, y para el mismo período, la concentración se produjo en la misma franja etaria que en las mujeres, aunque el número de pacientes masculino era superior al femenino.⁴⁸⁷ En cuanto a las ocupaciones, el establecimiento de reclusión manicomial estuvo destinado a los sectores más pobres de la población, por lo que se destacaban aquellas ocupaciones desempeñadas precisamente por los estratos sociales más bajos. Según nuestros cálculos, la mayor parte de los internos hombres trabajaban como jornaleros, albañiles, carpinteros, herreros, marineros y sirvientes, o bien carecían de oficio. En el caso de las mujeres, las «labores» —sinónimo en la época para las tareas de empleadas domésticas, cocineras, lavanderas y planchadoras— eran la ocupación mayoritaria.⁴⁸⁸ La situación no se modificó a comienzos del siglo XX; las cifras oficiales en el registro de ingresos anuales dan cuenta de una fuerte presencia de los jornaleros entre los hombres y de mujeres dedicadas a «quehaceres domésticos», amplia categoría donde se englobó desde amas de casa hasta sirvientas, pasando por lavanderas o planchadoras (la feminización se debe a que solo se registraron mujeres desempeñando esta tarea).

En todos los casos, la ocupación de jornalero o las tareas domésticas llegan a guarismos que superan el 50%.⁴⁸⁹ Y, en el caso de las mujeres, los quehaceres oscilan entre el 70 % y el 80% de las ocupaciones. No obstante, al analizar el libro de ingresos de mujeres para los años comprendidos entre 1904 y 1907, pudimos corroborar que también se señaló la realización de «labores» como ocupación en casos de niñas de 3, 4 o 5 años y de ancianas demenciadas, por lo que es probable

486 Cifras tomadas de: Ana María DAMONTE, *Uruguay: transición de la mortalidad en el período 1908-1963*, Montevideo, Facultad de Ciencias Sociales-Universidad de la República, 1994.

487 Elaborado según: *Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública...*, o. cit., p. 328; *La Asistencia Pública Nacional...*, o. cit., p. 295.

488 Con relación al total de las personas asistidas durante el período considerado, los pensionistas, cuyas familias pagaban por una internación, nunca llegaron a ser más del 20%. Por ende, para un 80% de los pacientes, la atención era gratuita, aunque es cierto que muchos de estos últimos internos realizaban distintas labores para pagar su estadía. Datos tomados de: *Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública...*, o. cit., p. 318.

489 Luis Alberto Romero e Hilda Sábato señalaron que la categoría *jornalero*, al menos en el caso argentino, pero que podríamos extender al Uruguay, era utilizada para identificar a las personas que realizaban trabajos de escasa calificación y para incluir las ocupaciones tanto urbanas como rurales (Luis Alberto ROMERO e Hilda SÁBATO, *Los trabajadores de Buenos Aires: la experiencia del mercado, 1850-1880*, Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 1992, pp. 111-146).

que, si tomamos en cuenta las características de esa población, se tratara de un formulismo antes que de una información real.

Imagen 9. Taller de pintura



Fuente: «Imagen n.º 487», en Archivo Nacional de la Imagen, sobre, *Colección Fitz-Patrick*.

El trabajo se complementaba con otras tareas regladas: levantarse, asearse, desayunar, almorzar, cenar a horas fijas y trabajar con horario, las cuales acostumbraban al interno a seguir una rutina. Sería lo que Foucault llamó «régimen disciplinario», que se caracterizó por distintas técnicas de coerción ejercidas para un encasillamiento sistemático del tiempo, el espacio y el movimiento de los individuos. En 1862, Brunel decía que era imprescindible someter al demente «a una disciplina regular para reanimar o para que renazcan en él las primeras ideas de orden».⁴⁹⁰ Barrán sostiene que el trabajo, y su función disciplinante, evolucionaron desde un lugar marginal hasta transformarse, en el pasaje de siglo, en la «panacea» terapéutica.⁴⁹¹ De acuerdo con el mismo autor, en 1899, ya trabajaba el 20% de los internados en la huerta, el lavadero, la zapatería, la cigarrería y la cocina, y otros hacían de albañiles.⁴⁹² Convendría matizar estas afirmaciones del historiador, ya que la laborterapia no fue la única ni la exclusiva alternativa terapéutica, aunque sí una muy importante que buscaba más la inserción de los pacientes en el mercado laboral y en el medio social.

490 Brunel, o. cit., p. 339.

491 Barrán, o. cit., vol. II, p. 49.

492 Ib., p. 50.

La historiadora argentina Lila Caimari⁴⁹³ señaló que las ideas de trabajo y encierro estaban asociadas desde tiempos coloniales, por lo que la novedad pasó por un «enérgico giro de racionalidad utilitaria», un proceso por el cual la cárcel —y, podríamos agregar, el manicomio— pasó a ser un agente transformador. A decir de Barrán:

El enfermo era un ser con los derechos recortados y un formidable capítulo de deberes que buscaba saliera del nosocomio no solo un hombre sano, sino enteramente otro hombre desde el punto de vista moral, mejor dotado que el que había entrado, para el autocontrol de sus pulsiones y rebeldías.⁴⁹⁴

El paciente debía respetar los horarios y trabajar, y tenía absolutamente prohibido cometer cualquier desliz, desde robar comida hasta masturbarse o mantener relaciones. Bajo la férrea mirada de las hermanas de caridad —que, en ese punto, coincidían con los médicos—, las rutinas en el asilo primero y en el manicomio después no se alteraban. Era, en cierta medida, una forma de intentar recuperar el orden de hombres y mujeres que, por su estilo de vida o patología, tenían trastornada la razón.

No solo el trabajo fue visto como una tarea terapéutica. Dentro de las actividades formativas o de ocio, se encontraban la asistencia a misa y la participación en distintas actividades litúrgicas del rito católico, tal como se puede ver en la siguiente imagen.

Imagen 10. «Las locas en misa»



Fuente: «En un triste cuadro, copiado del natural, el que representan esas infelices privadas de razón, asistiendo en la capilla del manicomio el santo sacrificio de la misa», en *La Ilustración Uruguaya*, año I, número 7, Montevideo, 15 de noviembre de 1883.

493 Lila CAIMARI, *Apenas un delincuente. Crimen, castigo y cultura en Buenos Aires, 1880-1955*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2004, pp. 42-43.

494 Barrán, o. cit., vol. II, p. 24.

Brunel consideró esa práctica muy conveniente, aunque, conforme avanzó el proceso de secularización, fueron varios los médicos que se refirieron a estas actividades como inadecuadas. Podríamos pensar que los médicos —incluso los más anticlericales— vieron la participación en las misas o en las festividades católicas como un complemento de las tareas que se desarrollaban en los talleres. Es significativo, por ejemplo, que Andrés Crovetto, quien no dudó en enjuiciar la presencia de las monjas en el establecimiento, no se pronunciara en contra de las actividades religiosas. Lo mismo podríamos decir de otros facultativos del período, algunos militantes anticlericales conocidos, como Santín Carlos Rossi.

Otra forma de practicar el ocio era la lectura, ya que la Comisión Auxiliar del Manicomio se preocupó por conformar una «Biblioteca recreativa», hecho para el cual cursó «circulars a varias personas de la Capital y se han conseguido algunos volúmenes». ⁴⁹⁵ Desconocemos cómo siguió funcionando ese lugar; sin embargo, la intención de formarla expresa la preocupación de médicos, religiosos y administradores por «ilustrar» a los internos, no solo por enfermos, sino también por pobres y, de acuerdo a una expresión de época, por «viciosos».

La educación

Otra alternativa, en especial entre los pacientes con cuadros de idiocia o retardo, era apostar a la educación especial. El artículo del integrante del cuerpo médico escolar Sebastián Rodríguez es ilustrativo de las propuestas realizadas para la educación de los alienados y también permite ver el convencimiento del cuerpo médico sobre su función educativa. Según Rodríguez, quien seguía las propuestas de los psiquiatras y médicos europeos, era imprescindible la participación de los expertos de la salud en las instituciones educativas, especialmente en primaria. Los médicos propusieron una suerte de catecismo higiénico que favoreciera «la salud corporal», pero también «la salud intelectual» para alcanzar «un doble saneamiento, el del cuerpo y el de la mente, y garantiendo [sic] un desarrollo sinérgico y científico, adaptable a las aptitudes físicas y a las capacidades físicas de cada escolar». Todos los alumnos debían pasar por un examen físico e intelectual que permitiría detectar a los niños con alguna anomalía. Para Rodríguez:

La marcha normal de una escuela puede verse seriamente comprometida tanto por la presencia de un niño enfermo del cuerpo como del intelecto, y se ha dicho que así como se toman disposiciones de seguridad personal y colectiva y se hace profilaxis para los unos, hay que tomarlas también para los otros; así como se aleja o se aísla del medio escolar un tuberculoso, diftérico, escarlatinoso, etc., así también hay que aislar o alejar a un atrasado mental o retardado, a un débil de espíritu o a un anormal, porque tanto infectan y hacen peligrar

495 «Memoria presentada al Señor Don Antonio Silveira miembro de la Comisión de Caridad, Inspector del Manicomio Nacional, por el secretario del mismo asilo en 1.º de enero de 1881», en AGN, HA, MSP y HCM, libro 4842, f. 131.

el conjunto los primeros como los segundos; aquellos contagiando y transmitiendo a sus compañeros los síntomas de su enfermedad, y estos contagiando y transmitiendo su despreocupación, su indisciplina en el medio escolar que afecta el desarrollo intelectual de los niños normales.⁴⁹⁶

No se trataba, por lo tanto, de un problema biológico, sino también disciplinario. Dentro de la necesidad de respetar el orden, cualquier «reacción en contra del principio de autoridad» fue psicopatologizada por los médicos.⁴⁹⁷ Sobre esa base, el médico escolar debía velar por «la salud de nuestra inteligencia», función que «crece y se agiganta», «se hace más noble y más simpática aún su misión», porque «se preocupa de la parte más noble e importante de nuestro ser, de la que depende nuestra gran supremacía sobre el resto de todos los seres vivientes que pueblan nuestro globo».⁴⁹⁸ El cuerpo médico escolar se debía dedicar, en primer lugar, a la detección de aquellos estudiantes con un «desarrollo mental defectuoso» para sustraerlos de la escuela común y enviarlos a instituciones donde recibirían «una educación especial» que buscaría corregir «esa anormalidad mental» y «hacer alcanzar a esos mismos retardados el mismo ideal de saber y conocer a que [sic] aspiran todos los normales».⁴⁹⁹

Las «escuelas para retardados» buscaban cumplir con dos objetivos: brindar a los niños aquejados de idioticias de distinta índole un tipo de educación y, al mismo tiempo, «producir una higienización intelectual en el medio escolar, alejando o retrayendo de dicho medio elementos nocivos y perjudiciales para la buena marcha de las escuelas comunes».⁵⁰⁰

La pericia psiquiátrica a los escolares no se debía reducir solo a los débiles mentales, sino que, de acuerdo a la propuesta de Etchepare, era imprescindible investigar «prolijamente el estado psíquico o nervioso de todos los niños». En particular, buscaba detectar a los que llamaba «nerviosos», que no eran «los verdaderos débiles mentales», sino los niños que

Se han caracterizado, desde su entrada a la existencia, por circunstancias que no son normales [...], [que] han tenido períodos de excitabilidad fácil, en forma de llantos constantes, rabietas, a veces, episodios convulsivos, con retardo o anomalías en el establecimiento de la dentición, de la marcha y del lenguaje.⁵⁰¹

Si bien esos comportamientos hoy nos parecen típicos de niños, en la segunda década del siglo XX, el médico citado sostenía que conductas de ese estilo delataban «una insuficiencia psicológica que es, en realidad, una manifestación de herencia patológica». Por eso, era imprescindible estudiar a todos los niños en edad escolar, pero en especial a

496 Rodríguez, o. cit., pp. 46-47.

497 Paysée, «Un informe...», o. cit., p. 36.

498 Rodríguez, o. cit., pp. 46-47.

499 Ib.

500 Ib., p. 48.

501 Etchepare, «Educación de los niños...», o. cit., p. 208.

Los hijos de gotosos, diabéticos, artríticos, en general, que presentan signos de una constitución patológica manifestada ya por una sensibilidad desarreglada, una emotividad excesiva, un humor pasando, casi sin motivo, por todas las fases de la alegría y del descorazonamiento, no siendo esta situación otra cosa más que una manifestación previa de un estado constitucional de excitación y depresión que amenaza la vida entera y que convendría combatir con tiempo.⁵⁰²

Esto incluía a:

Los niños que, por normales que parezcan, cuenten en sus antecedentes familiares con enfermos nerviosos o mentales sobre todo y también los que en la época de gestación pueden haber sufrido por el hecho de molestias del embarazo, [los que] han nacido en malas posiciones, en estado asfíxico o de muerte aparente, los géminos, los convulsos de la primera hora, los que han sido víctimas de una afección cerebral o meningítica, o que han sufrido traumatismos craneanos en la edad temprana.⁵⁰³

Al igual que en las propuestas pedagógicas para los débiles mentales, médicos y abogados del período no solo se preocuparon por los establecimientos de reclusión, sino por la educación de los niños. La labor pedagógica se hermanó con la criminología, porque la educación era una de las formas de evitar el crimen entre los niños sanos y también en aquellos que mostraban algún tipo de anormalidad.

El objetivo era contener a los anormales y alejarlos de la criminalidad, por lo que era muy importante reforzar las escuelas, los talleres y evitar que los niños vagabundearan en la calle. La educación era la forma de reformar a los niños que estaban a un paso de la delincuencia por mostrar algún tipo de psicopatología o vivir en un medio inmoral. Esos niños «indóviles, malos, crueles» por sus actos eran expulsados «de los establecimientos de educación» y terminaban «en las cárceles y prisiones». Entre esos «degenerados superiores», se reclutaba el «mayor contingente» de «la criminalidad y delincuencia», y, «muchas veces, el que empezó siendo delincuente y encerrado en una prisión concluye pasando a un manicomio como verdadero alienado, lo que prueba una vez más que crimen y locura tienen un mismo punto de partida».⁵⁰⁴

En esa asociación, ingresaron consideraciones sobre el consumo de alcohol, los espacios sociales perniciosos y la necesidad de frenar la aparición de patologías que condujeran al crimen a un significativo número de niños.

Dos abogados que buscaron solución a la problemática de la criminalidad infantil fueron Vicente Borro y Washington Beltrán. Ambos negaron la relación directa entre la génesis del delito y la herencia. El niño mostraba tendencia de inmoralidad no porque naciera con inclinación a la maldad (como sostenían los positivistas), sino porque no había incorporado las nociones de responsabilidad y de propiedad que lo llevaban, muchas veces, a cometer actos violentos

502 Ib., pp. 209-210.

503 Ib.

504 MHN, o. cit., t. 1436, fs. 299, 300.

o a robar. Al decir de Beltrán, el crimen «es un fenómeno muy complejo, que no es posible derivar de una sola causa como la ley hereditaria», ya que había que considerar «la influencia del medio». En todos los casos, la criminalidad se podía «neutralizar» con una «educación adecuada, ejemplos sanos, imitación de prácticas morales y fecundas».505 De este modo, el niño, otro sujeto a disciplinar durante el período, incorporaría las nociones más elementales de propiedad y pondría un freno a los «deseos» que, muchas veces, lo conducían a la violencia.506

Todavía en 1914, Santín Carlos Rossi (quien en la década del treinta del siglo XX se desempeñó como ministro de Instrucción Pública) reclamaba un «instituto médico-pedagógico» para la evaluación de todos los niños en edad escolar y la detección de «débiles mentales» que «sirva de filtro a tantas cabecitas que se agotan en el colegio bajo un régimen pedagógico de fuertes, quedando luego a merced de la demencia precoz o los procesos mentales periódicos que los acechan».507 En suma, los niños que mostraban algún tipo de debilidad mental o eran inmorales o incapaces de dimensionar la gravedad de sus actos también debían ser objeto de estudio de los psiquiatras, quienes, si seguimos la propuesta de Rodríguez, se encargarían de clasificarlos y derivarlos a instituciones especiales, ya fuera a modo de educación especial o como reformatorios.

Las variantes del aislamiento⁵⁰⁸

Desde los orígenes del asilo, el aislamiento podía ser «absoluto o relativo, según fuere la afección mental que lo hiciere necesario». El primer tipo implicaba encerrar al paciente «en una celda o cuarto donde quede absolutamente solo», mientras que, por el contrario, «el aislamiento relativo consiste únicamente en separarlo de su familia, de sus amigos, de sus servidores, con el fin de cambiar enteramente sus hábitos». En este tipo de aislamiento, el paciente era sometido a una «disciplina regular» para que «renazcan en él las primeras ideas de orden».509

Para los médicos, era fundamental alejar al enfermo de su entorno social, de su familia (más si era neuropática, como planteaba Etchepare), de los vicios. En ese sentido, el aislamiento era irrenunciable en el tratamiento e, incluso, llevaba a que los profesionales se enfrentaran con las autoridades judiciales y policiales. Por ejemplo, en febrero de 1896, el juez letrado departamental de Montevideo

505 Washington BELTRÁN, *Cuestiones sociológicas. Lucha contra la criminalidad infantil. Artículos periodísticos y discursos*, Montevideo, Cámara de Representantes, 1990 [1910], p. 70.

506 Vicente BORRO, *La delincuencia en los menores. Causas-remedios. Bosquejo presentado con motivo de la invitación hecha por el Honorable Consejo de Protección de Menores a los candidatos a ocupar el puesto de Director del Reformatorio de Varones*, Montevideo, Talleres Gráficos Giménez, 1912, pp. 21-22.

507 Rossi, *El alienado...*, o. cit., p. 53.

508 No trataremos aquí el caso de los «alienados criminales», que abordaremos en un apartado específico.

509 Brunel, o. cit., p. 339.

exigió que fuera remitido ante su presencia el paciente Bernard Guerrino, quien se encontraba internado en el manicomio. La Comisión Delegada del establecimiento, en representación de los médicos, se negó a que el interno fuera trasladado a otro lugar porque se encontraba «sometido al tratamiento médico por su estado mental», que consistía, «según la opinión unánime de todos los alienistas modernos», en «su aislamiento absoluto en una casa de salud como lo es el Manicomio, donde puede ser sometido el enfermo al régimen que su afección reclama». Si Guerrino era retirado del manicomio, «el plan de curación adoptado» se vería afectado, por lo que le pedían al juez que concurriera

Personalmente a este Manicomio para verificar dicho interrogatorio, a semejanza de lo que hacen los Sres. Jueces del Crimen y Correccional con los prevenidos, heridos o imposibilitados físicamente [sic] de concurrir a su presencia, los cuales son también interrogados por los Magistrados en el propio local donde se hallan asilados.

Para los médicos del establecimiento, «el alienado es un enfermo que en rigor para no contrariar o interrumpir su plan de curación debe continuar aislado, separado del mundo o medio exterior donde contrajo su enfermedad, mientras esta no desaparezca».⁵¹⁰

El primer retiro era la internación en el hospicio, pero había otras formas de aislamiento que también cumplían una labor terapéutica. Por ejemplo, la *clinoterapia* era un tipo de sedación que tranquilizaba al paciente al atarlo a los bordes de la cama, incluso por períodos prolongados, con el argumento de que «el alienado es primero un enfermo que requiere observación continua y asistencia en cama».⁵¹¹ Esta situación no siempre era aceptada por los internos. Por ejemplo, en 1904, Etchepare recibió una carta firmada por dos hermanas (cuya historia de «locura comunicada» ya analizamos) que le pedían disculpas al profesional por los «muchos desprecios» que le habían hecho cuando estuvieron recluidas en el manicomio. Las dos mujeres afirmaron que su conducta se debía a «la rabia que teníamos de ver todo lo que nos hicieron, sin haber tenido la culpa de nada» y finalizaban la misiva pidiéndole al médico que «nos perdonen, como también le perdonamos nosotras los tres meses y medio que nos tuvo en la cama». Sin embargo, para el médico, la actitud de las dos escritoras era una manifestación psicopática.⁵¹²

Asimismo, separar al individuo de su entorno social más cercano abría las puertas al programa de resocialización, ya que lo alejaba de los espacios que habían contribuido a la aparición o profundización de la psicopatología. En ese sentido, disentimos con la interpretación de Barrán, para quien «el discurso médico oficial prefería como ámbito curador a la familia y no al hospital». Según él, en parte «por acuerdo con el orden mental establecido que asignaba a la familia el rol de célula social básica, en parte porque la asistencia domiciliaria

510 AGN y CNCBP, o. cit., del 26 de marzo de 1895 al 5 de agosto de 1896, fs. 157, 158.

511 Rossi, *El alienado...*, o. cit., pp. 67-68.

512 Etchepare, «Locura comunicada...», o. cit., p. 416.

sería menos costosa para el Estado, se buscaba llevar la cura al cuarto del necesitado y no trasladar a este al nosocomio». ⁵¹³ Contrariamente a lo que planteó el historiador, los médicos del período consideraban que el ambiente social, y, por ende, el familiar, era uno de los focos más significativos en la aparición de la enfermedad. El paciente debía ser aislado de todo contacto con sus parientes biológicos o rituales. ⁵¹⁴

Los reclamos presentados ante los juzgados civiles en los que se solicitaba autorización para contactarse con un paciente son elocuentes en ese sentido, ya que los familiares reclamaban poder ver al interno o a la interna. Muchas veces, esas solicitudes lidiaron con la negativa de los médicos. Otro ejemplo podrían ser las sucesivas solicitudes de internación realizadas a pedido del esposo, del padre o de los hijos. Quienes pedían la reclusión, ¿lo hacían por propia voluntad o por consejo médico? Es probable que la prédica de los profesionales incidiera en ese sentido, pero también los familiares buscaron, en muchas ocasiones, que el enfermo recibiera un tratamiento que consideraban adecuado. En estos términos lo expresó Santín Carlos Rossi:

Somos devotos de la libertad individual, si bien no nos detendrá el umbral de la familia cuando debamos llevarles el bien, escudándonos en la valiente declaración de Larnaude, cuando se pregunta si no sería necesario proteger al alienado contra su propia familia [...], [ya que,] en la inmensa mayoría de los casos, se concibe, sin esfuerzo, [que] la primera etapa de una afección mental tiene por escenario el ambiente familiar. ⁵¹⁵

Al mismo tiempo, como ya vimos, desde fines del siglo XIX, médicos y abogados desarrollaron la idea de secuestro que obligó a las familias a denunciar los casos de enfermos psiquiátricos y limitó la asistencia domiciliaria. Esta posición obtuvo mayor respaldo con la aprobación de la ley sobre asistencia pública nacional, que, en sus consideraciones, sostuvo que los enfermos psiquiátricos debían «ser separados del ambiente familiar desde que aparecen los síntomas de su psicosis, sustrayéndolos con fines terapéuticos a su medio habitual y cambiándoles completamente su manera de vivir». No es menos cierto que alejar al enfermo de su ámbito familiar permitía que los médicos fueran los únicos responsables y, por ende, los únicos capaces de tomar decisiones sobre la situación de los pacientes. En este sentido, el manicomio no era solo un lugar de reclusión, sino también un espacio pedagógico, moralizante, que reeducaba y readaptaba a los pacientes. Sin embargo, no hubo entre los médicos uruguayos, a tono con la discusión psiquiátrica en el ámbito internacional, una defensa irrestricta del aislamiento absoluto. Por el contrario, plantearon la posibilidad de establecer

⁵¹³ Barrán, o. cit., vol. II, p. 23.

⁵¹⁴ Será recién a partir de la década del veinte del siglo XX que ingrese a consideración de los psiquiatras el discurso sobre la familia como espacio terapéutico (Rafael RODRÍGUEZ, *Asistencia Familiar de Alienados. Lo que podría hacerse en Uruguay. Conferencia presentada y aprobada en la Sociedad de Psiquiatría en Marzo de 1924*, Montevideo, J. García Morales-Impresor, 1929, p. 36).

⁵¹⁵ Rossi, *El alienado...*, o. cit., pp. 14-15.

un nuevo sistema manicomial que tomara en cuenta el *open door* pregonado por la psiquiatría británica y propusieron la creación de una colonia de alienados.⁵¹⁶

En 1884, Crovetto se preguntaba por qué el responsable de la construcción del manicomio había poblado las ventanas con un «sinnúmero de rejas» que «están desechadas» «de los establecimientos frenopáticos y que todo en él debe respirar alegría y la mayor libertad». Esto se debía, según su visión, a que era común la confusión de «un manicomio con un presidio».⁵¹⁷ Los cuestionamientos médicos sobre el sistema de aislamiento manicomial pueden ser tenidos en cuenta para ver ciertas dudas de los profesionales sobre las ventajas terapéuticas del encierro prolongado.

Es probable que también buscaran eliminar el estigma de los manicomios como cárceles. Esta visión afloró en el período que estamos trabajando, pero, primero, fue necesario consolidar un asilo tradicional, para, en una segunda etapa, que coincidió con el pasaje de siglo, se buscara una alternativa al aislamiento más estricto. Trasladar pacientes al campo también era una forma de alejar a los enfermos de las ciudades y de las familias. En otras palabras, los médicos buscaban que los pacientes psiquiátricos no estuvieran en contacto con algunas de las causas (el espacio familiar y social, el alcohol, los bares, la dinámica urbana) que podían haber despertado la patología.

A partir de 1900, cobró fuerza la idea de la «colonia rural».⁵¹⁸ Según Santín Carlos Rossi, los elementos propios de «una colonia de alienados» en el medio rural serían la «ausencia de muros, de galerías cubiertas, de barrotes y fosos», y el fin del hacinamiento, ya que esta se caracterizaría por el «gran número de pequeños pabellones, diseminados sin orden, con estilos variados y rústicos; autonomía de cada pabellón, con sus servicios de alimentación, de hidroterapia, de vestuario, etc.». Los internos desarrollarían un estilo de «vida libre», con una «vigilancia suave».⁵¹⁹

Bajo la dirección de Rossi, fue inaugurada, en 1912, la Colonia de Alienados de Santa Lucía, que se convirtió en el establecimiento agrícola para pacientes con enfermedades psiquiátricas.⁵²⁰ La nueva institución permitiría «disminuir el hacinamiento en que se encuentran los asilados en el Hospital Vilardebó». El terreno, de 498 hectáreas (del que se usarían 150), estaba ubicado en el departamento de

516 En 1837, el médico W. A. F. Browne, alumno de Esquirol y director del Montrose Royal Lunatic Asylum de Escocia, publicó su trabajo *Asilos: lo que fueron, son y deberían ser*, donde insistió en la necesidad de poner fin a los establecimientos tradicionales y propugnó por el método *open door* (Porter, o. cit., p. 118).

517 Crovetto, o. cit., p. 25.

518 El mismo sistema se comenzó a aplicar en Argentina. Al respecto, véase: «El Asilo de Las Mercedes y la Colonia de Alienados», en *Caras y Caretas*, 20 de mayo de 1899.

519 Santín Carlos Rossi, «Colonias de alienados. La terapéutica de la libertad y el trabajo», en *Evolución. Órgano de la Federación de los Estudiantes del Uruguay*, año VI, n.º 3, Montevideo, enero de 1912, p. 8.

520 La colonia de Santa Lucía (o Etchepare, como se la conoce popularmente tras la red denominación que obtuvo luego del deceso del reconocido psiquiatra) no cuenta con un archivo propio.

San José, lindero con Montevideo. En diciembre de 1912, fueron trasladados los primeros 100 pacientes crónicos. Sin embargo, en 1913, las autoridades de la Asistencia Pública, en la *Memoria...* oficial, sostuvieron que:

No puede llamarse todavía Colonia de Alienados el establecimiento [...] [porque] hasta hoy no se ha hecho otra cosa que aliviar un poco el *trop-plein* del manicomio y preparar el terreno para el comienzo de una obra de aliento que exigirá algunos años de dedicación y de trabajo al director [Rossi] que ha tomado a su cargo la tarea de realizarla.⁵²¹

Según los médicos e historiadores de la medicina Margarita Arduino y Ángel Ginés, no todas las personas derivadas a la colonia padecían trastornos psiquiátricos. Por el contrario, también fueron frecuentes los ingresos «por falta de recursos económicos y sociales», por internación policial «con rótulo de “vagabundo”, y los adolescentes y jóvenes traídos por sus familias que declaraban no poder hacerse cargo de sus cuidados», que constituían un alto porcentaje.⁵²²

Lejos de cualquier interpretación bucólica, los manicomios del tipo colonias rurales eran una reafirmación de la disciplina y del orden que obligó a los pacientes al trabajo (en especial, en tareas rurales).⁵²³ Al decir de Erving Goffman, eran «instituciones totales [...] híbridas, [...] en parte comunidad residencial y en parte organización formal».⁵²⁴ Según Rossi, la inauguración del establecimiento era «la última conquista de la Psiquiatría: el tratamiento de la locura por la libertad y el trabajo para los enfermos crónicos, mientras se ahonda en la etiología para llegar á [sic] la terapéutica racional de las afecciones mentales».⁵²⁵ Esa voluntad científica, expresada por su primer director, son las que nos llevan a desestimar los planteos de Arduino y Ginés cuando sostienen que la inauguración de la colonia solo buscó ser una «medida de “salvataje” ante la superpoblación del Manicomio Nacional».⁵²⁶

El orden y la disciplina eran la «base fundamental» del nuevo «hospicio de alienados». Para eso, los internos debían cumplir con una rutina y trabajar, no solo con un objetivo terapéutico, sino también para autofinanciar la economía del establecimiento, que dependió de la venta de lo producido por los pacientes. La colonia fue utilizada, sobre todo, para los pacientes crónicos —los más caros— que precisaban una internación a largo plazo o de por vida. Asimismo, asumir la cronicidad era una forma de sostener que algunas enfermedades psiquiátricas

521 *La Semana*, s. n., Montevideo, 17 de junio de 1911.

522 Arduino y Ginés, o. cit., p. 1.

523 Si bien carecemos de datos, podríamos pensar que los primeros pacientes enviados tenían habilidades para tareas rurales o en oficios relacionados con las labores agrícolas. En Argentina, tuvo lugar un fenómeno de características similares. Véase: Daniela BASSA, «De La Pampa a *Open Door*. Terapias y tratamientos hacia los insanos en la primera mitad del siglo XX», en Bohoslavsky y Di Liscia, o. cit., p. 129.

524 Erving GOFFMAN, *Internados*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1964, p. 25.

525 Rossi, «Colonias de alienados...», o. cit., p. 7.

526 Arduino y Ginés, o. cit., p. 1.

eran incurables y que, por ende, el Estado debía garantizar un refugio para ese tipo de pacientes.

El proyecto original contaba con varios pabellones que dividían a los enfermos en:

Tranquilos, que pueden gozar de la máxima libertad, [...] enfermos agudos, que pasan crisis transitorias de agitación [...], y enfermos nuevos, que requieren un período de observación y vigilancia continua y cuya libertad se ve así restringida temporariamente. [...] [Había] pabellones de transición para enfermos que, sin ser aún aptos para el trabajo, no exigen ya un tratamiento riguroso y pueden trabajar en las salas de su villa o en la huerta anexa, [...] pabellones para ancianos inválidos paralizados [...] [y, por último,] pabellones para aislamiento de infecto-contagiosos agudos y tuberculosos.⁵²⁷

De esta forma, los pacientes crónicos y los débiles mentales recibieron otro tipo de tratamiento, mientras que el Hospital Vilardebó quedó destinado a los llamados «enfermos transitorios». Sin embargo, en pocos años, llegó a tener cerca de mil pacientes y nuevamente presentó problemas de hacinamiento; situación más problemática aún si tomamos en cuenta que, hasta 1921, solo ingresaron hombres al establecimiento.

La colonia servía también como espacio de readaptación a la sociedad, ya que permitía que el paciente interactuara con otras personas y recuperara hábitos de trabajo que, a través de actividades dentro del predio, los médicos buscaron impulsar. Por eso, cada paciente que recibía la externación «pasa a trabajar y vivir en comunidad con los empleados obreros del asilo, en el local que a estos se destina, conservando su calidad de internado para el efecto de la libertad, que va reconquistando gradualmente». De esta forma, Rossi, responsable de la propuesta, buscaba reafirmar «la disciplina sin sumisión humillante»,⁵²⁸ pero también incorporar al enfermo de forma procesual para que, una vez liberado, encontrara «trabajo remunerado y metódico» y «lo bastante seguro para alejar el factor ansiedad».⁵²⁹ Su «sueño» era «un pueblo de colonos laboriosos, que emplearán las desviaciones de su inteligencia en una obra útil á [sic] la sociedad que los recluye».⁵³⁰ Si en la readaptación «el enfermo recae, debe volver a la sección hospital». De lo contrario, «volverá al medio social».⁵³¹ La propuesta de Rossi fue planteada por Castro en 1899, quien al pensar en la reinserción social de los pacientes recuperados manifestó su preocupación por las dificultades que podían encontrar para conseguir un trabajo (actividad a la que otorgaba un valor terapéutico insuperable). Fue por ello que propuso crear

Una oficina de información, intermediaria entre la sociedad y los establecimientos, especie de agencia oficial de trabajo, donde se ofreciese al público el número

527 *La Asistencia Pública Nacional...*, o. cit., p. 181.

528 Rossi, «Régimen de convalecencia...», o. cit., pp. 630-631.

529 *Ib.*

530 Rossi, «Colonias de alienados...», p. 9.

531 Rossi, *El alienado...*, o. cit., p. 39.

de trabajadores disponibles según su oficio, y el público, a su vez, haciendo obra de verdadera caridad, recurriese a buscar los brazos de trabajo necesario.⁵³²

El médico se tenía que comportar de forma «semejante al maestro, que moldea en cada débil niño el alma y la inteligencia de un futuro ciudadano —acaso reformador, acaso destructor de la mentalidad social que lo preparó—».⁵³³ Para eso, era fundamental transformar el medio social que podía desencadenar una nueva recaída del enfermo:

Consideremos un ex alienado cualquiera: vuelve a su antiguo oficio con el mismo organismo físico que no supo resistir la vez primera, y halla el hogar minado por la miseria; la clientela hosca por el prejuicio estúpido que suscita la locura; los actos enfriados, acaso perdidos; los hijos desviados por el abandono fatal de un padre que estuvo ausente y una madre que debió descuidarlos para ganarse el pan; acaso el [sic] mismo se ve sustituido en el empleo que le aseguraba el presupuesto o en el afecto conyugal que le aseguraba la dicha: es en todas partes el reo o el intruso. [...] La reacción es fácilmente presumible: suicidio, homicidio, recidiva. Y ese es el primer temor del médico que debe otorgar un alta. Ante el punto de interrogación que presenta el porvenir del enfermo —de su enfermo, pues difícilmente se cura un loco sin tomarle cariño— se alza el torturante dilema: o dejar el convaleciente en el asilo corriendo los albueros de una eterna convalecencia y cometiendo casi un secuestro arbitrario o abandonarlo a su destino incierto, con un resabio amargo en la conciencia.⁵³⁴

Por eso, la readaptación debía ser gradual. Una variante que permitía un aislamiento parcial era el sistema mixto de colonia agrícola bajo cuidados familiares que tomaba como referencia el modelo asilar belga, el cual permitía

La colocación en casas particulares sin más unidad de organización que la inspección común de los alienados [...], [o] un sistema intermediario que consiste en colocar los crónicos inofensivos de un asilo en el vecindario, en cuyas casas quedan sometidos a la administración y vigilancia del asilo originario [...], fórmula que predomina en Alemania, Rusia, Holanda, Austria, Suiza.⁵³⁵

Para Uruguay, Rossi propuso «una sección especial en la Colonia de Alienados» a la que llamó «pequeña república», en la que

Habría un departamento para los alienados convalecientes, que por prudentes y sucesivos cambios pasarían a ser colonos, huéspedes de las familias de los empleados, huéspedes de los vecinos, obreros de los alrededores y, en fin, ciudadanos libres, devueltos a la sociedad como elementos aptos para incorporarse a la vida creadora e intensa.⁵³⁶

Contamos con algunas cifras para la elaboración de series sobre el número de personas que obtuvieron el alta médica luego de sufrir alguna internación, aunque carecemos de datos o de porcentajes que permitan medir distintos

532 MHN, o. cit., t. 1436, f. 104.

533 Ib., p. 106.

534 Rossi, *El alienado...*, o. cit., pp. 106-107.

535 Ib., p. 69.

536 Ib., pp. 111-112.

niveles de reincidencia.⁵³⁷ Para el tramo cronológico 1893-1897, según Enrique Castro, las reincidencias oscilaron entre el 14 % y el 20% sobre el total de pacientes curados.⁵³⁸

Cuadro 6. Altas médicas anuales

1890	209
1891	161
1892	146
1893	183
1894	209
1895	210
1896	220
1897	233
1898	237
1899	204
1900	251
1901	310
1902	296
1903	382
1904	272
1905	294
1908	158
1909	182
1910	178
1911	218
1912	131
1913	218

Elaborado a partir de: *Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública...*, o. cit., pp. 116-117; *La Asistencia Pública Nacional...*, o. cit., p. 298; Castro, o. cit.

Rossi reclamó, al mismo tiempo, un asilo especial para los «débiles mentales» y para todos aquellos pacientes «crónicos que no son aptos para el trabajo» («a quienes un clínico sagaz llamó amputados del cerebro, y a quienes otro más cruel, pero no menos exacto, llamó tubos digestivos»), sobre los cuales ninguna terapéutica tenía efecto. «En el hospital estorban; en la colonia no sirven; la libertad les es indiferente o dañina, pues fugan y se pierden o atacan.»⁵³⁹ El mismo médico destacó la inconveniencia de un hospital montevideano en

537 Además, faltan los años 1906 y 1907, pero al analizar la documentación preservada en el hospital podemos apreciar, como ya señalamos, que una persona podía ingresar hasta cinco veces en un año. Tampoco contamos con información sobre las fugas, que, obviamente, no constituyen una liberación, pero contribuye a un número global sobre los enfermos salidos del establecimiento.

538 MHN, o. cit., t. 1436, fs. 223, 224.

539 Rossi, *El alienado...*, o. cit., p. 40.

exclusividad, que «no tendrá mayor eficacia para acortar una psicosis que estalle en la campaña lejana», por lo que reclamó «la creación de salas de Psiquiatría en todos los centros del interior donde sea posible su instalación, donde se presen-ten a los alienados los primeros cuidados, a semejanza de las salas de auxilio y hospitales para afecciones comunes». ⁵⁴⁰ De esta forma, también se pondría fin a la «prisión temporaria que se hace de los enfermos en los momentos más graves de su afección» en algunas localidades del interior del país. Prisión «anticientífica», porque el enfermo «no recibe los cuidados que necesita, por una parte, y sufre los tratamientos coercitivos del chaleco y el calabozo, abolidos desde hace cien años», ⁵⁴¹ aunque también se mantuvo el aislamiento absoluto para algunos pacientes, tal como se puede ver en la construcción de nuevos pabellones de aislamiento en el año 1908. ⁵⁴²

A partir de la segunda mitad del siglo XIX, los médicos locales siguieron las prácticas emanadas de los centros científicos internacionales, pero conforme avanzó el tiempo fueron profesionalizando su vinculación con el paciente y proponiendo métodos alternativos a aquellos que solo servían para controlar la agitación corporal. La incorporación del sistema *open door*, el fin del uso de algunos elementos que, con una finalidad terapéutica, agitaban a los locos (por caso, el chaleco de fuerza) y el uso de la psicoterapia —a lo que podríamos agregar la profesionalización del campo con el egreso de la primera generación de psiquiatras formados en el país— marcaron el inicio de una nueva época para la psiquiatría uruguaya. Los médicos encontraron en el trabajo y la educación una alternativa regeneradora de quienes presentaron síntomas de debilidad mental o alguna psicopatía. Este último punto expresa que la intención de los médicos era alcanzar la reinserción social (y laboral) de los internos, quienes saldrían del hospicio como promotores y defensores de nuevos hábitos y valores.

La vinculación de los psiquiatras locales con la terapéutica estaba marcada por una fuerte pretensión científica, pues había en los médicos uruguayos una genuina voluntad de alcanzar un tratamiento exitoso. Probablemente, la recurrencia a más de un sistema exprese esa búsqueda de propuestas terapéuticas. A comienzos del siglo XX, los protocolos de funcionamiento y de aplicación terapéutica ya habían alcanzado cierto grado de consolidación. Ello fue de la mano con la forma que adquirió la comunidad de psiquiatras locales. En otras palabras, los psiquiatras ya habían ganado legitimidad en el campo médico primero y en los hospicios de enfermos psiquiátricos luego, y algunas de sus consideraciones o reflexiones en el campo de la higiene —y la salud mental dependía mucho de ella— fueron divulgadas a través de distintos medios con los que los profesionales de la conducta buscaron incidir en la población en general.

Hacia fines del siglo XIX, la psiquiatría dejó de ser una rama menor y asistencial de la medicina y se convirtió en una disciplina encargada también de

⁵⁴⁰ Ib., p. 43.

⁵⁴¹ Ib., p. 44.

⁵⁴² AGN y CNCBP, o. cit., del 21 de febrero al 20 de octubre de 1908, f. 132.

la vigilancia y de la prevención de conductas y de grupos sociales. Desde ese entonces, los psiquiatras estaban muy preocupados por atender a sus pacientes, pero también por lo que pasaba fuera del recinto manicomial, en la sociedad sobre la que buscaron incidir. En este punto, también encontraron un fuerte aliado en los abogados. A comienzos de la década del ochenta del siglo XIX, el legista Manuel Adolfo Olaechea planteó que, «bajo la influencia del adelantamiento progresivo de todos los ramos de las ciencias médicas y sociales, se han acabado de estrechar las relaciones entre los principios de la Medicina y los de la legislación y la jurisprudencia».⁵⁴³ Apreciaciones como la citada son las que nos llevan a afirmar que, en el campo de la psiquiatría, imperó una visión médico-legal, que tomó aportes de galenos y juristas para tratar de legislar sobre los «enfermos mentales». Sin embargo, sus objetivos y las atribuciones que entendieron tenían iban más allá de estos, puesto que se conectaban con las propuestas de reforma social que atravesaron todas las corrientes ideológicas durante el período, aunque cada una aportó su impronta y resistencias (como fue el caso de los anarquistas, por ejemplo).

La voluntad de reforma social permitió que mancomunaran esfuerzos todas las disciplinas médicas, los abogados, los políticos y la prensa de mayor circulación (utilizada para traducir a un lenguaje no técnico los rasgos que había que combatir). El historiador Diego Armus se ha referido al «descubrimiento de la enfermedad como problema social» que fue «una suerte de ideología urbana articulada en torno a los temas del progreso, la multitud, el orden, la higiene y el bienestar», que habría marcado el ritmo institucional desde mediados del siglo XIX y se habría pronunciado aún más con el fin de los conflictos bélicos de envergadura.⁵⁴⁴ La higiene, ideología médica de fines del siglo XIX, adquirió un rol cada vez mayor porque fue utilizada no solo para prevenir cualquier tipo de enfermedad, sino como un instrumento de disciplinamiento social que indicaba qué estaba bien y qué no. En su triunfo, tuvieron mucho que ver los psiquiatras, tal como veremos en el próximo capítulo.

543 Olaechea, o. cit., p. 449.

544 Diego ARMUS, «El descubrimiento de la enfermedad como problema social», en Mirta LOBATO (dir.), *El progreso, la modernización y sus límites*, vol. v. Nueva Historia Argentina, Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 2000, pp. 507-551.

SEÑALAR

Las causas «sociales» de la locura

Este capítulo explorará las llamadas causas sociales de la «locura» y el rol de los psiquiatras en distintas propuestas de reforma moral. En ambos casos, apuntamos a conocer de qué manera los médicos psiquiatras fueron ganando legitimidad a través de diferentes proyectos de reforma social y de la divulgación de su saber en publicaciones periódicas que destinaron un espacio a consideraciones sobre higiene.

La higiene se convirtió en parte de los valores dominantes y, como la llamó Armus, en un «catecismo laico» sobre lo prohibido y lo permitido.⁵⁴⁵ Las tasas descendentes de mortalidad, la ampliación de la cobertura médica y las campañas sanitarias de carácter popular son indicadores inequívocos del involucramiento de todos los sectores sociales en el proceso de medicalización. En ese sentido, consideramos que, por ello, es importante dejar de pensar que las ideas científico-jurídicas están separadas por un abismo de la apropiación de nociones y del sentido que la población les dio. En buena medida, la eficacia de la disciplina administrativa dependía de lo que pasaba afuera de las instituciones hospitalarias, y los médicos de todas las disciplinas lo comprendieron bien cuando recurrieron, entre otras formas de divulgación, a la prensa para promover sus ideas.

El capítulo contará con una introducción sobre la idea de higiene y luego se dividirá en cuatro partes en las que nos concentraremos en analizar distintas formas sociales que asumió la enfermedad mental durante el período. Si bien pueden parecer comportamientos o actitudes disímiles, lo que las une es su capacidad, desde la perspectiva médica, para cuestionar o intentar subvertir (aunque no siempre de forma deliberada) el orden establecido.

En primer lugar, el alcoholismo, considerado como uno de los problemas más acuciantes de la época y una de las causales fundamentales de la «locura» o de la «descendencia mórbida». Por tanto, estudiaremos qué relación establecieron los médicos entre alcoholismo y enfermedad mental, y las campañas para combatir una práctica que, como decía un artículo científico del período, «amenaza la raza».⁵⁴⁶

En segundo lugar, estudiaremos la sexualidad del período, en especial, la que se consideraba excesiva —la prostitución— o las actitudes «invertidas», como ser la masturbación o la homosexualidad. Los psiquiatras mostraron mucha preocupación por los estados patológicos que entendieron eran consecuencia del exceso de sexualidad, pongamos por caso, la prostitución, o de la inversión; si

545 Armus, «El descubrimiento...», o. cit., pp. 546-547.

546 «El alcoholismo mental en el Uruguay» [informe presentado a la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública por el doctor Eduardo Lamas], en *Boletín del Consejo Nacional de Higiene*, año IV, n.º 36, Montevideo, octubre de 1909, p. 520.

bien mostraron preocupación por las causas orgánicas (ginecomastía, reducción testicular, etcétera), consideraron que cualquier conducta sexual desviada era una consecuencia del vínculo entre una predisposición y el terreno social patógeno que permitía que la persona no controlara sus impulsos.

En tercer lugar, estudiaremos la psicopatologización de las opciones políticas, en especial, las que buscaban subvertir el orden establecido o recurrían a la violencia como una alternativa. La historiografía latinoamericana sobre control social se ha concentrado en los anarquistas, y seguiremos esa perspectiva, sin descuidar a otros sujetos o colectivos políticos que no comulgaron con el ideario ácrata, pero que también cometieron atentados o desconocieron a los partidos Nacional y Colorado. En este último punto, trabajaremos con los intentos de asesinato de los presidentes Juan Idiarte Borda y José Batlle y Ordóñez para mostrar que la psicopatologización de la política no pasó solo por el enjuiciamiento a los anarquistas.

En cuarto lugar, estudiaremos la *neurastenia* como una enfermedad que generaba nerviosismo en el hombre moderno y que se analizó, por parte de los médicos, como consecuencia del crecimiento urbano y el aluvión inmigratorio. En esa parte del capítulo, analizaremos la relación que los médicos del período establecieron entre inmigración o trabajo excesivo y la aparición de determinadas enfermedades mentales que podrían conducir al suicidio, otra de las preocupaciones de los psiquiatras. No en vano los psiquiatras insistieron en la necesidad de contener o seleccionar a los inmigrantes que llegaban al país y contribuyeron al impulso de la legislación social que permitió, entre otras cosas, reglamentar los horarios laborales.

Higiene

Desde mediados del siglo XIX, la psiquiatría insistió en que las enfermedades no estaban asociadas únicamente a causas fisiológicas, sino también a circunstancias sociales que podían ser consideradas causales de la enfermedad. Los psiquiatras definieron prácticas, comportamientos y hábitos que —al igual que todos los médicos e higienistas no médicos— entendieron que debían controlarse y restringirse para evitar el aumento de la enfermedad en general y de las enfermedades mentales en concreto. El consumo de alcohol, todo tipo de excesos, la sexualidad y la homosexualidad y las opciones políticas sirvieron para combinar las causas orgánicas y las llamadas morales. Como vimos, Morel —luego junto con Legrain— había planteado que no todos los *degenerados* lo eran por herencia, sino que admitió casos de desequilibrio mental por otro tipo de causas (dentro de las que incluía infecciones que lesionaban el cerebro, traumatismos o hábitos perniciosos). Según el médico francés:

[E]s imposible enumerar las causas de la degeneración: toda acción suficientemente enérgica y suficientemente duradera para retardar y, sobre todo, para

detener el movimiento evolutivo de la especie es una causa degeneratriz. Estas causas son las mismas que las de la enfermedad, tanto del mal moral como del mal físico, del mal que ataca al hombre solo como el que ataca al hombre colectivo, es decir, al que vive en sociedad. Y son tantos los males que no tardan en marcar al hombre y a las sociedades con estigmas indelebles que se reproducen agravándose en generaciones posteriores hasta su desaparición completa por causa de una insuficiencia notoria en la lucha por la vida; son las guerras, la escasez, el hambre, la miseria, las enfermedades profesionales, el agotamiento, los excesos de una civilización avanzada, los venenos sociales (y sobre todo el alcohol), etc.⁵⁴⁷

La escuela psiquiátrica uruguaya se caracterizó, desde sus orígenes, por la combinación etiológica de las causas, posición que se exacerbó aún más en el pasaje de siglo. Podríamos pensar que el aluvión inmigratorio, las transformaciones en la planta urbana —en especial, en Montevideo—, la incertidumbre que generó la modernidad (que incluía, pero excedía, el temor al delito) provocaron preocupación en los psiquiatras, que profundizaron sus consideraciones sociales. Como señala Armus, los temores que despertó el mundo urbano «fueron dibujando los caracteres más gruesos de una Medicina colectiva y social» que comenzó a ser pensada también como «una empresa político-médica»⁵⁴⁸ y que, podríamos agregar, atravesó todas las orientaciones ideológicas, que solo se distinguieron por los aspectos en los cuales ponían los énfasis. Sostiene Armus:

La idea de salud se recortó así como una abarcadora metáfora que terminó dejando marcas en situaciones bien diversas, de la educación física y el tiempo libre a la moral matrimonial [...], [así como] de la alimentación a la vestimenta, de la vivienda al mundo del trabajo.⁵⁴⁹

La nueva escuela psiquiátrica que nació en el pasaje de siglo no solo se concentró en la reclusión de los enfermos, sino que inició un proceso de divulgación y publicidad sobre las causas morales de la locura, los vicios como el alcohol y la droga, el hacinamiento habitacional o la necesidad de «cuidar» el cuerpo y los hábitos. Al inquietarse por un número indeterminado de causas sociales, también pudo opinar sobre un amplio abanico de situaciones. De esta forma, los profesionales de la psiquiatría se convirtieron en traductores culturales, en intermediarios entre el lenguaje técnico y la población. En esa tarea, estuvieron acompañados por pedagogos, abogados y médicos de otras especialidades (pese a que las fronteras entre los conocimientos médicos eran difusas).

Como señala Barrán, *higiene* fue el nombre que asumió la medicina preventiva durante el siglo XIX y comienzos del XX. Este aspecto fue, para el historiador uruguayo, otro puntal en el proceso de medicalización, ya que «evitar la enfermedad significaba vigilar y preservar la salud y convertir a los sanos en objeto de la Medicina y no solo a la minoría enferma».⁵⁵⁰ De este modo, la

547 Citado por: Huertas García-Alejo, o. cit., p. 365.

548 Armus, «El descubrimiento...», o. cit., pp. 528-529.

549 Armus, *La ciudad impura...*, o. cit., pp. 217-218.

550 Barrán, o. cit., vol. III, p. 227.

higiene se convirtió en una fuerza disciplinante y contribuyó con el desarrollo de la medicina en general y de la psiquiatría en particular. Su objetivo era, al decir del médico de la penitenciaría Alfredo Giribaldi, el «amoral», el «vicioso», «el vagabundo», «el contraventor de las leyes morales» que, «como tal, es indudablemente un ser peligroso y nocivo, contra quien la solidaridad social necesita y exige medidas de legítima defensa». ⁵⁵¹

En procura de prevenir posibles enfermedades mentales y con ánimo de promover hábitos y prácticas saludables, los médicos montaron distintos dispositivos. En ese contexto, la higiene se transformó en una temática vinculada no solo a quienes hacían de ella su área profesional, sino en una preocupación pública que se tradujo en manuales escolares o de puericultura para mejorar la salud de los individuos. Las recomendaciones que allí aparecían se relacionaban con la nosografía de tipo moral que buscó, y encontró, causas sociales para explicar la enfermedad, aunque también había un espacio de preocupación sobre la situación de determinados órganos como los que componían el «sistema nervioso», que, a decir del médico Mateo Legnani, reclamaban la «reconcentrada atención del higienista». ⁵⁵²

En este capítulo, nos concentramos en las preocupaciones atinentes a nuestra investigación, pero se impone dar cuenta de que el campo de acción de la higiene abarcó desde el saneamiento hasta el entierro de los muertos, pasando por los mataderos públicos y, por supuesto, por todo tipo de enfermedades infectocontagiosas, temor recurrente en los habitantes de la época, habida cuenta de las epidemias vividas en el Río de la Plata a lo largo del siglo XIX. La puntualización no es menor, ya que las tareas emprendidas por reformadores e higienistas también promovieron un nuevo rol asumido por el Estado, encargado del control de poblaciones, de las políticas sanitarias y del disciplinamiento individual y colectivo. La higiene y el derecho a la asistencia pasaron a ser problemas colectivos, públicos (por ende, no religiosos ni consecuencia de la actitud pecaminosa). No comulgamos con la visión de los médicos como meros reproductores de una ideología conservadora o de la moral dominante, ⁵⁵³ sino que, en su visión, el homosexual, el alcoholista o el criminal pasaron a ser deficiencias de toda la organización social y responsabilidad del Estado, el cual debía garantizar un tratamiento, en lo posible, una cura, y la contención. Ese poder ético debía regular comportamientos privados que también lesionaban el cuerpo social y promover el *self control* (o «autodefensa», si usamos el término sugerido por Mateo Legnani). Sobre esa base, se afinó la capacidad de los médicos para inmiscuirse en asuntos que, en las primeras seis o siete décadas del

551 Alfredo GIRIBALDI, «Sobre establecimientos para los criminales alienados», en *La Revista de Derecho, Jurisprudencia y Administración*, año II, n.º 21, Montevideo, 15 de julio de 1905, p. 329.

552 Mateo LEGNANI, *Ensayos de higiene social*, Montevideo, Dornaleche, 1915, p. 28.

553 Véase, por ejemplo: Alción CHERONI, *El pensamiento conservador en el Uruguay*, Montevideo, CLAEH, 1986, pp. 36-43.

siglo XIX, les correspondían al fuero individual o religioso. A su vez, el mayor acceso a la asistencia sanitaria permitió que una porción cada vez más significativa de la población conociera los protocolos imprescindibles que formaban parte de las políticas promovidas por los médicos.

Los psiquiatras de nuestro período, pero, sobre todo, los del pasaje de siglo, somatizaron todas las conductas que iban contra los valores dominantes, contra la cultura «civilizada». Al decir de Santín Carlos Rossi, los enfermos psiquiátricos eran «restos humanos», «productos del vicio, la miseria o la enfermedad de alguna generación anterior», que advertían «lo que serán nuestros hijos si las costumbres no se perfeccionan».⁵⁵⁴ Estos profesionales pasaron a ser guardianes no solo de la «anormalidad» de los pacientes, sino de la normalidad social, del orden vigente. Atacar las causas sociales permitía plantear que la enfermedad mental era pasible de ser tratada e, incluso, curada gracias a la intervención del médico y de las instituciones que representaba. Esto provocó una reconceptualización de la figura del enfermo, ya que algunos estados psiquiátricos que se despertaban en un medio social pernicioso se podían tratar si se atacaban las causas que los habían originado. De esta manera, y al igual que como había ocurrido en Francia, la psiquiatría dejó de ser el mero poder para controlar e, incluso, corregir la «locura» y se convirtió en el poder para controlar aspectos de la vida cotidiana y las prácticas condenables de las cuales podían surgir los enfermos psiquiátricos. Ese doble poder de la psiquiatría de detectar y curar la «locura» y, al mismo tiempo, de convertirse en un instrumento de defensa social se resume en la siguiente explicación de Santín Carlos Rossi:

El problema de la locura, como el de la tuberculosis y el de la criminalidad, suscita algo más que la atención del médico y hay que atacarlo en lo más recio de la vida, donde surgen las dificultades, se chocan los intereses sociales, hierven las pasiones y palpita el vicio. Habrá que salir de los hospitales e invadir de ideas el parlamento, la cátedra popular y la Escuela, para preparar por la ley, la educación y la instrucción el advenimiento de una vida cautivante y fácil, que inmune a las razas del porvenir.⁵⁵⁵

Los sectores populares pasaron a ser para el saber médico el principal objeto de observación, porque entendió que en esa parte de la población —mayoritaria, por cierto— anidaban los vicios y hábitos que conducían a la locura. Las historias clínicas publicadas en las revistas médicas son elocuentes, ya que sus protagonistas pertenecen a los estratos más bajos de la sociedad.

Este «código higiénico» —al decir de Armus— se extendió en la vida colectiva —desde las ligas contra el alcoholismo hasta la asepsia en los hospitales y la vacuna obligatoria—, en la privada —donde la higiene se asoció a la limpieza, la ventilación, la contención sexual, la alimentación sana— y en el mundo del trabajo —donde se la vinculó a las mejoras en las condiciones laborales y a la necesidad de descansar el cuerpo y la mente—. Al decir del abogado Ramón

554 Rossi, *El alienado...*, o. cit., p. 25.

555 Rossi, *El alienado...*, o. cit., p. 5.

Montero y Paullier, «si queremos aumentar nuestras probabilidades de resguardarnos contra las enfermedades contagiosas, no solamente debemos ser aseados, sino que también debemos usar de TEMPLANZA O MODERACIÓN». Para eso, era imprescindible evitar «todos los excesos: excesos de bebida como excesos de mesa, excesos de trabajo como exceso de placeres».⁵⁵⁶ La misma posición sostuvo la revista anarquista *Natura* al defender

Las prescripciones del sistema natural de vida, que no tienen nada de bárbaro, de ascético, complejo ni dispendioso, y que no excluyen las comodidades legítimas, ni los goces moderados, si bien se hallan en pugna con todo vicio y exceso.⁵⁵⁷

Por supuesto que el código higiénico no fue respetado por todos los destinatarios y, muchas veces, los comportamientos o las conductas consideradas desviadas (por antihigiénicas o inmorales) fueron vistas como una manifestación de la enfermedad solo porque se salían del discurso moral que se buscó imponer. El higienismo generó una tensión permanente entre el comportamiento subjetivamente deseado y el comportamiento socialmente requerido. La libertad (o la voluntad de tal) y la restricción inclinaron la balanza hacia un lado y hacia el otro. El punto es que el único de los platos que contaba con medios para reprimir (y un discurso público que lo avalaba) era el que contenía la restricción. Pese a ello (y como vimos en el caso del loco pintor tratado por Etchepare), los sectores subalternos resignificaron los saberes científicos, los moldearon de acuerdo a sus intereses e, incluso, mostraron franca oposición a algunas medidas.

«El alcoholismo amenaza la raza»⁵⁵⁸

Alcoholismo fue un concepto acuñado en 1852 por el sueco Magnus Huss (1807-1890), que proporcionó el primer modelo de enfermedad psiquiátrica degenerativa, pero que combinaba lo fisiológico con lo moral.⁵⁵⁹ Durante el siglo XIX, fue Magnan el principal estudioso del alcoholismo y de sus causas y sus consecuencias sobre la población.⁵⁶⁰ A mediados del siglo XIX, el consumo excesivo de alcohol comenzó a ser considerado una enfermedad por los alienistas.

556 Ramón MONTERO y PAULLIER, *Guerra a la tuberculosis y el alcohol. Cartilla de Educación y de Enseñanza Antituberculosa y Antialcohólica*, Montevideo, Barreiro y Ramos, 1903, p. 50. Mayúsculas en el original.

557 «Nuestros propósitos», en *Natura. Revista Mensual para la Propaganda del Método Natural de Vida: Higiene-Temperancia-Vegetarianismo*, año 1, n.º 1, Montevideo, enero de 1904, pp. 4-5.

558 «El alcoholismo mental...», o. cit., p. 520. Decidimos dejar por fuera el análisis relativo al consumo de drogas, ya que las fuentes médicas no abundan en descripciones de drogodependientes, aunque señalan que su presencia constituye un problema.

559 Porter, o. cit., p. 145.

560 Huertas García-Alejo, o. cit., p. 362.

¿Cómo se llegaba al consumo excesivo de alcohol? Médicos y abogados oscilaron entre las causas sociales y las hereditarias. A comienzos de la década del ochenta del siglo XIX, la «embriaguez» se podía dividir entre aquella «producida por una enfermedad mental que impulsa al sujeto a hacer uso de bebidas alcohólicas» y el «vicio», que no mostraba estados psiquiátricos evidentes.⁵⁶¹ Los alcoholistas eran enfermos psiquiátricos o mostraban un terreno patógeno para despertar algún tipo de enfermedad mental.

En 1892, el abogado Félix Ylla señaló que «la ebriedad» era transmisible «en los casos en que los padres lo son consuetudinariamente» e, incluso, que una persona podía heredar la propensión al consumo de alcohol si «en el momento de la generación se halle uno de ellos en ese estado para que el hijo herede disposiciones a ella».⁵⁶² La misma posición sostuvo en 1901 Alfredo Giribaldi, para quien «el vicio alcohólico no ha sido más que un epifenómeno en el curso de una afección mental». Señaló su descreimiento en la herencia del alcoholismo «como entidad patológica», pero sí se mostró partidario de que «se hereda, o más bien dicho, se transmite, la degeneración adquirida así por el padre a sus hijos, quienes, a su vez, generan otros hijos congénitamente más débiles, más degenerados todavía que los de la segunda rama».⁵⁶³ En 1905, José P. Colombi sostuvo que «una categoría de individuos» consumía alcohol «por el hecho de la herencia nerviosa o vesánica, o del alcoholismo de los padres», que provocaba «una tara hereditaria, una degeneración, que da lugar a una verdadera perversión de las facultades mentales».⁵⁶⁴ En 1910, Washington Beltrán planteó que «los hijos de los alcoholistas» «son de una debilidad moral inconcebible» aunque rescatables y que, por lo tanto, «orientados en buen sentido harán el bien», pero si un ambiente nocivo «los rodea, si una mala influencia quiere obrar sobre ellos, se transforman en juguetes de las pasiones, como esos barcos desarbolados con que el océano juega en sus horas de borrasca». Lo importante es que, para el abogado, en estos casos hereditarios, los niños se podían rescatar, de modo que «no tienen razón los autores italianos al opinar que, frente a uno de estos casos de herencia, lo único que debe hacer la sociedad es lamentar el infortunio de la víctima y cruzarse de brazos ante ella, impotente de conjurar la catástrofe».⁵⁶⁵

Las formas en que obraba el alcohol se podían dividir en dos tipos: por un lado, la llamada «intoxicación aguda», «conocida con el nombre de embriaguez», y, por otro, el que debían atacar las instituciones públicas, el «alcoholismo crónico», que «se refiere a los accidentes determinados por el uso excesivo y prolongado de las bebidas espirituosas» que podía provocar «desórdenes físicos

561 Teófilo GIL, *La embriaguez en sus relaciones con la imputabilidad. Tesis presentada a la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales para optar al doctorado en jurisprudencia*, Montevideo, Tipográfica a Vapor de La España, 1884, pp. 27-28.

562 Ylla, o. cit., p. 76.

563 Giribaldi, *El régimen penitenciario...*, o. cit., pp. 102-103.

564 Colombi, o. cit., p. 31.

565 Beltrán, o. cit., pp. 69-70.

y morales» y un «proceso orgánico» capaz de desarrollarse sin el consumo de alcohol, pero terreno fértil para los estados psicopatológicos.⁵⁶⁶

Santín Carlos Rossi clasificó a los alcoholistas en tres grupos. Un primer grupo reunía a «los alcoholizados que van al delirio, conscientes de que se intoxican e incapaces de resistir a su apetito por el tóxico». Este tipo de alcoholistas se podía dividir, a su vez, en los que consumían «por impulsiones mórbidas, [llamados] dipsómanos», los que lo hacían «por falta de voluntad, [llamados] abúlicos», y los consumidores «por inclinación a todo lo anormal, [a los que llamó] degenerados». Esta última categoría era la de «los alcoholistas mentales, que deben ser considerados como alienados y asistidos como tales». Un segundo grupo era

El de los alcoholistas inconscientes, clientes del bar, partidarios del aperitivo y del licor digestivo, que no llegan a la embriaguez y sostienen la eficacia del alcohol a pequeñas dosis, sin saber que van minando su organismo y que algún día el tóxico hará claudicar alguna víscera, hígado, riñón, cerebro.

A estos estaba destinada «la instrucción anti-alcohólica», ya que podían concebir hijos con algún trastorno psiquiátrico. El último grupo comprendía a «los ebrios consuetudinarios, que sin delirar hasta el síndrome llenan los despachos de bebidas, juegan y riñen, engendran “cerebrales” y promueven escándalos»; eran los alcoholistas «antisociales» a los que la ley debía penar o proteger «secuestrándolos en un asilo».⁵⁶⁷ Todos los grupos demostraban, al decir de Etchepare, quien también compartía la división, que «el alcoholismo no es solo un vicio, es una enfermedad, y esa enfermedad es de las peores porque afecta al individuo, a la familia y a la sociedad», porque minaba «las fuerzas vivas de la Nación, poblando sus hospitales, sus hospicios de alienados, sus cárceles, y preparando para el porvenir multitud de seres que fracasan desde la escuela, para ser parias».⁵⁶⁸

En 1908, Etchepare presentó una estadística sobre el promedio de alcoholistas que ingresaron al manicomio entre 1899 y 1908. De acuerdo a los datos del titular de la Cátedra de Psiquiatría, que no contaba a los internos existentes, el porcentaje de alcoholistas en el manicomio llegaba al 21,60% promedial entre los hombres sobre el total de nuevos ingresos en un año (los ingresos anuales oscilaban entre 200 y 300 personas según el año). La cifra descendía significativamente para las mujeres alcoholistas, que eran solo el 2,62% del total de ingresos anuales (que en todo el período no pasaron de 200).⁵⁶⁹ Sin embargo, también aclaró que «una buena parte de [los alcoholistas] no pasan por el manicomio», ya que varios, luego de ingerir alguna bebida alcohólica, regresaban al «estado normal, lo que impide naturalmente que la reclusión se produzca». A eso se agregaba que «las familias de

566 Juan GIRIBALDI HÉGUY, *El alcoholismo ante el Derecho penal. Tesis presentada por Juan Giribaldi Heguy para optar al grado de Doctor en Jurisprudencia*, Montevideo, Imprenta Artística y Librería de Dornaleche y Reyes, 1892, pp. 9-10.

567 Rossi, *El alienado...*, o. cit., pp. 53-54.

568 Bernardo ETCHEPARE, «La lucha contra el alcoholismo», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. xv, Montevideo, 1913, pp. 12-13. Se trata de un fascículo publicado como anexo al n.º 15 de la revista.

569 «El alcoholismo mental...», o. cit.

los alcoholistas» rechazaban la internación porque la «consideran desdolorosa para el intoxicado y sobre todo para ellas», por lo que «no adoptan una actitud radical, sino cuando el consejo médico reiterado y la aparición evidente de fenómenos sombríos como significado comprometen su responsabilidad y más que nada su bienestar». ⁵⁷⁰ La edad promedio de «la intoxicación alcohólica» en ambos sexos «es la de 30 a 40 años», porque «para llegar a la intoxicación es, por lo regular, necesario una ingestión prolongada del tóxico». ⁵⁷¹

Esos hombres y mujeres se encontraban en edad fértil, por lo que era frecuente que entre sus descendientes hubiera un número crecido de «idiotas» o epilépticos, entre otras manifestaciones psiquiátricas posibles. La misma posición que Etchepare tenía Eduardo Lamas, quien utilizó a Morel para justificar su punto de vista. Decía Lamas:

La impregnación alcohólica del feto por el alcoholismo crónico es un hecho indudable, modificando su aparato nervioso. Siendo un hecho probado que el alcoholista crónico sufre en su aparato genital modificaciones, atrofia testicular relativa (Rossche), disminución de los ovarios, menopausa [sic] anticipada, abortos (Lancereaux) [...]. La herencia alcohólica se realiza no solamente en razón de la debilidad del organismo de los procreadores y de las modificaciones nerviosas y mentales que son producidas por el alcoholismo, sino también porque el alcohol ejerce directamente su acción nociva, en primer lugar, por la acción del padre con su sangre cargada de alcohol desde que aparece el recién nacido, y posteriormente a medida que el embrión se desenvuelve, por la placenta, por donde puede pasar el alcohol, absorbido por la madre; más tarde en la lactancia, donde el alcohol pasa en la leche de la madre. ⁵⁷²

No obstante, como apuntaba Rafael Rodríguez en el mismo informe:

No siempre existe dicha herencia; no es fatal la existencia de uno de esos trastornos graves en los hijos de alcoholista, porque puede quedar neutralizada por la salud de uno de los procreadores; pero si la herencia alcohólica es doble, es convergente, entonces, la herencia es casi fatal. ⁵⁷³

Incluso, podía ocasionar una demencia precoz, como el caso de M. M., de 16 años, internada el 2 de diciembre de 1904, quien era hija de alcoholistas. Ese antecedente fue interpretado por los médicos como la causa incuestionable de la enfermedad. ⁵⁷⁴ En el caso de las mujeres que simplemente consumían alcohol, la condena social era mayor. El cronista, literato y letrista de tango Ramón Collazo recordó su vecindad con la poetisa María Eugenia Vaz Ferreira, perteneciente a una de las familias de la elite y, probablemente, aquejada por algún tipo de enfermedad psiquiátrica, quien asistía a un «boliche» de la Ciudad Vieja en el que compartía espacio con otros hombres.

⁵⁷⁰ Ib., p. 2.

⁵⁷¹ Los casos de ancianos alcoholistas eran escasos, porque la mayoría no superaba el umbral de los 50 años, lo mismo que el consumo entre los niños (ib., p. 12).

⁵⁷² «El alcoholismo mental...», o. cit.

⁵⁷³ Ib., p. 528.

⁵⁷⁴ Hospital Vilardebó, *Libro de entrada de mujeres 1904-1907*, f. 37.

Yo era un niño, pero me acuerdo perfectamente de una señorita bien que alguna mañana que otra se tomaba una copita en nuestro negocio [...]. Decían que era una mujer inteligente, pero la consideraban *no muy normal*, pues los vecinos del barrio no comprendían cómo una dama de su categoría podía tomar en un boliche.⁵⁷⁵

Otro dato significativo señalado por los médicos de la época es que los internados por causas alcohólicas formaban parte de los sectores populares y sus ocupaciones más frecuentes eran la de jornalero para los hombres y de «labores», sirvientas y planchadoras, para las mujeres. La presencia de jornaleros o sirvientas entre los alcoholistas probablemente incidió en la percepción de los médicos acerca de los sectores populares, ya que era en esos estratos donde más plena y vigilante debía estar su asistencia. Así lo manifestó Etchepare, para quien «la estadística señala con dedo inexorable al jornalero, al obrero», y el origen de esta «flaqueza» no era el exceso de trabajo, como señalaban los agitadores anarquistas y socialistas, ya que, «desde hace algún tiempo, casi todos los gremios han obtenido en su trabajo un horario que está lejos de ser penoso y largo».⁵⁷⁶ El problema radicaba en que, «desgraciadamente, nuestros obreros permanecen inactivos fuera de esas horas, sin dar otra derivación a sus energías sanas», y en que los «pobres» «frecuentan más asiduamente los cafés o las tabernas», por lo que el «pauperismo» era una causa importante de «esta enfermedad social». A eso se sumaba «la ignorancia», que los llevaba a pensar, por ejemplo, que el alcohol era un alimento.⁵⁷⁷ Misma posición defendió Santín Carlos Rossi, en el prólogo del libro de su colega Mateo Legnani, al afirmar que era imprescindible sacar a los obreros de «la miserable pieza de conventillo» en la que vivían «con sus cuatro o cinco hijos sucios y mal olientes, que le suscitan lástima o rebeliones», y ofrecer para ellos «un jardín con bancos para las noches de verano y un conservatorio por barrio para los noches de invierno», «un conferenciante [que] les de [sic], algunas noches por semana, nociones de arte, de ciencia, de geografía e historia en sus conservatorios, y veréis como [sic] pronto su conciencia se iluminará».⁵⁷⁸

Con el paulatino descubrimiento de las enfermedades mentales en general y de su etiología (o lo que se creía era tal), podemos ver que, para el caso del alcoholismo, los médicos aún no sabían cuál era el efecto del alcohol sobre el cerebro. Establecieron una relación entre la ingesta y las enfermedades psiquiátricas, pero no sabían las consecuencias en la patología general. En estos términos lo expresó el psiquiatra argentino Amable Jones en una publicación uruguaya, al sostener que,

575 Tomado de: Rosario PEYROU, «María Eugenia Vaz Ferreira. Su paso en la soledad», en *Mujeres uruguayas. El lado femenino de nuestra historia*, Montevideo, Alfaguara, 1997, p. 197. Destacado nuestro.

576 Es probable que se refiera a los acuerdos alcanzados entre sindicatos y empleadores de distintas ramas de la industria y el comercio para regular la jornada laboral. En 1915, se fijó en ocho la cantidad de horas que podía trabajar un obrero (salvo excepciones) en el medio urbano.

577 «El alcoholismo mental...», o. cit., p. 15.

578 Prólogo de Santín Carlos Rossi a: Legnani, *Ensayos...*, o. cit., p. x.

sin duda, «el alcohol complica, agrava y acompaña casi todas las formas de enfermedad mental», pero que, hasta el momento, la medicina carecía de «una fórmula anatómica que nos explique satisfactoriamente los trastornos funcionales que del lado del cerebro nos muestra la clínica en el alcoholismo».579 Tal desconocimiento no impidió que los médicos pudieran describir la sintomatología.

El estado más grave del alcoholismo crónico era el delirio o *delirium tremens*, pero había estados previos o subagudos que Bernardo Etchepare se encargó de describir. La forma subaguda «se presenta con delirio, por lo general triste, con alucinaciones terroríficas, con aparición de delirio onírico, de ensueño», que se podía convertir en una paranoia con «ideas de persecución y alucinaciones abundantes». En ese estado, «debe considerarse la dromomanía alcohólica, curioso estado caracterizado por una fuga inmotivada, inexplicable, con desorientación, pero sin amnesia consecutiva, y fenómeno siempre pasajero». También había una forma de «epilepsia alcohólica», sobre todo entre «los bebedores de aguardiente [o] caña», que se caracterizaba por ataques «más largos que los de la epilepsia ordinaria». Sin embargo, la manifestación más grave del delirio alcohólico era el *delirium tremens*, en el que «hay obnubilación de la conciencia, excitación acentuada y un temblor intenso», que podía provocar una «parálisis general alcohólica».580

El *delirium* mostraba una serie de síntomas que para médicos y abogados conducían de forma inexorable a estados psiquiátricos severos. Según el abogado Francisco García y Santos, ese delirio se originaba con pérdida de apetito y «sueño» «ligero, corto, turbado por ensueños y visiones». El correlato físico era «un aspecto atontado», «vómitos biliosos» y «temblor». En un segundo momento, el enfermo padecía «insomnio tenaz», «alucinaciones de la vista que a menudo ofrecen la imagen de animales, de ratas, de ratones que corretean sobre el lecho del enfermo, y complicado con agitación extrema, y a veces furor y tendencia al suicidio». En ocasiones, «la totalidad del cuerpo es presa de convulsiones epilepti-formes».581 Los mismos síntomas describió en 1908 Etchepare. En la última etapa de este estado, «el sujeto se vuelve díscolo, pendenciero, celoso, y ya no está lejos del humor patibulario o crapuloso que Kraepelin señala en los delirantes alcoholistas». En estos casos, la autoridad pública avalaba la internación o reclusión.582

El alcoholismo también era una preocupación para los abogados, porque dentro de las «influencias sociales» que llevaban a que una persona rompiera con la ley se encontraba el consumo excesivo de alcohol. Los juristas establecieron una relación entre «alcoholismo y embriaguez» y «suicidio y locura», relación

579 Amable JONES, «Psicosis alcohólicas», en *Revista de los Hospitales*, año III, t. III, n.º 9, Montevideo, octubre de 1910, p. 285.

580 «El alcoholismo mental...», o. cit., pp. 4-5.

581 FRANCISCO GARCÍA Y SANTOS, *El alcoholismo: «locura» y criminalidad*, Montevideo, Imprenta A Vapor de La Nación, 1899, pp. 21-22.

582 «El alcoholismo mental...», o. cit., p. 3.

utilizada por el catedrático José Irureta Goyena para presentar las distintas «condiciones doctrinarias de la irresponsabilidad».⁵⁸³

Desde la década del ochenta del siglo XIX, el problema del alcoholismo ambientó una importante campaña de prensa de la que participaron todas las elites sociales. La campaña contra el alcohol alimentaba otras preocupaciones de los sectores dominantes que impulsaron políticas (leyes contra el abigeato en 1882, contra los juegos de azar o fortuna el mismo año y de vagancia en 1886) para combatir los males atribuidos a la ociosidad y a la supuesta criminalidad generalizada entre la población rural que, muchas veces, abrevaba en el alcohol. Esta nueva «moral de la obediencia» —al decir de Foucault— se complementó con un discurso que intentó articular el tiempo, regular su control y garantizar su buen uso. De esta forma, pequeños hechos como el consumo de alcohol pasaron a la dimensión de lo penable y se incorporaron a un aparato disciplinario que atrapó a los individuos en una nueva «infrapenalidad» correspondiente al desorden, a la agitación, a la desobediencia y a la mala conducta.⁵⁸⁴

En contrapartida, se glorificó el trabajo, que se convirtió en un «arma social», en elemento de la integración compulsiva de los sectores rurales a los nuevos valores burgueses y productivistas que, en ese entonces, también estaban delineando la mentalidad del grupo dominante en la Asociación Rural del Uruguay (ARU).⁵⁸⁵ La FERIA de Mercedes, órgano oficioso de la aru en aquella localidad, sostuvo que las pulperías eran los «focos donde tienen su origen todas las reyer-tas, la mayor parte de los crímenes que se cometen», consecuencia del «espendio [sic] de bebidas al mostrador, costumbre que reúne a una porción de individuos desocupados que no tienen más trabajo que la holgazanería», «por lo general de conducta irregular, inclinados siempre al mal». Como solución, propuso prohibir «el espendio [sic] de bebidas al mostrador en las pulperías de campaña, pues con esto se cortarían ese mal que nosotros señalamos».⁵⁸⁶

Los ruralistas nucleados en la aru prestaron atención al consumo de alcohol y a las enfermedades psiquiátricas que podía despertar. Un texto de contenido técnico, escrito por el abogado mexicano Rafael de Zaya Enríquez, publicado a instancias de Pablo Antonini y Díez y Modesto Cluzeau Mortet (dos de los dirigentes más conspicuos), es ilustrativo del tipo de material que podían llegar a leer los terratenientes sobre el alcoholismo. En el texto, abundan las definiciones especializadas que, probablemente, buscaban, a través de un lenguaje comprensible, interiorizar sobre el punto. Podríamos pensar que la preocupación de los propietarios rurales se debía a la propensión de muchos de sus empleados al

583 Archivo de la Facultad de Derecho, *Programa de Derecho penal 1.º curso (presentado por el Dr. José Irureta Goyena y aprobado el 23 de diciembre de 1905)*, en Serie Expedientes de Secretaría, Subserie Planes de Estudio, carpeta 19, p. 4.

584 Véase al respecto: Foucault, o. cit., pp. 186 y 248.

585 José Pedro BARRÁN y Benjamín NAHUM, *Historia rural del Uruguay moderno*, vol. I, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1967, p. 384.

586 «Pulperías de campaña», en *La FERIA*, Mercedes, 5 de octubre de 1884, p. 1.

consumo de alcohol, lo que los llevó, durante el mismo período, a encabezar una campaña contra la presencia de pulperías y «mercachifles» que recorrían las estancias para vender diversos productos.

Zaya Enríquez seguía las consideraciones de la psiquiatría alemana para definir la «manía *ebriorum*» que «se manifiesta por un conjunto de síntomas de manía aguda, que puede llegar hasta el furor más violento, y la impulsión a destruir». La «predisposición» al consumo de alcohol era «congénita» porque «el ascendiente [ha] padecido de locura, epilepsia, histeria», aunque también podía provenir «de enfermedades desarrolladas en los primeros años de la vida, como la meningitis y el hidrocéfalo». Este tipo de manía era capaz de producir «un verdadero delirio sistematizado» por el cual «la percepción se extingue completamente o da lugar a falsas ideas por las alucinaciones y las ilusiones que se padecen». Luego de ese acceso,

Viene un olvido completo de todos los actos ejecutados, cuyo carácter es importante, porque sirve para distinguir la manía *ebriorum* de la embriaguez ordinaria, en la que el individuo recuerda, aunque sea someramente, lo ocurrido durante ella.

Sin embargo, «la repetición de ataques semejantes a la continuación de los excesos son causa de la demencia, cuyo estado se considera de todo punto de vista incurable», y también podía generar estados de «imbecilidad» o «epilepsia». ⁵⁸⁷ En el caso de los «imbéciles», el efecto del alcohol era «más poderoso», ya que «su embriaguez va acompañada comúnmente de accesos violentos de cólera y a veces de furor», mientras que «la demencia llega en ellos más temprano que lo que es de costumbre en los ebrios, y la mayor parte de los imbéciles que concluyen en paralíticos deben a la embriaguez ese fin». Una situación similar vivían los epilépticos. ⁵⁸⁸

Los anarquistas participaron, a través de distintas publicaciones, de la campaña antialcoholista, puesto que entendían que el consumo de alcohol no favorecía una vida saludable, pero esto tenía también una dimensión de tipo político, porque el obrero que se embriagaba con frecuencia se «embrutecía» y, por ende, quedaba más expuesto a la explotación patronal. Nuevamente, asociaron consumo de alcohol, enfermedad mental y descendencia degenerada. *Despertar*, la publicación de los «obreros sastre» de tendencia anarquista, lo señaló en estos términos:

El alcohol, al producir una excitación que no repara el organismo agotado, exagera [sic] la postración consecutiva, y apoderándose del oxígeno de nuestros tejidos, dificulta la alimentación e impide que los alimentos sean bien aprovechados. El resultado de esta nutrición viciada es la degradación paulatina, que se manifiesta en enfermedades del hígado, del estómago y en la depravación moral y la locura. Por la decadencia vital que produce el alcohol, el alcoholista esta [sic] predispuesto a todas las enfermedades, que en él toman una gravedad

⁵⁸⁷ Rafael De ZAYA ENRÍQUEZ, «El alcoholismo agudo», en *Asociación Rural del Uruguay*, año XIV, n.º 4, Montevideo, 28 de febrero de 1885, pp. 107-108.

⁵⁸⁸ *Ib.*, p. 112.

particular que convierte en mortales afecciones ordinariamente benignas. Esa degradación de todo el organismo se trasmite por herencia a los hijos de alcoholistas, débiles, depravados, y con frecuencia epilépticos o idiotas.⁵⁸⁹

También los obreros agremiados participaron de la campaña a través de la publicación de trabajos sobre las consecuencias del alcohol. Fueron varios los sindicatos, algunos de tendencia anarquista, que poblaron las páginas de sus periódicos con noticias o información relativa al tema.⁵⁹⁰

A fines del siglo XIX, el abogado José Velázquez señaló, a tono con consideraciones médicas del período, que para combatir el alcoholismo era necesario «un saneamiento educativo de las masas», «una reconstitución adecuada de todo el organismo social» y plena libertad a los responsables de «una higiene pública severa que ayude a cegar las verdaderas fuentes de un vicio cosmopolita».⁵⁹¹ Durante todo el período considerado, se repitieron las propuestas que pedían limitar la venta de alcohol, vigilar con asiduidad los expendios, prohibir las mezclas o falsificaciones, aumentar los impuestos, no pagar los jornales los días sábado o domingo u ofrecer «recreos populares honestos (teatros, circos, ecuestres, gimnásticos, exposiciones zoológicas, etc.)», además de una campaña educativa «acerca de los grandes daños originados por el alcohol».⁵⁹² Sin embargo, no siempre se logró aplicar medidas de este estilo, por lo que se volvió sobre ellas una y otra vez.

Dos de las soluciones propuestas para el problema del alcoholismo eran la rectificación de todo tipo de bebidas alcohólicas y una férrea inspección estatal. En su tesis presentada en la Facultad de Derecho, Francisco García y Santos propuso «la restricción del alcoholismo» por «los beneficios morales y materiales que produciría». Pero, antes de eso, era imprescindible realizar una sostenida campaña educativa, ya que

Acaso no muchos se hayan dado cuenta cabal, más o menos aritméticamente, de los grandes estragos que hace ese vicio, esa calamidad peor que la peste y el cólera, porque es endémica y porque son mayores los daños que causa y más numerosas sus víctimas.⁵⁹³

Tampoco descartó «la rectificación del alcohol», que «está probado [...] disminuye el número de los asilados en las cárceles y manicomios, y aún más, y lo que es más importante, evita la degeneración de la raza». Para eso, reclamó una

589 *Despertar. Publicación mensual de conocimientos generales, editada para la enseñanza popular por la sociedad de resistencia «Obreros Sastres»*, año I, n.º 4, Montevideo, octubre de 1905, p. 32.

590 Véase, por ejemplo: *El Obrero en Calzado. Periódico Defensor del Gremio*, Montevideo, 1.º de diciembre de 1905, p. 1.

591 José VELÁZQUEZ, «¿La embriaguez es delito?», en *La Revista de Derecho, Jurisprudencia y Administración*, año V, n.º 2, Montevideo, 30 de setiembre de 1898, p. 24. El artículo se basa en el texto de Lombroso *Il vino nel delitto*.

592 R. P. M., «El alcoholismo, la locura y la criminalidad», en *La Revista de Derecho, Jurisprudencia y Administración*, año VI, n.º 4, Montevideo, 31 de octubre de 1899, p. 59.

593 García y Santos, o. cit., p. 21.

actitud enérgica al legislador y a los distintos poderes del Estado que tenían «el supremo e ineludible deber de posponerlo todo a la salud pública».⁵⁹⁴ La misma posición adoptó el Congreso Científico Latino Americano que se celebró en Montevideo en el año 1901. La reunión de técnicos y profesionales, en su sección médica, solicitó a todas las autoridades del continente «medidas de profilaxia y de curación aconsejadas por la ciencia, instruyendo a las masas sobre sus perniciosos efectos y llegando, en caso necesario, hasta dictar leyes represivas de este flagelo».⁵⁹⁵

Desde 1903, los escolares recibieron una cartilla elaborada por el presidente de la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis (institución fundada en 1902), el abogado Ramón Montero y Paullier, que brindaba instrucciones para combatir la tuberculosis y el alcoholismo. El material didáctico era una adaptación local del «trabajo de los franceses doctor Brouardel y E. Lagrue» y buscaba que los enseñantes «reserven un espacio o un tiempo mayor y más importante a las nociones de higiene» para «poner a nuestra juventud en condiciones de luchar eficazmente contra una de las plagas más terribles que azotan a la humanidad».⁵⁹⁶ Los niños de las escuelas públicas recibían información suficiente para saber que el alcohol era una de las causales de enfermedad psiquiátrica, perjudicial, en especial, «para los niños y para las mujeres, cuyo sistema nervioso es muy impresionable».⁵⁹⁷ También era una forma de ingresar al mundo de la criminalidad, porque «el alcohol absorbido, arrastrado por la sangre y por ella distribuido en todo el cuerpo acude preferentemente al cerebro y lo ataca sordamente». El alcoholista perdía «todos los más nobles atributos de la humanidad» y terminaba en «la holgazanería», «la deshonra», «el robo» y «el crimen», conductas anatemiizadas por la moral dominante del período.

En la visión de Montero y Paullier, cumplía una función esencial la familia, «escuela de las virtudes cívicas y sociales» sin las cuales «la vida colectiva sería imposible: la buena fe, la sinceridad, la confianza, el respeto recíproco, la obediencia primero, después el hábito de mandar, la previsión». Bienes que el alcoholismo «mata» porque «destruye la familia misma».⁵⁹⁸ Los hijos de alcoholistas, muchos de los cuales trabajaban con esa cartilla en clase, «tienen malos instintos, SON VICIOSOS, PENDENCIEROS, PROPENSOS A LA BEBIDA, FUTUROS BORRACHOS», y, por lo general, cargaban con alguna enfermedad hereditaria, entre las que se encontraban las de tipo psiquiátrico.⁵⁹⁹

594 Ib., p. 41.

595 *Segunda Reunión del Congreso Científico Latino Americano celebrada en Montevideo del 20 al 31 de marzo de 1901. Trabajos de la VI.ª Sección (Ciencias Médicas)*, vol. II, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1903, p. 405.

596 Montero y Paullier, o. cit., p. 5.

597 Ib., p. 50.

598 Ib., pp. 76-77.

599 Ib., p. 77. Mayúsculas en el original.

La cartilla y la campaña de prensa formaban parte de lo que Etchepare llamó «medios morales» para combatir el alcoholismo. La tarea era meramente educativa y, además de enseñar hábitos saludables, tenía que ser capaz de «destruir» nociones populares que, por ejemplo, consideraban «que el alcohol es un alimento», así como la «creencia difundida [de] que el obrero pobre, que se alimenta mal, que se alimenta de modo insuficiente, necesita alcohol para ser fuerte para la tarea, resistente a la fatiga».⁶⁰⁰ Por eso, «no basta luchar por el mejoramiento y el bienestar físico del obrero», sino que también «es preciso instruirlo y educarlo». En la tarea, «el esfuerzo médico puede ser grande porque la sugestión que provoca su palabra es la persuasión basada en la ciencia: debe tener y tiene más autoridad que la de un profano».

Etchepare reclamó la creación de un asilo para alcoholistas, similar al que dirigía Legrain en Francia (que el médico uruguayo visitó en 1912). La misma posición tuvo, en 1914, el director de la Colonia de Alienados cuando solicitó la fundación de un asilo especial para los alcoholistas y la sanción de una normativa que le permitiera a la Asistencia Pública el tratamiento de quienes padecían el «hábito de beber, [que] constituye una enfermedad mental», e, incluso, su retención en dicho asilo. Esos establecimientos debían funcionar como una «escuela de redención y de trabajo». Pidió también una carga impositiva elevada que gravara el expendio «del tóxico» para hacer «del alcohol un artículo imposible». Otra solución era la prohibición total de su venta para consumo individual.⁶⁰¹ Según Etchepare, los impuestos permitirían «disminuir el consumo de una mercadería haciéndola difícilmente accesible al bolsillo y especialmente al del pobre», aunque advirtió que «nadie ignora que desgraciadamente a menudo el mal ejemplo viene de la clase pudiente, y que el alcoholista, no por ser distinguido, deja de ser alcoholista».⁶⁰²

Los médicos de todas las especialidades mostraron la preocupación por temas que entendían eran de interés general, pero, además, insistieron, en este y en otros casos, sobre la necesidad de contar con legislaciones adecuadas que permitieran actuar sobre las enfermedades sociales. Podríamos decir que miraban a Europa, donde habían estudiado o a donde habían acudido para conocer otras experiencias, pero, sobre todo, pensaban en Uruguay y en lo que creían era la necesaria actuación pública de los profesionales sanitarios. Esa actitud se replicó en las otras enfermedades sociales del período.

600 Etchepare, «La lucha contra...», o. cit., pp. 14-15.

601 Rossi, *El alienado...*, pp. 53-57.

602 Etchepare, «La lucha contra...», o. cit., pp. 10-12.

Urano, Onán y Venus: la sexualidad psicopatologizada

Michael Foucault estudió el control de la sociedad burguesa sobre la sexualidad y lo consideró un dispositivo emanado de las relaciones de poder como eje normativo para regular la vida sexual de las personas. De esta forma, cualquier discurso transgresor se ocultó a favor de una moral dominante que, a partir del siglo XVIII, comenzó a regir la actividad sexual.⁶⁰³ Ese discurso repercutió en la ciencia que, según el teórico francés, terminó subordinada a la moral dominante y multiplicó los sermones sobre lo prohibido. La homosexualidad pasó a ser, así, un problema, porque cuestionaba el dominio del hombre sobre la mujer, la virilidad y las jerarquías sociales, y se convirtió en una práctica que, si bien se cuestionaba desde lo biológico y la salud mental, tuvo mucho de cultural.

En el caso uruguayo, Barrán señaló que para la cultura civilizada —que también comprendía a los médicos— los «excesos de la sexualidad», que, en la primera mitad del siglo XIX, solo podían llegar a constituir pecados o delitos al honor, pasaron, en la segunda mitad del siglo XIX, a constituir delitos penales perseguibles de oficio por la policía. Para abogados, médicos y policías de la época, «exceso» era «todo aquello que no caía dentro de los fines de la reproducción, o sea, que merecía el rótulo de actividad infecunda: homosexualidad y “actos inmorales” en general e indiscriminadamente».⁶⁰⁴ Los psiquiatras se preocuparon por la homosexualidad, la masturbación y la prostitución, a las que consideraron no solo delitos, sino también manifestaciones psicopatológicas. Si bien no siempre quedó claro e, incluso, se ocultó tras pudorosos eufemismos, parecería que *inversión* fue la forma que los médicos uruguayos del período utilizaron para definir la relación sexual entre personas del mismo sexo, mientras que *homosexualidad* daba cuenta del fenómeno en general y de todas las formas de desviación de conducta que encerraba. Como sea, no fue menor el papel de los discursos *psi* en el abordaje de las prácticas sexuales y su normativización.⁶⁰⁵

En el caso de la homosexualidad, como la abrumadora mayoría de los hombres de su época, también los médicos creían que las relaciones sexuales debían ser solo entre el hombre y la mujer. Pero, hombres al fin, se preocuparon más por las relaciones entre hombres que por aquellas que podían tener las mujeres entre sí. Probablemente, se vieron reflejados más en los casos clínicos protagonizados por hombres que por aquellos de las mujeres.

603 Michel FOUCAULT, *Historia de la sexualidad*, vol. I, 25.^a ed., Ciudad de México, Siglo XXI, 1998.

604 José Pedro BARRÁN, *Historia de la sensibilidad en el Uruguay*, vol. II, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1990, p. 225.

605 La historiografía uruguaya muestra notorias carencias en el estudio de la homosexualidad. Un trabajo significativo, y pionero en el área, es el de José Pedro Barrán, *Amor y transgresión*, que trata sobre adulterio y homosexualidad. Una investigación reciente sobre un período histórico posterior, pero que cuenta con una contextualización desde comienzos del siglo XX, se encuentra en: Diego SEMPOL, *De los baños a la calle. Historia del movimiento lésbico, gay, trans uruguayo (1984-2013)*, Montevideo, Debate, 2013, en especial pp. 21-56.

De todos modos, y tal vez como una manifestación pudorosa de los médicos, los casos publicados no son numerosos, pero los existentes brindan algunas pistas muy sugerentes. Este último punto también se vinculó a la vivencia de la intimidad y al pasaje de una sociedad donde las actividades sexuales no se ocultaban, y eran reguladas por la iglesia Católica, a un momento histórico en el que lo personal cobró cada vez mayor autonomía. Por lo tanto, si bien la homosexualidad correspondía a la esfera pública —porque los invertidos eran «enfermos»—, podríamos pensar que la ausencia de publicaciones médicas sobre el asunto se debió a ese tipo de manifestaciones pudorosas. Esto no evitó que los médicos elaboraran distintas consideraciones en relación con los «invertidos».

La visión sobre las relaciones heterosexuales estaba acompañada por una idea rectora: la necesidad de reproducir, en las mejores condiciones, a la especie. Por lo tanto, la idea de sexualidad o de heterosexualidad que desarrollaron los médicos del período estaba asociada a la necesidad de formalizar las relaciones de pareja a través de algún tipo de enlace (fuera civil, religioso o ambos). La tensión entre los sexos y la solución del matrimonio estaban presentes en las consideraciones de Brunel, en 1862, cuando planteó que, al llegar «el hombre a la edad procreadora, se ve arrastrado hacia la muger [sic] por un instinto casi irresistible», pero que esto podía generar algunos problemas de comportamiento, sobre todo por «la crisis del cuerpo» que se desataba al entrar a la vida adulta. La solución, «sencilla y moral», para este problema era «el matrimonio», «favorable a la sociedad y al individuo».⁶⁰⁶ El revés de esta actitud, sostuvo el francés, eran la prostitución y la homosexualidad, puerta de entrada a las enfermedades mentales y a otros vicios como el delito.⁶⁰⁷ Por el contrario, el matrimonio y «la influencia habitual de la muger [sic]» eran «una escuela de perfección moral, de moderación y de longevidad»; «el preservativo y el correctivo de las pasiones que destruyen la salud ahogan la conciencia, trastornan el espíritu, y precipitan al suicidio y a la locura».⁶⁰⁸ El matrimonio era, por lo tanto, «la más preciosa garantía contra la degeneración y las enfermedades que concluyen con la especie humana» y «el medio más poderoso y tal vez el único para perfeccionarla».⁶⁰⁹ Otro aspecto significativo de la relación sexualidad-locura es el vínculo con la sífilis, ya que la enfermedad podía provocar trastornos psiquiátricos y, lo que era peor, «se perpetúa de familia en familia por una serie fatal de transmisiones».⁶¹⁰ En ese caso, no importaban solo las relaciones homosexuales, sino también combatir la prostitución («lepra [...] de las sociedades modernas»)⁶¹¹

606 Brunel, o. cit., p. 172.

607 Ib.

608 Ib., p. 173.

609 Ib., p. 175.

610 Ib., pp. 180-181.

611 Ib., p. 181.

Estos tanteos iniciales, que insistían en cuestiones morales antes que médicas (aunque se unían como un metal en aleación), aún no habían alcanzado una psicopatologización certera de los comportamientos sexuales.

Por ejemplo, en agosto de 1880, los tres médicos que examinaron a la interna Juana Santos, que, como vimos, fue liberada luego de la pericia, señalaron que era común en la mujer «vestirse de hombre de una manera poco decente».⁶¹² Sin embargo, los facultativos no consideraron que esta actitud fuera parte de una sintomatología psiquiátrica evidente. Esta ausencia de una definición concreta se terminó pocos años después gracias, sobre todo, a la obra del psiquiatra Richard von Krafft-Ebing (1845-1902), quien alcanzó celebridad en el mundo médico por sus estudios sobre la perversión sexual.⁶¹³ Expositor del pensamiento degeneracionista, en particular con su trabajo *Psychopathia sexualis* (1886), estableció conceptos como «perversión sexual» (bestialismo, fetichismo, exhibicionismo, sadomasoquismo, travestismo) y clasificó las degeneraciones sexuales en distintos tipos de trastorno psiquiátrico, a las que, además, en algunos casos, consideró hereditarias. De esta forma, continuó con una línea de la psiquiatría alemana que había iniciado Karl Westphal (1833-1890) en la década del setenta del siglo XIX al estudiar casos de lesbianismo, para diferenciar la «anormalidad» adquirida de la congénita.⁶¹⁴ Estudios de este tenor se multiplicaron en todos los países europeos (con Charcot y Magnan en Francia, por ejemplo, pese a que le confirieron un rol preponderante a la «herencia mórbida».⁶¹⁵ Sin embargo, la historiografía considera que fue gracias a Krafft-Ebing y al apoyo de los médicos occidentales que comenzaron a utilizar sus conceptos que se estableció una relación directa entre el desenfreno sexual y la violación al código de conducta social, una perversión, la enfermedad psiquiátrica y, por último, el delito.⁶¹⁶ No todos los médicos del período eran partidarios de la visión de la homosexualidad como una enfermedad y, como Havelock Ellis (1859-1939) en Inglaterra, defendieron la atracción hacia el mismo sexo como una característica propia de la estructura psíquica de varias «razas». Esto no evitó que Ellis se refiriera a los 38 casos de homosexuales que abordó como hombres que mostraban una

612 AGN, HA, MSP y HCM, libro 4842, fs. 2, 3.

613 Estamos ante una de las referencias ineludibles de los psiquiatras locales de nuestro período. Para su trabajo *El alienado y la sociedad*, Santín Carlos Rossi utilizó una versión en francés de *Médecine légale des aliénés* del médico alemán. Krafft-Ebing también estudió la histeria femenina en su obra *La debilidad mental fisiológica de las mujeres*, publicada en 1900, en la que planteó el carácter inferior de las mujeres y su propensión a las enfermedades psiquiátricas.

614 Foucault consideró a Westphal como quien acuñó la visión psiquiátrica de la homosexualidad (*Los anormales...*, o. cit., p. 158).

615 Corbin y Perrot, o. cit., p. 552.

616 Porter, o. cit., p. 147. En sus escritos finales, tal vez consecuencia de la aparición del psicoanálisis, Krafft-Ebing abandonó la idea de la homosexualidad como una enfermedad o una degeneración psíquica.

«constitución anormal». Asimismo, señaló que la «falta de repugnancia por las prácticas homosexuales» se daba, sobre todo, en las «clases bajas».⁶¹⁷

El Código penal uruguayo de 1889 castigó el delito de «sodomía» con penitenciaría de cuatro a seis años; el «ultraje al pudor o a las buenas costumbres con actos impúdicos u obscenos produciendo escándalo», con prisión de nueve a doce meses, y «las relaciones incestuosas mantenidas con escándalo público entre ascendiente y descendiente [...] entre hermano y hermana consanguíneo o uterino», con penitenciaría de dos a cuatro años.⁶¹⁸ No obstante, desde antes de la aprobación de la codificación, la policía, amparada en la normativa colonial, ya detenía y sancionaba a homosexuales y travestidos. La prensa daba publicidad a estas noticias en la mayor parte de los casos con los datos identificatorios de los involucrados, situación compleja para quienes vivían en localidades de baja densidad de población. Tal era el caso de Salto, donde, en 1882, el diario *La Voz del Norte* informó:

Cambio de sexo. El individuo Tomás Conte se andaba divirtiendo, disfrazado de mujer, pero la policía, que no se conforma con la inversión de sexos, ha tenido la poca delicadeza de darle alojamiento en el hotel del poco trigo —era la forma popular de llamar al local de la Jefatura Política y de Policía.⁶¹⁹

La idea sobre las «buenas costumbres» podía ser aplicada de forma laxa, por lo que el relacionamiento entre homosexuales, sin relación sexual mediante, ya alcanzaba para su criminalización y su persecución. Eran «degenerados», «perjudiciales al equilibrio social», contra los que la función policial debía ser más firme.⁶²⁰ La aprobación del Código permitió que el delito de sodomía fuera penado con penitenciaría, algo que hasta entonces no ocurría con frecuencia, lo que no quiere decir que, en la primera mitad del siglo XIX, quienes incurrieran en prácticas sexuales consideradas desviadas no fueran detenidos e, incluso, encarcelados.

Además de la codificación o tipificación penal, había también una suerte de acuerdo social que se rompía cuando el hombre o la mujer no cumplían con el rol que la sociedad esperaba. La función del médico era, a decir de Etchepare, lograr «el respeto y la consagración de las leyes naturales, la normalidad y la moral de la función genética».⁶²¹ El mismo médico estudió el caso de X. X., parisina, de 28 años y bailarina de café concert, quien se internó en el manicomio de forma voluntaria para tratar su adicción a la morfina y al opio. Sin embargo, en la sexualidad de la mujer, una lesbiana confesa, el médico encontró rasgos psiquiátricos que entendió debía tratar y, por ende, mantener a la paciente la mayor cantidad de tiempo posible dentro del hospicio. Se trataba, en palabras

617 Havelock ELLIS, *La inversión sexual*, 2.^a ed., Buenos Aires, Editorial Partenón, 1949 [1897], pp. 7 y 19.

618 Código penal, artículos 278, 282, 283 y 287.

619 *La Voz del Norte*, Salto, 27 de febrero de 1882, p. 1.

620 Giribaldi, «Sobre establecimientos...», o. cit., p. 329.

621 Etchepare, «Educación de los niños nerviosos», o. cit., p. 227.

del profesional, de «un cerebro de hombre en un cuerpo de mujer».⁶²² Si bien en esa idea del cerebro masculino en el cuerpo de mujer podemos encontrar una posición cercana al organicismo, había, para el médico, causas de tipo moral. Desde niña, la interna se mostró «refractaria a la costura y al bordado» y prefirió juegos y divertimentos que el médico consideraba propios de varones, por lo que entendió que había una predisposición innata.⁶²³

La historia de la enferma tratada por Etchepare se combinó con causas de índole moral, ya que había sido criada por una «madrastra» y por el padre de esta, «un senil erótico de 70 años», quien a los nueve años «la depravó efectuando en ella la succión clitoridea». La niña no denunció la situación porque «experimentó placer sexual desde los primeros ensayos y fue tal su satisfacción que obligaba todas las noches al anciano a que saciara en esa forma su deseo» y «llevó su entusiasmo hasta la bestialidad, pues se hacía [sic] lamer los órganos genitales por un perro». A los 13 años, «un joven, huésped de la casa en que vivía, por sobre los vestidos y por el tocamiento, la hizo experimentar gran placer sexual» y la introdujo en el mundo del onanismo. «Desde entonces continuó masturbándose, ya con el dedo, ya con una botellita que llenaba de agua caliente, pero sin penetrar en la vagina. Conservaba su virginidad aún por esa época.» Si bien Etchepare no es explícito, la recurrencia a la masturbación de la mujer nos podría llevar a pensar que, para el médico, la autosatisfacción sin presencia masculina era algo intolerable.

La presencia del hombre que depravó a la niña será una constante en este tipo de historias, protagonizadas por ambos sexos, es decir, la presencia de un sujeto capaz de despertar la «desviación». Por eso, sobre todo cuando involucraba a hombres, los médicos se preocuparon por saber si participaba de forma activa o pasiva de la relación sexual. La homosexualidad podía ser orgánica (también llamada natural) o «adquirida» en el medio social. Etchepare sostuvo que había una predisposición que se despertaba por hechos fortuitos (una violación, por ejemplo, pero también vestirse con ropas del sexo opuesto) o por la sugestión de un tercero. La *inversión* era adquirida y no solo congénita (como sostenía, entre otros, Krafft-Ebing). Nuevamente, el medio era fundamental, porque si existía predisposición, el agente activo podía depravar a una persona, pero también conducirla hacia el delito o a prácticas condenables por la moral

622 Bernardo ETCHEPARE, «Desequilibrio mental; hiperestesia e inversión sexual; sadismo, hermafroditismo [sic] psico-sexual; morfinomanía, mitridatización; histeria», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. IX, Montevideo, 1906, p. 97. La historia clínica de la mujer se encuentra en: Hospital Vilardebó, *Libro de entrada de mujeres 1904-1907*, fs. 283, 290. En la historia publicada, Etchepare unificó información que la mujer le brindó en su segunda internación, durante la que confesó su lesbianismo. El mismo texto fue publicado en 1906 por la revista argentina *Archivos de Psiquiatría y Criminología*. La idea de hermafroditismo (o hermafroditismo, como también aparece en otros textos) fue planteada por Krafft-Ebing para los casos en los que el individuo era abiertamente homosexual, pero conservaba «vestigios del instinto normal heterosexual» (Ellis, o. cit., p. 38).

623 Etchepare, «Desequilibrio mental; hiperestesia e inversión sexual...», o. cit., p. 97.

dominante. Esto no evitó que Etchepare realizara una genealogía de la mujer —de madre desconocida y padre abandonico— para conocer la relación con una posible herencia mórbida.

A su vez, hay que tener en cuenta la preocupación entre los médicos por la sexualidad infantil —que, a partir de este período, comenzó a incorporar los aportes freudianos— y la relación estrecha entre la práctica masturbatoria en la adolescencia y las perversiones de la vida adulta. Estas situaciones se combinaban por el interés de la niña en la «literatura pornográfica», con especial afección en «los cuentos de Bocaccio».⁶²⁴ Siendo adolescente, escapó de su casa y se dedicó a la prostitución. Sin embargo, no encontraba placer en el «acto genital normal», por lo que recurrió nuevamente al sexo oral practicado por mujeres, que era, para el médico, una manifestación histérica, consecuencia del trauma ocasionado por el primer contacto generado por el padre de su madrastra.

La mujer tenía, además, tendencias suicidas y en más de una ocasión había hecho tentativas frustráneas de autoeliminación, que, sin embargo, acentuaron «más su carácter varonil». Como ejemplo de las actividades que no le correspondían a una mujer, Etchepare señaló:

[La paciente] ha aprendido a montar a caballo, en bicicleta, tira las armas, posee muy bien el juego del florete y tira la carabina a la perfección, al extremo de hacer blanco con frecuencia en las golondrinas [...], [y] en este momento anda con un revólver.⁶²⁵

Sin embargo, varios comentarios del facultativo nos permiten sospechar acerca del estado mental de la interna. Por ejemplo, destaca que se preocupó, durante su estadía, por dejar en claro que se encontraba de forma «voluntaria» en el establecimiento e, incluso, tuvo «un acceso de desesperación» cuando fue reasignada a una habitación con otras alienadas. Tres meses después del ingreso, salió del manicomio también de forma voluntaria, luego de oponerse «a la desmorfización brusca».⁶²⁶

La relación entre la homosexualidad y la locura apareció no solo en las publicaciones médicas o en la cultura popular a través de la prensa, sino en manifestaciones de la cultura erudita. Ejemplo en ese sentido es la réplica pública firmada por el poeta Roberto de las Carreras (y escrita por su, en ese entonces, inseparable contertulio Julio Herrera y Reissig), destinada a responder al poeta Álvaro Armand Vasseur, quien había tenido «la inconsciente osadía de provocarme» por criticar en el diario *El Tiempo* una de sus obras. Los autores de la réplica, que pertenecían a dos de las familias más distinguidas de la época, dejaron constancia de que Vasseur era un conocido homosexual y, por ende, un «alienado inferior».⁶²⁷ Las respuestas del aludido se llenaron de términos propios de

624 Ib., p. 93.

625 Ib., pp. 94-95.

626 Ib., pp. 95-96.

627 Roberto DE LAS CARRERAS, «Personal/ Explicación de una silueta/ Acta en un acto/ Armandito Vasseur (Esfumino)», en *El Día*, Montevideo, 13 de junio de 1901, p. 1.

la psiquiatría. La primera de ellas, titulada «Siluetas de *open-door*» y firmada por Vasseur bajo el seudónimo de Esfumino, se refirió a la «chifladura hereditaria» de su contrincante, a quien consideró «suficientemente interesante como caso de clínica patológica». ⁶²⁸ En un breve folleto, Vasseur llamó «pobre alienado», «demente», «desdichado alienado», «criminaloide nato», «carroña de presidio», «flor y nata de la Amoralidad Humana», «bastardo de *Open-door*» a «Roberto García de Zúñiga (a) de las Carreras», en alusión a la condición de hijo natural del poeta. ⁶²⁹ En la réplica, encontramos otra de las consideraciones frecuentes o comunes sobre los hijos naturales, ya que, en tanto tal, De las Carreras

Lleva en su psiquis como en un círculo infernal los morbos irreductibles de una triple herencia alcohólica, sifilódea y prostibular de cuya imanación genealógica [sic] fluyen como tentáculos fenomenales sus tendencias morbosas, sus hábitos inconfesables, sus vicios prohibidos y hasta su latente albúmina criminal. ⁶³⁰

La relación entre algunos conceptos o términos de la criminología positivista y las polémicas del período se vincula a la activa participación de los médicos en estas. Un año después de su polémica con De las Carreras, Vasseur protagonizó otro colérico debate, esta vez con el médico italoargentino José Ingenieros por la crítica del primero a un texto del segundo. En su réplica, publicada en un periódico anarquista, Ingenieros afirmó que, más allá de la respuesta al juicio de Vasseur, tenía «un motivo moral» para «descalificar a *la* firmante del artículo». Además del uso deliberado del artículo femenino, el médico sostuvo que rechazaba a su contendiente porque padecía una «de las psicopatías de los degenerados», una «dismenorrea psíquica» que «en Roma fueron de pertinencia de las fellatrices [sic]». Lo interesante es que tras una polémica literaria también ingresaron conceptos médicos que señalaban la homosexualidad como una conjunción de «factores hereditarios y educativos», ya que, «cuando la herencia es mórbida y la educación deficiente, debe esperarse una resultante enfermiza y antisocial», y, por tanto, deberían hacer «que el manicomio hospede a la señorita». Por su parte, la redacción del periódico (de tendencia anarquista y obrerista) afirmó que publicó el texto porque sus columnas estaban abiertas «siempre que se trate de dilucidar un punto filosófico o esclarecer [sic] el sexo a que pertenecen determinados individuos». ⁶³¹

El rechazo a la homosexualidad atravesó todos los sectores sociales. Una crónica aparecida en el diario *El Siglo*, referida a un grupo de obreros albañiles y panaderos en huelga, instalados en un barracón de las calles Miguelete y Minas en 1895, relató la censura del presidente del sindicato de albañiles, el socialista Pedro Denis, cuando increpó a unos obreros hombres que bailaban entre sí

628 *El Tiempo*, Montevideo, 10 de junio de 1901, p. 1.

629 Álvaro ARMANDO VASSEUR, *Folleto de ultra tumba para hombres solos. El incidente habido entre A. Armando Vasseur y Roberto García de Zúñiga* [Roberto de las Carreras], Montevideo, s. i., 1901.

630 *Ib.*, p. 24.

631 *La Rebelión*, Montevideo, 31 de agosto de 1902, p. 2. Destacado nuestro.

por no respetar la «moralidad»,⁶³² mientras que los anarquistas se pronunciaron contra el «afeminamiento» y la «degeneración por exceso de goces» que vivía la sociedad burguesa.⁶³³

Una crónica «costumbrista», publicada en 1901, sobre Venturita, enfermo psiquiátrico e indigente del pueblo de Porongos en Flores, resulta ilustrativa para ver la relación que la población podía establecer entre locura y homosexualidad o travestismo. En los desfiles de carnaval, los pobladores jóvenes que asistían, pero que también apedreaban al personaje, vestían a Venturita de mujer:

Desde la madrugada del primer día de locuras, Venturita se presentaba con su traje de mujer, arrastrando la cola por calles y plazas, sujetándose a duras penas sobre la cabeza un sombrero de hombre, cuando no conseguía alguno femenino de paja, lleno de plumas y flores, y bailando una extraña danza.⁶³⁴

No siempre la homosexualidad se vivió como un torneo verbal como el que llevaron adelante De las Carreras y Vasseur o un divertimento popular como en el caso de Venturita. Por lo general, el honor y su defensa estaban en juego ante la sospecha o amenaza de una relación homosexual. De ahí la necesidad de internar a quienes tenían una opción sexual que, se entendía, comprometía el desarrollo social. La participación de los psiquiatras permitió que los excesos y las «inversiones», y su consiguiente descripción como patologías orgánicas y sociales, se incorporaran al lenguaje científico.

Al analizar la documentación producida dentro del manicomio, no encontramos la remisión directa a «inversión» (lo que dificulta la construcción de una estadística), pero sí figura, como veremos más abajo, en otras fuentes. A eso, se agregan algunas pistas sugerentes como las solicitudes de internación a pedido familiar por «desarreglos» o «disgustos» en personas que luego no mostraban una patología psiquiátrica. En ese sentido, podemos cuestionar si la asociación de la homosexualidad o de cualquier desviación sexual con la salud mental no podía llevar a que los parientes pidieran el ingreso de una persona en el manicomio. Los «disgustos» como causales de internación tienen un potencial interesante para pensar qué tipo de situaciones las familias pensaban que resolvían enviando a uno de sus integrantes al hospicio.

Lo mismo podríamos preguntarnos en el caso de las prostitutas, es decir, ¿por qué se internó a las meretrices por algunos días o semanas? Veamos, por ejemplo, el periplo de A. A., «meretriz» paraguaya de 34 años, quien fue internada alcoholizada el 31 de octubre de 1894 y dada de alta el 7 de diciembre de ese año sin mostrar síntomas evidentes de psicopatía, pero que reingresó al manicomio el 29

632 *El Siglo*, Montevideo, 8 de diciembre de 1895, p. 1.

633 *La Voz del Trabajador*, Montevideo, 1.º de diciembre de 1889, p. 2. También definieron a la mujer como «un término medio entre el niño y el adulto masculino» que se encontraba en «algunos grados de inferioridad de inteligencia» («La mujer», en *La Voz de los Rebeldes*, Montevideo, 3 de marzo de 1907, p. 2).

634 «Venturita», en *Rojo y Blanco. Semanario Ilustrado*, año 11, n.º 8, Montevideo, 17 de febrero de 1901, p. 189.

de enero de 1895 hasta su liberación el 23 de mayo del mismo año.⁶³⁵ Cuando la policía descubría y detenía a prostitutas u homosexuales, los enviaba de forma directa al manicomio sin que pasaran ante un juez. En plena discusión sobre cómo proceder ante los casos de alienados que eran remitidos al manicomio, cuando esos «enfermos» eran detenidos por aspectos vinculados a la sexualidad, los médicos se mostraron permisivos y autorizaron la internación sin que pasaran por juez, incluso aunque carecieran de síntomas patológicos evidentes. Por ejemplo, el 2 de abril de 1895, fueron internados en el manicomio Alejandro Mendoza de 28 años y Antonio López de 25 porque fueron hallados por la policía mientras realizaban desnudos un acto de «inmoralidad».⁶³⁶ La internación se hizo de forma inmediata y también llama la atención del investigador que, en este caso, como en otros, los escribientes de la Comisión de Caridad prefirieran no nombrar qué tipo de relaciones se escondían tras la idea de «inmoralidad», «inversión» o, también, otra expresión común del período, «desarreglos».

El historiador de la medicina Antonio Turnes señala que, en la primera década del siglo XX, el médico Miguel Becerro de Bengoa, que era inspector del Servicio de la Prostitución, propuso que los homosexuales debían «perseguirse, castigarse o eliminarse de la sociedad», ser juzgados por «la Policía como a los delincuentes» e, incluso, «dictarse leyes penales» que permitieran desterrarlos.⁶³⁷ Becerro pidió la sanción de una ley similar a la de residencia aprobada en Argentina en 1902 (utilizada para expulsar del país a anarquistas y socialistas). En otros casos, encontramos soluciones notoriamente más extremas. En 1913, el médico —y enviado extraordinario y ministro plenipotenciario de Uruguay en Cuba— Rafael J. Fosalba informó en forma reservada a su par en Bélgica, Alberto Guani, que el Consejo Penitenciario del Uruguay, y a propuesta del suscrito, había resuelto adoptar una medida de «mejoramiento social»: el llamado «Plan de Indiana», que permitiría «la esterilización de los criminales o reincidentes y de los degenerados» mediante la vasectomía, y que evitaría «la procreación y transmisión de la herencia morbosa que tanto influye en la producción de la delincuencia». Aclaraba que la propuesta «nada tiene en común con el bárbaro método de la castración» y «con el cual la vida del individuo no corre el menor peligro», sino que, por el contrario, apuntaba a que los «idiotas», «locos», «incurables» «pervertidos sexuales» o «degenerados» sometidos a ese tratamiento «mejorarán» «moralmente».⁶³⁸

635 Hospital Vilardebó, *Libro de ingresos mujeres. 14 de noviembre de 1893 al 18 de junio de 1895*, fs. 112, 146.

636 AGN y CNCBP, o. cit., del 26 de marzo de 1895 al 5 de agosto de 1896, f. 3.

637 Antonio TURNES, *La sífilis en la Medicina. Una aproximación a su historia*, Montevideo, Ediciones Granada, 2007, p. 174.

638 Archivo del Ministerio de Relaciones Exteriores del Uruguay, «Carta de Rafael J. Fosalba, enviado extraordinario y ministro plenipotenciario de Uruguay en Cuba, a Alberto Guani, enviado extraordinario y ministro plenipotenciario de la República Oriental del Uruguay en Bélgica, 11 de octubre de 1913», Fondo Alberto Guani, caja 12, carpeta 7.

Pese al cuestionamiento moral, los médicos también intentaron establecer causas orgánicas de la homosexualidad. La pericia psiquiátrica realizada por Alfredo Giribaldi y Enrique Castro a A. G., uxoricida y epiléptico, para probar si estaba aquejado por una psicopatía, constató que «la conformación de sus órganos genitales es normal», que «la presión de los testículos no provoca sensación dolorosa extrema» y que

La función a que están destinados ha sido también normal, según dice, no habiéndola nunca efectuado contra-natura, ni presentado, ante o durante el acto, alguna de esas perversiones del instinto tan frecuentes a los degenerados epilépticos.⁶³⁹

En 1909, Juan Carlos Brito Foresti, especializado en sífilis, se refirió a la homosexualidad de un ginecomasta de testículos reducidos y con trastornos hormonales (al que retrató de cuerpo entero y a cara descubierta para ilustrar el artículo) como una situación propia de «seres de inteligencia mediocre», «débiles de espíritu, desalmados, en los que la voluntad puede menos que los hechos; por eso se ha dicho con mucha razón que la dignidad del hombre reside en gran parte en sus testículos». El joven, de 19 años, había sido hasta hacía poco soldado, por lo que su comportamiento también lesionaba al Ejército.

Los médicos buscaron, para algunos casos, causas de tipo orgánico. Además de Brito Foresti, en 1915, el médico y político batllista Mateo Legnani afirmó que los testículos segregaban «un tónico nervino», por lo que su uso «contranatural» podía provocar «la degeneración de todo el sistema nervioso».⁶⁴⁰ Havelock Ellis señaló que los hombres utilizados como ejemplo para su trabajo tenían el pene muy grande o poco desarrollado, mientras los testículos «son pequeños y blandos», que daban la pauta de un «desenvolvimiento» orgánico «incompleto».⁶⁴¹

639 «Informe médico-legal presentado en la causa del homicida A. G. por los doctores Alfredo Giribaldi y Enrique Castro», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. IV, Montevideo, 1901, p. 62.

640 Legnani, *Ensayos...*, o. cit., p. 68.

641 Ellis, o. cit., p. 160.

Imagen 11



Fuente: Juan Carlos BRITO FORESTI, «Un caso de ginecomastia», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. XII, Montevideo, 1909.

Las causas orgánicas no impedían la combinación con consideraciones sobre la herencia o el medio social. En su trabajo sobre el ginecomasta, Brito Foresti reparó en los antecedentes familiares y encontró en el alcoholismo del padre y en la violencia doméstica de la que había sido víctima el paciente otro causal decisivo en el desarrollo anormal de las glándulas mamarias, así como en las manifestaciones de «pederastia pasiva».⁶⁴² Según el diplomado, era la ginecomastia, que provocaba problemas hormonales, la que conducía a la pederastia pasiva. Aquí entra en relación otro elemento fundamental: en las historias clínicas relevadas, podemos apreciar que la condena hacia el comportamiento invertido («anormal», como lo llamó Brito Foresti) era mayor en los casos de pasividad, es decir, entre hombres que no penetraban. Esa distinción entre activos y pasivos fue constante, e, incluso, en la tensión entre las causas orgánicas de la inversión y las adquiridas, el hombre «activo» fue señalado como el corruptor. Es decir, la mayoría de los homosexuales eran enfermos congénitos, pero la «inversión» permanecía latente hasta que se manifestaba, por lo general, tras el contacto con otro invertido o depravado, tal como había pasado con la mujer estudiada por Etchepare y en el caso del ginecomasta de Brito Foresti. En esos casos, la herencia (alcoholismo

⁶⁴² Brito Foresti, «Un caso de ginecomastia», o. cit., pp. 1-6.

familiar, violencia, padres desconocidos) caracterizaba la predisposición (que se asociaba más a causas morales). Pero, ¿cómo se determinaba la tendencia? Los médicos no establecieron una relación tan estrecha y simplemente plantearon que todo «invertido» tenía inclinación a conductas sexuales anormales que se despertaban por el contacto con otro anormal. La idea de adquisición del hábito en un terreno social patógeno sirvió como una forma de excomulgar al resto de la sociedad, ya que frecuentar determinados espacios sociales, como los prostíbulos, podía llevar a la homosexualidad que se encontraba latente. Quien no lo hacía no corría riesgo.

Ver la homosexualidad como una enfermedad que nacía por adquisición y en determinados espacios sociales podía servir para tranquilizar a los sanos que, al no frecuentar esos espacios, evitaban el contagio. En todas las historias que utilizamos, sobrevuela el quiebre de la función moral, la violación a la idea del sexo masculino como el dominante. Por eso, podríamos decir que, para los médicos del período, la homosexualidad constituyó tanto un problema fisiológico y moral (de allí las nociones de homosexualidad orgánica o adquirida) como un temor.

Otro mal de la sexualidad (aunque no un delito), combatido por los médicos del período, era la masturbación. Los profesionales de la salud establecieron un vínculo entre la debilidad física y moral y el derroche de líquido seminal o la sexualidad no contenida que se iniciaba en la pubertad y que era capaz de conducir a los jóvenes, fueran hombres o mujeres, a estados de semiidocia, pero, peor aún, a descuidar las tareas asignadas a sus géneros y roles sociales. En otros casos, podía pasar, como la lesbiana atendida por Etchepare, que la masturbación compulsiva condujera a prácticas sexuales invertidas.

La opinión de Krafft-Ebing era que la masturbación conducía a toda clase de perversiones, y el psiquiatra francés Jacques-Joseph Moreau de Tours (1804-1884) vinculó esta práctica a la homosexualidad, porque los homosexuales tenían menos oportunidades para satisfacer sus instintos sexuales y recurrían a la masturbación.⁶⁴³ En cierta medida, podríamos pensar que, para los médicos del período, «inversión» sexual y masturbación tenían un punto de contacto porque no contribuían al desarrollo de la especie, y, en ambos casos, existía un convencimiento médico, pero también popular, sobre la estrecha relación entre actos sexuales desviados y las enfermedades psiquiátricas.⁶⁴⁴

En el apartado dedicado al suicidio, veremos el caso de Antonio Campodónico, quien tras un supuesto período de largo padecimiento optó

643 Ellis, o. cit., p. 153. Sería recién con Sigmund Freud y con la difusión de su obra que la masturbación abandonara su carácter de enfermedad y se considerara como una etapa más del desarrollo infantil.

644 El único estudio histórico local que contempla la masturbación como objeto de investigación, en el marco del análisis sobre la construcción social de la figura del adolescente en el Novecientos, fue realizado por Barrán: «El adolescente, ¿una creación de la modernidad?», en José Pedro BARRÁN, Gerardo CAETANO y Teresa PORZECANSKI, *Historias de la vida privada en el Uruguay. El nacimiento de la intimidad 1870-1920*, vol. II, Montevideo, Santillana, 1996, pp. 174-199.

por quitarse la vida en 1880. Es probable que la persona aludida tuviera una manía persecutoria. Pese a ello, resulta por demás interesante la relación que Campodónico estableció entre masturbación y enfermedad psiquiátrica al referirse a una aparente psicopatía de su segundo hijo (quien habría muerto por una congestión pulmonar). Entre las causas de la enfermedad, el padre señaló que el joven, estudiante de escultura en Génova, «fue a un Museo de Historia natural donde hay muchas figuras de cera de mujeres que parecen naturales en todas las posiciones de la vida humana y tarde me apercibí en que [sic] vicio había caído y se arruinó la salud».⁶⁴⁵ En 1881, el pedagogo Francisco Berra puntualizó, en su manual de higiene, que «el placer —forma elíptica de nombrar la autosatisfacción— ha enloquecido también a muchos». Para eso, había que evitar «los hechos rápidos e intensos del sistema nervioso» y graduar «las impresiones de todos los sentidos y las operaciones de la voluntad, del sentimiento y de las otras facultades mentales».⁶⁴⁶ La misma posición mantuvo el militante protestante Celedonio Nin y Silva (que pertenecía a una familia de médicos) en su manual para combatir «la impureza», pero hizo una asociación incluso más estrecha entre masturbación y locura.

El texto de Nin y Silva cuenta con un prólogo del pastor bonaerense Pablo Bessón, quien sostuvo que «la perversión sexual es agente de disolución y de degeneración física, intelectual y moral», en especial en «la raza latina como en la negra». Los jóvenes, «al entregarse al vicio y la ociosidad», «malgastan las fuentes de la vida, el capital de su energía», «causa de su extenuación prematura, de su enajenación mental».⁶⁴⁷ Por su parte, el autor del libro señaló una serie de estados que atravesaba el onanista, que incluía la decadencia física, moral y también mental. Las últimas dos nos interesan más que la primera. Según Nin y Silva, el «onanista» vivía en un estado permanente de «confusión» y «desconcierto», así como estaba «continuamente distraído, no logra fijar su pensamiento; pronto se fatiga y a menudo le ocurre leer u oír sin comprender; parece que hubiera un velo entre la idea y su espíritu». Asimismo, el onanista «huye del trato de sus semejantes y busca la soledad», se muestra siempre «triste, inquieto y temeroso», «atormentado por la melancolía y la desesperación», que lo llevan al alejamiento de sus pares y a un estado de «completa apatía» que, en algunos casos, «puede llegar al idiotismo, la locura y a extremos muy deplorables».⁶⁴⁸ Un ejemplo basta para pensar cómo podía repercutir en los jóvenes, o en sus padres, que vivían el proceso de represión sexual:

645 AGN-SJ, *Sumario instruido sobre suicidio de Antonio Campodónico*, expediente n.º 122, octubre 2/880, f. 27.

646 FRANCISCO BERRA, *Nociones de higiene*, Montevideo, Barreiro y Ramos, 1881, pp. 32-33.

647 CELEDONIO NIN Y SILVA, *La impureza. Sus causas, efectos, medios de combatirla. Obra especialmente destinada a los padres, maestros y jóvenes de más de 16 años*, 2.ª ed., Montevideo, Librería Americana de A. Monteverde y Cía., 1906, p. 9.

648 *Ib.*, p. 41.

Un joven del departamento de Montevideo se entregó, creo que desde la pubertad, a la funestísima [sic] práctica del onanismo. En vano fueron consejos y amonestaciones: el pobre joven enflaqueció extraordinariamente a pesar de su desmedido apetito; pocos años después comenzó a tartamudear; las piernas le flaqueaban, por lo que más de una vez cayó en la calle, y pronto fue un objeto de burla e irrisión para los pilluelos, y de compasión para los que lo estimaban. El mal hizo rápidos progresos: le sobrevino un ataque de parálisis; perdió la voz y el uso de la razón; su cara revelaba idiotéz; repugnante baba caía de sus labios, y para ser más idéntico al ejemplo citado por Tissot, defecaba involuntariamente en la cama, lo que añadía hediondez a aquel cuadro lastimoso y repelente. El pobre mozo, después de sufrir los más crueles dolores, murió a los 17 años de edad.⁶⁴⁹

Estos eran algunos de «los terribles resultados de ese vicio», pero había uno aun peor: la prostitución, que «favorece también el desarrollo de la locura», posición compartida, según Nin y Silva, por «todos los médicos alienistas», para quienes «el libertinaje es una de las causas más frecuentes de las enfermedades mentales», por causas análogas a las que generaba la masturbación (soledad, «desorden en el estado moral», decadencia física).

En su tesis de 1883, el médico Ernesto Fernández y Espiro ya había señalado que la prostituta tenía un instinto «natural pervertido» que la llevaba a mantener relaciones sexuales a cambio de dinero.⁶⁵⁰ Era, tal como lo consideraba la psiquiatría europea, una enferma: «Las mujeres que se reúnen ocultamente en las casas de cita son, en su mayor parte, perezosas e indolentes y gustan más de esa vida licenciosa que de la sujeción inherente a una tarea cotidiana».⁶⁵¹ Por eso, era importante impulsar «en las clases bajas, en donde la mujer es por excelencia ignorante», las ideas «de bien, virtud y castidad».⁶⁵² En efecto, para los médicos del período, la prostitución (como la masturbación) era un problema de «vicio», que se podía corregir a través de la educación.

Podía pasar que muchos jóvenes entraran en contacto con mujeres que se prostituían. Según Nin, había casos, al parecer conocidos, de jóvenes que habían entablado una relación sentimental con meretrices e, incluso, tenido hijos a los que no reconocían. En otros casos, el mundo de la prostitución era la puerta de entrada a la homosexualidad, ya que las prostitutas compartían el mismo medio social con los «invertidos» o desarrollaban gustos sexuales «anormales». Para el moralista protestante, los peligros eran dos: por un lado, la procreación de «hijos naturales», entre los que abundaban los «alienados», y, por otro, el alejamiento que la prostitución provocaba en «numerosos solteros». En ambos casos, «puede, pues, asegurarse que tanto directa como indirectamente [frecuentar prostitutas] favorece el desarrollo de la locura».⁶⁵³ Esta posición,

649 Ib., pp. 44-45.

650 Fernández y Espiro, o. cit., p. 10.

651 Ib., p. 13.

652 Ib., p. 15.

653 Nin y Silva, o. cit., p. 123.

según la cual el vicio de la prostitución engendraba un problema social de envergadura y podía conducir a la locura, era compartida por médicos y varios hombres públicos durante el período.

Obviamente, estos catecismos no fueron interpretados del mismo modo por los jóvenes de la época (¡ni por sus padres!) que continuaron concurriendo a la zona del «bajo montevidiano», donde se ubicaba la mayor parte de los prostíbulos.⁶⁵⁴ El diplomático Pedro Erasmo Callorda, que había estudiado en el Colegio Pío, estricta institución educativa católica solo para varones, recuerda de este modo los días libres en sus primeros años de la Facultad de Derecho a comienzos del siglo XX:

Los sábados íbamos unos cuantos amigos a recorrer las calles que bordean el mar desde la de Sarandí hasta la de Florida, haciendo estaciones ante los canceles de las vendedoras del amor a precios populares. Era un desfile interesante a donde acudían todas las clases de Montevideo, desde el soldado de línea hasta los tenedores de libros de las casas comerciales. [...] Por regla general terminábamos nuestros paseos yendo a bailar algunas horas a una de esas casas elegantes donde las mujeres se presentaban al cliente en traje de baile. Previamente arreglábamos con la *patrona* el tiempo que bailaríamos, y luego pasábamos a la sala ornada de espejos de barbería.⁶⁵⁵

Pese a que, como ya hemos señalado, no toda la población interpretó el discurso dominante del mismo modo, desde comienzos de la década del ochenta del siglo XIX, los médicos, junto con políticos, abogados e higienistas en general (como Berra o Nin y Silva), asumieron el rol de reformadores sociales y morales. Para combatir todos los excesos o desviaciones sexuales, los higienistas otorgaron un rol fundamental a la educación (a la que no llamaban «sexual»),⁶⁵⁶ que debía prevenir el desarrollo de «perversiones». Partieron de la idea de que el ambiente social y cultural en la mayor parte de los casos provocaba el exceso de sexualidad, por lo cual era imprescindible atacar esos espacios. A su vez, tenían presente la sífilis, según Barrán, una de las enfermedades más temidas del período y, como vimos, capaz de provocar distintos estados de alteración mental e, incluso, parálisis severas. Si bien la sífilis era la más temida, las enfermedades venéreas más importantes del período eran tres: el chancro blando, la gonorrea y la sífilis.

Una medida adoptada contra las sifilíticas —y ser prostituta durante el período permitía la asociación directa con la enfermedad— fue la internación en el Sifilicomio Germán Segura. La prensa participó de la campaña contraria a la prostitución e incorporó algunos términos propios de la medicina y de la criminología del período. A modo de ejemplo, en 1909, el diario montevidiano

654 Sobre el bajo montevidiano véase: Trochon, *Las mercenarias...*, o. cit., pp. 207-231.

655 *El tiempo viejo: cronistas y memorialistas* [selección, ordenación y títulos de Carlos Real de Azúa], Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1968, p. 101. Destacado en el original.

656 El único texto del período en que se hace referencia de forma explícita a la educación sexual es un artículo de Etchepare sobre la educación de los «niños nerviosos» publicado en 1916 (Etchepare, «Educación de los niños nerviosos», o. cit., pp. 226-227).

La Razón llamó a la «legítima defensa» de la sociedad para combatir ese «cáncer social que ataca las raíces de la salud del pueblo y la constitución de la familia humana». ⁶⁵⁷

En 1906, mismo año de la reedición del texto de Nin y Silva, el Consejo Nacional de Higiene elaboró una breve cartilla para «prevenir a los jóvenes» sobre las consecuencias de las «enfermedades venéreo-sifilíticas» y

El peligro que corren andando por ciertas casas, donde no debe entrarse sino tomando grandes precauciones, pues siempre hay la posibilidad de poder contraer enfermedades graves que son muy dolorosas y que producen, la mayor parte de las veces, feas deformidades, parálisis incurables, la locura, cuando no la muerte. ⁶⁵⁸

La idea del político del Partido Nacional, médico, presidente entre 1905 y 1907 de la Comisión del Manicomio y profesor de Patología General de la Facultad de Medicina, Alfredo Vidal y Fuentes, quien escribió el texto en nombre del Consejo Nacional de Higiene, era «exponer con la mayor claridad el asunto» a través de

Un estilo sencillo y vulgar, para poder ser comprendido por todos, pues no se trata en este caso de escribir una obra de carácter científico, sino simplemente se ha tenido en vista el hacer un librito que pueda ser de utilidad a los jóvenes que lo lean, dándoles un prudente ¡alerta! para que se detengan a meditar ante el peligro que corren en algunas aventuras de su vida. ⁶⁵⁹

Además de la sífilis, los jóvenes podían contraer otro tipo de enfermedades como blenorragia o gonorrea, tuberculosis o tisis, que también provocaban alarma durante este período. La sífilis era (y sigue siendo) una enfermedad capaz de atacar todo el organismo «en el tercer grado» —la etapa más avanzada— que provocaba «tumores sifilíticos llamados sifilomas, que pueden atacar la médula espinal (tuétano, colocado dentro del espinazo), el cerebro (los sesos), el hígado, los huesos, los testículos, los ojos». Las tumoraciones craneanas podían llevar a los enfermos a «quedarse idiotas, locos, paralíticos, mudos o sujetos a ataques de convulsiones». Como vimos, para los médicos del período, la presencia del tumor era capaz de detener la actividad orgánica, provocar hemorragias y conducir a estados irreversibles que «acaban con la vida del enfermo». Además, «en este período de la enfermedad es cuando se presentan otra vez los dolores de cabeza (cefalagias) revistiendo una intensidad tan grande que en ciertos casos algunos enfermos se han suicidado por no poderlos tolerar». ⁶⁶⁰ Asimismo, y a tono con otras consideraciones del período, el médico pidió también evitar (o, al menos, vigilar) los enlaces matrimoniales que involucraban a uno o dos sifilíticos.

657 *La Razón*, Montevideo, 10 de abril de 1909, p. 1.

658 Consejo Nacional de Higiene [Alfredo Vidal y Fuentes], *Profilaxia de las enfermedades venéreo-sifilíticas*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1906, p. 5. Nótese nuevamente la idea de «ciertas casas», elíptica forma para nombrar los prostíbulos.

659 *Ib.*, pp. 5-6.

660 *Ib.*, p. 20.

El problema, nuevamente, era la descendencia posible. Los hijos de sifilíticos podían nacer muertos o presentar «desde el primer día de su vida la heredo-sífilis», que provocaba manifestaciones dérmicas, «saliendo todo entecado y lleno de lacras». En otros casos, «nace el niño con buen aspecto, pero a medida que pasan los meses, se ve que la cabecita no es normal», «presentan convulsiones» y «se mueren de ataques a la cabeza (meningitis)», «que es lo mejor, pues si vivieran, quedarían imbéciles». ⁶⁶¹

El texto de Vidal y Fuentes es interesante porque no niega las relaciones sexuales e, incluso, hace referencia a las «visitas» que se hacían a los prostíbulos. Además de alertar sobre los problemas que podía causar la enfermedad, buscó transmitir una serie de consejos acerca del modo de mantener contacto solo entre hombres y mujeres. Por ejemplo, sugería evitar las llamadas «posiciones forzadas o viciosas», porque «predisponen a enfermedades, no solo venéreas por la irritación producida en los órganos genitales (miembro), sino también de la médula espinal». ⁶⁶² Al mismo tiempo, la cartilla estaba dirigida a los hombres impotentes, que podían llegar a ser potenciales enfermos psiquiátricos, ya que esa disfunción privaba «al hombre de su más hermosa cualidad, la virilidad», que obraba «sobre el cerebro» y llegaba a «desorganizar las facultades mentales, produciendo en ciertos casos ideas de suicidio». ⁶⁶³ Ya fuera por disfunción o por exceso de sexualidad, los médicos siempre condenaron, en particular cuando los casos involucraron a mujeres.

Los comportamientos sexuales femeninos fueron psicopatologizados. La ninfomanía era considerada una manifestación maniática. Sin embargo, en pos de contener todo tipo de exceso sexual, un amplio conjunto de comportamientos femeninos entraron dentro de esta supuesta psicopatía; incluso, en algunos estados, la masturbación femenina, al igual que la masculina, se asoció con la idiocia. Y, claramente, estaba a tono con visiones de época sobre la inferioridad mental de las mujeres. Uno de los máximos divulgadores de esta visión durante el período fue el médico alemán Paul Julius Moebius (1853-1907), autor del libro titulado *La inferioridad de la mujer* de 1901, el cual rápidamente alcanzó amplia difusión en círculos científicos occidentales. Además de la inferioridad moral, de la falta de preparación para el trabajo intelectual, Moebius insistió en otros rasgos fisiológicos (como el peso del cerebro) que también explicarían esa inferioridad. Detrás de este tipo de posiciones, se encontraba una visión política sobre el feminismo, que consideraba cualquier reclamo de género como planteos atrasados y exóticos. En España, por ejemplo, las militantes feministas fueron equiparadas a las prostitutas. ⁶⁶⁴ Como sostiene la historiadora Nerea Aresti, «a lo largo del último cuarto del siglo XIX, la ciencia se convirtió en la forma de

661 Ib., pp. 22-23.

662 Ib., p. 13.

663 Ib., pp. 21-22.

664 Véase: Nerea ARESTI, «Pensamiento científico y género en el primer tercio del siglo XX», en *Vasconia*, n.º 25, Bilbao, 1998, pp. 53-62.

conocimiento más autorizada para explicar, justificar y perpetuar la supremacía masculina en todos los niveles de la vida social». ⁶⁶⁵ Esta «ola de radicalización misógina que recorrió la comunidad científica» ⁶⁶⁶ tenía un correlato político-social, según el cual la mujer tenía una función procreadora que revalorizó la maternidad, pero al mismo tiempo, a decir de la historiadora Lourdes Peruchena, estimuló «el modelo de mujer-madre para quien la maternidad debía constituirse en destino único». ⁶⁶⁷

El manual de Sáenz y Criado sostenía que era más «repugnante» una «ninfomaníaca» que un «satiriaco [sic]», «porque parece que lo último que pierde la mujer es el pudor, y hasta las mismas prostitutas le tienen». Por el contrario, «la mujer que le pierde por completo se convierte en un animal inmund». ⁶⁶⁸ Al decir del higienista Luis Bergalli, la promiscuidad sexual provocaba

Enflaquecimiento, debilidad muscular, palpitación del corazón, contracciones epileptiformes, verdadera epilepsia, parálisis parciales o generales y, muchas veces, psicosis, que se hacen después causa ocasional para el desarrollo de la locura. ⁶⁶⁹

Etchepare sostuvo que la promiscuidad era una manifestación de debilidad mental que se revelaba como «apetencia sexual»: en los hombres, como un «placer solitario», mientras que, en las mujeres, como una forma de ninfomanía que las llevaba a «ofrecerse» «fácilmente con entera ingenuidad, sin pudor, como piden de comer o de beber». ⁶⁷⁰ La mujer debía ser un «aparato genital», pero con «todas las energías» en la reproducción de la especie. ⁶⁷¹ Desde esta perspectiva, si no había una concentración en ese sentido, si la mujer no frenaba su instinto sexual, afectaría a su descendencia y, por ende, a la raza. En ese punto, coincidieron varios especialistas del período. En 1908, Américo Ricaldoni asoció convulsiones frecuentes en una mujer adulta y el temprano desarrollo, a los 13 años, de su instinto sexual «con todos los caracteres de la morbosidad y de la exageración» que la llevaban «a la calle a provocar y a buscar a los hombres para satisfacer sus impulsiones genésicas» o «al onanismo desenfrenado». Esto incitó que la niña no adquiriera «un desarrollo intelectual y moral normal». ⁶⁷²

El pedido de refrenar los excesos, la contención en el contacto sexual, fue utilizado por los médicos no solo como un argumento para explicar las

665 Nerea ARESTI, *Médicos, donjuanes y mujeres modernas. Las ideas de feminidad y masculinidad en el primer tercio del siglo XX*, Bilbao, Universidad del País Vasco, 2001, p. 55.

666 Ib.

667 Lourdes PERUCHENA, *Buena madre, virtuosa ciudadana. Maternidad y rol político de las mujeres de las élites (Uruguay, 1875/1905)*, Montevideo, Rebeca Linke Editoras, 2010, p. 283.

668 Sáenz y Criado, o. cit., p. 175.

669 Bergalli, o. cit., pp. 596-597.

670 Etchepare, «Los débiles mentales», o. cit., pp. 282-283.

671 Legnani, *Ensayos...*, o. cit., p. 118. El argumento se acompañaba con una oposición momentánea a conceder mayores derechos civiles, políticos y sociales a las mujeres, ya que desatenderían las tareas inherentes a su condición. La «libertad» podía llevar a la mujer a «extraviarse por los perversos andurriales».

672 «Dr. Américo Ricaldoni...», o. cit., p. 107.

enfermedades psiquiátricas, sino también para refrendar un sistema de jerarquías sociales. En otras palabras, la sexualidad psicopatologizada era clave en el mantenimiento del sistema patriarcal, aunque —por algo tenemos casos de desobediencia— no siempre fue acatado. A su vez, cualquier referencia al contacto sexual de forma previa al matrimonio abría la puerta a un estigma irreversible e, incluso, permitía que los médicos escrutaran cuál había sido la falla que condujo a esa situación. Por algo los estudios que iniciaban los facultativos en el dispensario, sobre todo en los casos de histerismo, comenzaban con un tacto vaginal (siempre que la paciente no se resistiera, como a veces ocurría). Además de buscar zonas histerógenas y estudiar «la sensibilidad de la vagina», los médicos como Francisco Soca intentaban saber si las pacientes habían mantenido relaciones sexuales.⁶⁷³

Un ejemplo interesante es el de una «joven loca» de 17 años, que pertenecía a una «familia bastante conocida». La «perturbación de las facultades intelectuales» de la mujer se debía a una «desgracia». Esa situación se generó luego de que la «alienada, a tan temprana edad», escapara con un hombre del hogar paterno. El aludido era «un joven, el único tal vez con quien se había tratado, que tenía fijada en la puerta de su casa las tablillas de médico», que abandonó a la mujer luego de mantener relaciones. Al regresar a su casa, el padre solicitó el ingreso de la hija en el Asilo del Buen Pastor «a fin de que no siga por el sendero que ha trillado». Esto provocó que la mujer prorrumiera en gritos y golpes. El médico de policía certificó que se encontraba ante una persona «atacada del delirio». La crónica del diario finalizaba: «¡Miraos en ese espejo, jóvenes inexpertas que os dejais [sic] seducir por los que solo buscan vuestra perdición! Sed más cautas si quereis [sic] ser felices».⁶⁷⁴ Interesa al investigador cuestionarse si el escándalo público pudo ocasionarse por defenderse ante la amenaza de ser internada. Que la mujer desobedeciera al padre, a la policía y al médico, ¿no puede ser visto, como en otros casos, como una somatización de la conducta sin síntoma psiquiátrico evidente? ¿Pudo ser el diagnóstico de «delirio» un recurso de la familia para sobrellevar la actitud «reñid[a] con la dignidad y la honra», tal como decía la nota de prensa citada? No sabemos cómo concluyó la historia, pero el cuestionamiento a los diagnósticos médicos y a las actitudes familiares, en algún sentido, nos ayuda a comprender la sociedad del período y sus valores dominantes —pero no por dominantes incuestionables (aunque quien los violara no siempre fuera consciente)—.

Un caso tratado por Etchepare aporta otras pistas sobre prácticas de interacción frecuentes entre las mujeres (y, como vimos, también de hombres) de vida «desarreglada». El ejemplo, que ya utilizamos para hablar sobre el puerilismo, es el de quien era, en 1906, la interna más antigua del manicomio. Si bien la mujer

673 MHN, «Sala “San José” n.º 24. Violeta Rocha, 16 años, oriental, soltera, labradora. Viene de Rivera. Octubre de 1903», en *Papeles del doctor Francisco Soca. Anotaciones y testimonios de carácter científico. Copia de trabajos sobre temas de Medicina*, carpeta n.º 1863.

674 *La Tribuna Popular*, Montevideo, 23 de junio de 1882, p. 1.

mostraba una clara demencia y un estado maníaco que la llevaba a creerse una niña, al ser interrogada por el médico sobre el motivo de su reclusión en el establecimiento en la década del setenta del siglo XIX, sostuvo que las causas de su reclusión se debían a que «tuve un nene con ojos grandes, rubio, bonito» con un familiar, por lo que el padre decidió la internación. Más allá de que puede que la historia no sea certera y de que estemos ante el testimonio de una enferma psiquiátrica severa, no deberíamos descartar que prácticas de este tipo tuvieran lugar durante el período.⁶⁷⁵ Ya que las pasiones podían despertar una patología, los médicos psiquiatras cumplieron una función central para desentrañar formas de comportamiento, pero también para señalar lo que estaba mal.

El interrogatorio sobre los hábitos sexuales no incluía solo a las pacientes, sino a sus familiares más directos, a los que interrogaban acerca de la moralidad de su pariente. Etchepare interrogó al padre de Adelina y Diamantina G., caso que ya vimos, para saber todo lo referente acerca de la «pureza» de las dos hermanas.⁶⁷⁶ En otro caso, Santín Carlos Rossi destacó que uno de los problemas de la paciente a la que trató por histero-traumatismo era la familia disfuncional, la cual, pese a no tener «neurópatas ni suicidas», presentaba la separación de los progenitores. Esto había llevado a que la mujer abandonara la casa familiar a los 16 años «en amable compañía, y, desde entonces, lleva la vida nómada y accidentada que la acercó a nuestras playas».⁶⁷⁷

En la historia clínica de M. L., uruguaya de 19 años enviada desde el departamento de Soriano e internada el 5 de febrero de 1905 en el manicomio, Etchepare anotó como parte de la anamnesis la siguiente e ilustrativa frase: «Amores contrariados. El padre es alcoholista y también lo fue el abuelo».⁶⁷⁸ ¿Por qué un médico ponía en una historia clínica que una paciente «es desobediente con sus padres» porque salía «de su casa a altas horas de la noche»?⁶⁷⁹ ¿O que la paciente L. P., de 23 años, estaba internada porque «ha tenido un disgusto por haber quebrado con un joven con quien tenía relaciones amorosas»?⁶⁸⁰ Esa preocupación por el estilo de vida de las mujeres se agudizaba con las lesbianas. Tal fue el caso de la mujer morfinómana, que vimos más arriba, tratada por Etchepare. La actitud de la paciente era una forma de cuestionar la sociedad patriarcal, el poder médico y lo que se esperaba de las mujeres.

675 Etchepare, «Puerilismo mental», o. cit., p. 68.

676 Etchepare, «Locura comunicada...», o. cit., p. 409.

677 Rossi, «Un caso de histero-traumatismo...», o. cit., p. 420.

678 Hospital Vilardebó, *Libro de entrada de mujeres 1904-1907*, f. 80.

679 Ib., f. 208.

680 Ib., f. 318.

«La plaga de los demolidores europeos»⁶⁸¹

La homosexualidad o la sexualidad no contenida eran distintas formas de subvertir o, al menos, cuestionar los valores dominantes. Sin que parezca forzado, la asociación entre «locura» y política, en especial entre los colectivos que proponían la destrucción del orden vigente, tiene un punto de contacto con los planteos realizados sobre las relaciones sexuales.

El historiador Roy Porter señaló que la Comuna de París (1871) sirvió para que el degeneracionismo francés psicopatologizara las opciones políticas contestatarias.⁶⁸² Esto abrió un amplio abanico de análisis que relacionaban las opciones políticas con la enfermedad mental. Asimismo, el proceso iniciado en 1881 contra Charles Guiteau, asesino del presidente estadounidense James Garfield, destacó cuestiones sobre la herencia, la criminalidad y la locura del personaje.

La criminología positivista jugó un papel muy importante en ese sentido porque permitió la patologización de los disidentes políticos, a los que asoció con conductas similares a las de los hombres delincuentes o a las de los enfermos psiquiátricos. Así lo defendió Lombroso en su tratado criminológico de 1894 titulado *Los anarquistas*, en el que estudió el anarquismo (al que consideró una «plaga») como parte de una tipología criminal y desarrolló el vínculo entre el anarquista y el criminal nato (categoría que veremos en el próximo capítulo). Desde el año de publicación del texto de Lombroso, se consumaron una serie de atentados encabezados por anarquistas, como ser los asesinatos del presidente francés Sadi Carnot en 1894, del primer ministro español Antonio Cánovas del Castillo en 1897, de la emperatriz de Austria un año más tarde, del rey italiano Humberto I de Italia en 1900 y del presidente estadounidense William McKinley en 1901.⁶⁸³

La transición de fines del siglo XIX y comienzos del xx estuvo marcada por el convencimiento sobre una especie de conspiración anarquista internacional que buscaba imponer el caos en todo el mundo. Ante una amenaza de esa magnitud, los Estados Unidos, acompañados por países europeos, respondieron con congresos, tratados de extradición, expulsiones masivas y represión policial. Luego del asesinato de McKinley, su sucesor Theodore Roosevelt impulsó un acuerdo internacional que declaró el anarquismo como un crimen contra el derecho internacional, medida apoyada, entre otros países, por Argentina.⁶⁸⁴ En 1902, 1907 y 1911, distintos acuerdos panamericanos permitieron la extradición de los anarquistas que habían cometido hechos violentos en un país,

681 Consideraciones sobre el anarquismo publicadas en: *La Razón*, Montevideo, 24 de abril de 1897, p. 1.

682 Porter, o. cit., p. 145.

683 Según cifras del historiador inglés Paul Knepper, entre 1880 y 1914, los atentados anarquistas provocaron 150 muertes y 460 heridos (Paul KNEPPER, *The Invention of International Crime. A Global Issue in the Making, 1881-1914*, Londres, Palgrave-Macmillan, 2010, p. 128).

684 Mercedes GARCÍA FERRARI, *Ladrones conocidos/sospechosos reservados. Identificación policial en Buenos Aires, 1880-1905*, Buenos Aires, Prometeo Libros, 2010, p. 164.

pero también facilitaron la expulsión de los elementos que, se presumía, podían perturbar el orden público.⁶⁸⁵

En el Río de la Plata, esta situación se destacó luego del proceso inmigratorio que no solo trajo hombres, mujeres y nuevas costumbres, sino también ideas foráneas que comenzaron a preocupar a los sectores políticos gobernantes, los cuales iniciaron un proceso de «criminalización del anarquismo».⁶⁸⁶ Aunque importa aclarar que, en Uruguay, la represión contra el anarquismo no tuvo la virulencia que mostró en otros países (como Argentina) e, incluso, muchos anarquistas se plegaron a la vida política de la mano del batllismo. Del mismo modo, la actividad ácrata no alcanzó los niveles de violencia ni recurrió a atentados con la intensidad con que lo hizo en otros lugares del orbe. El diario batllista *El Día* publicó varias biografías de anarquistas célebres que se encontraban en Argentina (como Enrico Malatesta o Pietro Gori). Esa actitud encontró reciprocidad en filas ácratas y puntos de contacto para analizar la situación de los trabajadores e, incluso, el vínculo entre las exigencias de la vida moderna y la locura.⁶⁸⁷ El historiador Patricio Geli puntualiza que:

[La] ansiosa sensibilidad del anarquismo rioplatense por estar a la altura del espíritu de los tiempos y de los desafíos por hacer inteligibles los fenómenos introducidos por la modernidad lo vuelcan a una desprolija adopción de series argumentales provenientes de paradigmas diversos.⁶⁸⁸

El abogado y criminólogo italiano Pietro Gori (conferencista frecuente en tertulias y veladas anarquistas en Montevideo y uno de los principales divulgadores del lombrosianismo en Argentina) visitó el Manicomio Nacional y estampó su firma en una nota de admiración en el libro de salutación del hospicio de alienados:

*Con sentimento di tenerezza per l'infinito dolore umano qui pure racconto con ammirazione per la pieta infinita e per la scienza illuminata die tanto dolore qui ura a consola.*⁶⁸⁹

Pietro Gori.

15 de diciembre de [18]99.⁶⁹⁰

685 Richard BACH JENSEN, «The International Anti-Anarchist Conference of 1898 and the Origins of Interpol», en *Journal of Contemporary History*, vol. XVI, n.º 2, abril de 1981, p. 331.

686 Eduardo ZIMMERMANN, «La criminología y la criminalización del anarquismo», en o. cit., pp. 126-149.

687 Importa señalar que el anarquismo atravesó distintas tensiones internas en relación con algunos de los puntos más sobresalientes de su prédica, como fue el uso de la violencia. Al repasar la prensa del período, podemos apreciar que no todos los anarquistas celebraron los magnicidios.

688 Patricio GELI, «Los anarquistas en el gabinete antropométrico. Anarquismo y Criminología en la sociedad argentina del 900», en *Entrepasados*, vol. II, Buenos Aires, 1992, p. 18.

689 «Con sentimiento de ternura por el infinito dolor humano que es historia pura, con admiración por la piedad infinita y por la ciencia iluminada de tanto dolor que busca consuelo» (traducción del autor).

690 Hospital Vilardebó, *Manicomio Nacional. Libro de visitantes*, f. 23.

A eso podríamos agregar que el país asiló a los militantes ácratas expulsados de Buenos Aires o Rosario luego de la aplicación de la Ley de Residencia. La sintonía entre el batllismo y los principales líderes locales del pensamiento anarquista se evidencia en la incorporación a las filas del Partido Colorado de dirigentes como Ángel Falco, Francisco Corney, Edmundo Bianchi y Domingo Arena —este último, hombre de extrema confianza de Batlle y Ordoñez y uno de los ideólogos de algunas de las medidas más radicales del batllismo—. Esto no evitó que la policía tuviera una relación compleja con los militantes sociales y, en particular, con los ácratas.⁶⁹¹

Desde la década del ochenta del siglo XIX, para los psiquiatras, el prototipo de «loco político» fue el militante anarquista. El anarquismo como opción política fue patologizado por los médicos del período y, en concreto, por los psiquiatras, que consideraban esta opción como parte de una neurosis más general. Según la visión médica, el anarquista estaba fuera de la realidad, y allí nuevamente encontramos la vinculación entre enfermedad y las causas morales.

Lo que el ideario ácrata —con sus vertientes— proponía era la subversión e, incluso, la destrucción del orden social y político tal como se lo conocía. Sin embargo, los psiquiatras también intervinieron en otros casos —que rozaban el delito común— que no fueron protagonizados por anarquistas (o en los que no siempre fue clara su inclinación ideológica), como, por ejemplo, en los intentos de asesinato a los presidentes Juan Idiarte Borda y José Batlle y Ordoñez.

El loco, por su conducta y su actitud y por desobediente, subvertía el orden social, mientras que el militante político revolucionario o violento también planteaba, a su modo, la destrucción de ese mismo orden y la desobediencia a las autoridades.⁶⁹² En marzo de 1882, el diario católico y conservador *El Bien Público* avisó que «acaba de aparecer un papel titulado *La Revolución Social* que seguro nos dicen es redactado por un señor que tiene revolvidos [sic] los sesos». Para la publicación, el anarquista que editaba el medio de difusión del ideario libertario debía realizar «una visita al Manicomio Nacional».⁶⁹³ Esta asociación, que parece casual, escrita en tono costumbrista, se vincula íntimamente con la creencia generalizada de que anarquismo y locura eran equivalentes. Los ácratas eran, además, contrarios al sentimiento de propiedad que, para médicos y abogados del período (así como para comerciantes y terratenientes), era un derecho inalienable.

Los anarquistas eran considerados locos no solo por su intención de subvertir el orden establecido, sino porque podían recurrir, como lo hicieron, a la violencia para cumplir con sus objetivos políticos. Como señaló el investigador argentino Pablo Ansolabehere, el anarquista se definía por «su tendencia

691 Véase: Gerardo CAETANO, *La república batllista*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 2011, pp. 197-205.

692 Sin profundizar en la temática, Barrán elaboró algunas pistas muy sugerentes sobre ese vínculo entre locura y política. Véase: Barrán, *Medicina y sociedad*, o. cit., vol. II, p. 158.

693 *El Bien Público*, Montevideo, 21 de marzo de 1882, p. 2.

impulsiva y constante a la agitación social, al desorden, al caos», de modo que el ácrata era un delincuente y un ser patológico porque se enfrentaba a las leyes del orden social, pero también a las de la evolución, que hacían funcionar el mundo de determinada manera.⁶⁹⁴ Los significados políticos que vertebraban el anarquismo fueron acallados y considerados fuera de contexto. De esta forma, los militantes anarquistas no tenían ideales, sino rencores; no generaban hechos políticos, sino que practicaban una forma de terror vacía de contenido.

El anarquismo era para los sectores gobernantes del período una ideología foránea que, en buena medida, respondía a sus postulados de internacionalismo y a la oposición a toda manifestación del Estado nación en el momento en el que las bases nacionales comenzaban a delimitarse. La recurrencia a metáforas médicas como la idea de una «plaga» protagonizada por «demoledores europeos» —para seguir la frase que da título a este apartado— es ilustrativa en ese sentido y da cuenta de «el temor a la invasión extranjera que suscita en muchos sectores el fenómeno inmigratorio en general y el movimiento libertario en particular».⁶⁹⁵ Podríamos agregar el miedo a la multitud urbana y la necesidad de encontrar rasgos patológicos también en las formas de comportamiento colectivo. Reflejo de ello fue la publicación del texto de José María Ramos Mejía *Las multitudes argentinas* en 1899, en el que proponía el estudio de la multitud para su neutralización.⁶⁹⁶

La prédica ácrata también atacaba la moral dominante al preconizar el concepto de «amor libre» que los sectores gobernantes entendían que contribuía a la degeneración de la raza, ya que, según una interpretación un tanto laxa, los libertarios podían mantener relaciones sexuales sin importar la carga patológica hereditaria de la otra persona. Para los militantes, el «amor libre» expresaba simplemente la necesidad de establecer relaciones de pareja al margen de cualquier tipo de sanción legal como el matrimonio (punto en el que también coincidían los batllistas).⁶⁹⁷ En 1902, el periódico *La Rebelión* explicó que «lo que hacemos [los anarquistas] es unirnos sin pasar por la alcaldía ni por la iglesia, sin pedir permiso más que a nuestras voluntades».⁶⁹⁸ Contrariamente a lo que pensaban los sectores gobernantes, para los ácratas, el matrimonio, fuera religioso o civil (este último era obligatorio desde 1885, no así el religioso), era causa de «uniones imposibles, determinadas por interés» que conducían a la prostitución, al

694 Pablo ANSOLABEHERE, «El hombre sin patria: historias del criminal anarquista», en Lila CALMARI (comp.), *La ley de los profanos. Delito, justicia y cultura en Buenos Aires: 1870-1940*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2007, p. 174.

695 *Ib.*, p. 188.

696 El texto estaba inspirado en la obra del pensador francés Gustave Le Bon, quien había teorizado sobre la necesidad de contener a las multitudes y evitar la reproducción de los degenerados determinados por la raza o la herencia (José María RAMOS MEJÍA, *Las multitudes argentinas*, Buenos Aires, J. Lajouane & Cía., 1912).

697 Caetano, o. cit., p. 215.

698 «Del Libre Amor», en *La Rebelión*, Montevideo, 9 de noviembre de 1902, p. 3.

«celibato forzoso», así como a «delitos pasionales, suicidio, infanticidio, Sífilis, onanismo» y a la consiguiente «degeneración de la especie».⁶⁹⁹

La reacción antianarquista se puede apreciar, por ejemplo, en las coberturas de prensa luego de algún asesinato renombrado, como el del rey italiano Humberto I a manos del militante ácrata Gaetano Bresci en julio de 1900. En una nota del 11 de agosto de 1900, la versión argentina de *Caras y Caretas* señaló que «los anarquistas del Plata rechazan la lucha política» y el «Estado», que pensaban destruir a través de «la revolución social».⁷⁰⁰ La asociación constante con ideas insólitas y misteriosas también era una forma de colocar a los anarquistas fuera de cualquier capacidad de raciocinio. Fue la prensa antes que los médicos la que se encargó de delinear las características psicóticas de los anarquistas. Ante cualquier atentado que tuviera lugar en Buenos Aires o en algún lugar del mundo, periódicos vernáculos de distintas orientaciones político-ideológicas (e, incluso, enfrentados entre sí) se encargaron de esta ideología política. Pero los médicos no se mostraron ajenos a esa prédica.

El médico Carlos Dighiero, que, como señalamos, estudió Psiquiatría en París, fue uno de los que encabezó la marcha en homenaje al monarca Humberto I que tuvo lugar en Montevideo. También desfilaron en grupo los estudiantes de la Facultad de Medicina.⁷⁰¹ Por su parte, Etchepare sostuvo, catorce años más tarde —lo que demuestra que la asociación aún tenía vigencia—, que «los caballeros del anarquismo» reclutaban a sus integrantes entre los «débiles mentales» que estaban «en el límite de lo normal y cuya actividad puede, hasta cierto punto, equipararse a lo normal, en la mayor parte, la actividad intelectual y las reacciones».⁷⁰²

La asociación con la violencia tenía otros ribetes que vinculaban la ideología con el delito común, ya que ambos anidaban entre los sectores trabajadores, en la «gente ignorante» y en los «proletarios», al decir del psiquiatra argentino Francisco de Veyga (uno de los fundadores de la disciplina en su país). El mismo médico planteó, en 1897, que el anarquismo era una «derivación de la criminalidad ordinaria», en una asociación que se haría imperante entre médicos y abogados de la época que relacionaron el delito político con la criminalidad.⁷⁰³ Si el delincuente mostraba algún tipo de patología, al asociar su figura con el anarquista, lograron vincular esa opción política con la anormalidad. Así resultó más fácil cualquier intento de descalificación (que, además, se combinó con campañas antiinmigratorias). El anarquista era un anormal, por lo que les correspondía a los médicos su estudio, contención o represión. Al mismo tiem-

699 Ib.

700 «El anarquismo en el Río de la Plata», en *Caras y Caretas*, Buenos Aires, 11 de agosto de 1900.

701 «Actualidad uruguaya. Homenaje a Humberto I», en *Caras y Caretas*, Buenos Aires, 11 de agosto de 1900.

702 Etchepare, «Los débiles mentales», o. cit., p. 286.

703 Francisco De VEYGA, «Anarquismo y anarquistas», en *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, año VII, n.º 20, Buenos Aires, setiembre de 1897, pp. 446-447 y 455.

po, permitió que los médicos se convirtieran en observadores de los conflictos sociales y propusieran distintas disposiciones para contener cualquier desborde.

La asociación anarquismo-locura fue muy difundida en la prensa del período. Los anarquistas se defendieron con vehemencia de este tipo de ataques. En mayo de 1901, el ácrata Lucrecio Espíndola respondió a la publicación satírica *El Uruguay Risueño* que había publicado una nota en la que se refería al comportamiento de los anarquistas como una manifestación psiquiátrica. Decía el texto inicial —que no pudimos consultar, pero que aparece citado en la réplica— que «los anarquistas son unos pobres diablos» que «gritan, chillan, luchan (con la lengua) y hacen mil morisquetas al santo cuete». Al igual que en el *affaire* entre Vasseur y De las Carreras, Espíndola utilizó terminología psiquiátrica para llamar a sus oponentes «pobres abortos de los numerosos cerebros enfermos que tanto abundan en esta maltrecha sociedad».704 En la respuesta, nos encontramos ante otro aspecto común de las luchas políticas del período, y es la introducción de términos propios de la ciencia en general y de la psiquiatría en concreto para descalificar a los oponentes políticos.

En el mismo periódico, se realizó el retrato de un policía que había ingresado a un club anarquista, con términos propios del lombrosianismo que nos ayuda a pensar en los cruces entre distintas vertientes políticas y que, incluso, complejizan la relación epistemológica entre el positivismo y las corrientes contestatarias que también eran objeto de observación de la criminología. Se describió al agente del orden (al que se refirió como «espía lame-culos») como un ser de «frente deprimida, arcos zigomáticos desmesuradamente pronunciados, mirada aviesa, recelosa, color cetrino, orejas en forma de asa (cual cumple a los degenerados)». En síntesis, un hombre de «andares simiescos» que, «si lo atrapa Lombroso, no pierde el día».705

No solo la conducta de los anarquistas fue psicopatologizada. Cualquier indicio de aplicar la violencia directa contra las autoridades fue considerado una manifestación psiquiátrica, aunque, en algunos casos, se comprobó que los implicados mostraban algún tipo de desequilibrio. Ese fue el caso de Juan Antonio Raveca, que intentó asesinar al presidente Idiarte Borda.706 La administración presidencial de este último atravesaba un momento muy delicado, en parte por los levantamientos nacionalistas de 1897, por el clima de inestabilidad política general y por distintas denuncias de corrupción y mal manejo de los fondos que pesaban sobre el presidente y su círculo más cercano.

Borda fue atacado por Raveca al descender de su carruaje en la principal calle de Montevideo, 18 de Julio, y, aunque apuntó al cuello del presidente, el arma no disparó y permitió que el edecán presidencial, coronel Juan Turenne,

704 *Tribuna Libertaria*, año II, n.º 29, Montevideo, 12 de mayo de 1901, pp. 1-2.

705 *Ib.*, p. 3.

706 En la documentación, el apellido figura con una *c* o con dos. Utilizaremos solo una *c*, porque así aparece con más frecuencia en las fuentes, pero, en los casos de cita textual, respetaremos la forma de escribir el apellido tal como aparece en el original.

desarmara y detuviera al agresor. Al explicar al juez su actitud, el agresor afirmó «que quería matar al presidente, porque no hacía la felicidad del país, ni conseguía la paz, ni gobernaba con los dos partidos». ⁷⁰⁷ La prensa presentó al joven como un «loco». Sin embargo, y según el historiador Eduardo Acevedo (nunca ecuánime o medido en sus juicios), no actuó de forma aislada, sino que contaba con el respaldo de algunos compañeros de la Universidad:

Ravecca estaba matriculado en el aula de Geografía General de la Universidad.

Al tomarse la lista y pronunciarse su nombre hubo aplausos, sin que el cate-drático, don Fausto Sayagués Lasso, asumiera alguna actitud. El Presidente de la República se apresuró a destituir al profesor. ⁷⁰⁸

En la papelería de Raveca, se encontró un pasaporte falso y documentación que, según un cronista del diario *El Día*, llevaban a sospechar que el plan involucró a más personas que el detenido. ⁷⁰⁹

En una declaración brindada a la prensa pocos días después de su detención, Raveca afirmó que era anarquista. Pero, ¿lo era? ¿Declararse anarquista no era una forma de alcanzar la inimputabilidad porque mostraba una ideología pato-logizada? La prensa insistió en su condición de anarquista:

En el registro que se hizo de la casa paterna de Ravecca [sic], se han encontrado escritos suyos que tratan de las teorías anarquistas, y diarios nacionales y extranjeros con referencias a la doctrina o a los corifeos del anarquismo europeo, así como hojas clandestinas que alguna vez han circulado en Montevideo con programas incendiarios de revolución social. ⁷¹⁰

Más allá de su convicción política, y de cierta patología que probablemente afectó al acusado, el descubrimiento (o la supuesta confesión) de ese dato servía para relacionar de forma directa el anarquismo con un estado de locura que llevaba a la violencia política. «Su fanatismo doctrinario», como alertó un diario montevideano, «le quita la conciencia del crimen». ⁷¹¹ Por eso, y como se trataba de un anarquista, se lo podía llegar a declarar inimputable, porque su opción política era un estado patológico.

Si bien hasta la fecha sigue en cuestión por qué Raveca actuó de ese modo y si tuvo o no ayuda, todo parece indicar que el hecho involucró a otros partícipes no necesariamente libertarios. Se llegó a sospechar de una conspiración dentro del propio Partido Colorado al que Borda pertenecía. El juez de Instrucción Criminal estableció que «la agresión de Ravecca resulta un acto personal, sin ninguna trascendencia, motivado por algún estado patológico del agresor». ⁷¹² Pero el relacionamiento de la actitud del imputado con la locura se agudizaba al

707 Testimonio en: Acevedo, o. cit., vol. v, p. 27.

708 Ib.

709 *El Día*, Montevideo, 22 de abril de 1897, p. 1.

710 *La Razón*, Montevideo, 24 de abril de 1897, p. 1.

711 Ib. También: «Ravecca continúa en estado de inconciencia moral», en *La Razón*, Montevideo, 28 de abril de 1897, p. 1.

712 *El Día*, Montevideo, 28 de abril de 1897, p. 1.

tener en cuenta las respuestas brindadas en su declaración (en un procedimiento dudoso en el que intervino el propio presidente). La prensa señaló la actitud del joven como consecuencia de su estado patológico, ya que, al aportar su testimonio, afirmó desconocer los dos partidos imperantes en el país, algo que lo colocaba por fuera de cualquier forma racional de comprender la política. A ello se agrega que varios de los psiquiatras de nuestro período formaron parte del Partido Nacional o del Colorado e, incluso, llegaron a participar como médicos de campaña en las guerras civiles de 1897 y 1904.

El interrogatorio realizado a Raveca fue reproducido por el diario *El Día*, y las respuestas que brindó se encuentran en sintonía con esa idea de emparentar la locura con la ausencia de reconocimiento de las colectividades políticas.

El señor Idiarte Borda le preguntó entonces por qué había atentado contra su vida.

—Para salvar a la patria —contestó Raveca.

Al preguntársele su nombre, quien lo mandaba o por consejo de quien obraba, respondió: «¿Y a usted que [sic] le importa?».

Le preguntaron a Raveca si era blanco o colorado, y contestó:

—Odio tanto a un partido como al otro.

—¿Entonces cuál es su opinión?

—Pertenezco al partido del bien.⁷¹³

Así, Raveca fue condenado a tres años de prisión y el tribunal que lo juzgó dejó constancia de

Que el encausado se encontraba en un estado patológico próximo al desequilibrio de sus facultades mentales, influyendo también en su ánimo los sucesos que por ese entonces se desarrollaban en el país a inducirlo a realizar el delito que se le imputaba.⁷¹⁴

Finalmente, el presidente fue asesinado en agosto de 1897 por otro joven, Avelino Arredondo, quien, al parecer, no tenía conexión con Raveca.⁷¹⁵ Arredondo, según su testimonio, actuó sin cómplices. La prensa no se refirió a su caso como una manifestación psicopática o un acto propio de su ideología anarquista, aunque algunos diarios destacaron su «cinismo» y la «sangre fría», propia de un asesino.⁷¹⁶

En noviembre de 1905, en otro confuso incidente, Osvaldo Cervetti intentó atentar contra la vida del presidente José Batlle y Ordóñez. El juez del caso ordenó un informe médico para conocer «el estado de salud del encausado», que quedó a cargo de «los doctores Giribaldi, Héguy, Morelli y Vidal y Fuentes». Según el abogado defensor, Cervetti presentaba un desequilibrio psiquiátrico, pero los médicos que actuaron concluyeron que el detenido no mostraba afección mental

713 *El Día*, Montevideo, 22 de abril de 1897, p. 1.

714 Acevedo, o. cit., vol. v, p. 28.

715 *El Día*, Montevideo, 31 de agosto de 1897, p. 3.

716 *La Nación*, Montevideo, 28 de agosto de 1897, p. 1.

alguna.⁷¹⁷ Tampoco son claros los motivos del intento de asesinato, pero la prensa manejó la hipótesis según la cual se trataba de un militante anarquista (algo que luego quedó descartado).⁷¹⁸ Lo interesante es que, nuevamente, un abogado pedía la pericia psiquiátrica para solicitar la imputabilidad de su defendido. No importa la veracidad del recurso (o si Cervetti era un «enajenado»); por el contrario, lo interesante del caso es que el jurista pensara que, por tratarse de un anarquista, ese alegato fuera de recibo, es decir, fuera común considerar loco a un militante libertario que atentó contra la vida del presidente.

En estos dos últimos casos, sus protagonistas no eran extranjeros, sino que ambos habían nacido en Uruguay, por lo que no se trataba de delincuentes traídos por la inmigración europea. Por tanto, la problemática de la violencia política —pese al interés por emparentarlo con causas foráneas— se nacionalizó y provocó alerta entre médicos, abogados, políticos y todas las autoridades del orden. Sin embargo, siguieron pesando los argumentos que responsabilizaban a los extranjeros de varias de las problemáticas sociales del período, las cuales permitieron el cruce entre inmigración y enfermedad psiquiátrica, tal como veremos en el apartado siguiente.

Modernidad, inmigración y neurastenia

El médico estadounidense George M. Beard (1839-1883) popularizó el concepto de *neurastenia*, es decir, un ataque nervioso producido por las frenéticas presiones de la civilización que agotaban al individuo. Según este mismo autor, el predominio de la neurastenia era una consecuencia de las transformaciones que vivía la sociedad occidental y que habían tornado la vida intensa y estresante. Beard delimitó de forma poco clara los síntomas de la enfermedad que iba desde dolores generales o localizados hasta desórdenes gástricos o fatigas. Sin embargo, la categoría se impuso en varios lugares del mundo y, en especial, en América Latina, donde la noción tuvo buena acogida, ya que se comenzó a vincular este tipo de afección con la modernidad y la inmigración.⁷¹⁹

A comienzos del siglo XX, el filósofo y sociólogo alemán Georg Simmel (1858-1918) escribió un breve pero interesante artículo sobre el tipo de individualidad predominante en las ciudades y las consecuencias psicológicas derivadas de la vida moderna. De acuerdo a su interpretación, el cambio permanente de impresiones e imágenes en la calle, en las esquinas, en las avenidas y en los espectáculos públicos generaba una «intensificación del estímulo nervioso» que aceleraba el ritmo de vida, pero también provocaba cierta inmediatez y transitoriedad

717 *El Pueblo*, Montevideo, 24 de noviembre de 1905, p. 1; *La Razón*, Montevideo, 23 de noviembre de 1905, p. 5.

718 En el caso de Raveca, Arredondo y Cervetti, los expedientes judiciales se extraviaron.

719 Sobre el punto, véase: Fernando José FERRARI, «Historia cultural de la Psiquiatría en Córdoba, Argentina: recepción y decadencia de la neurastenia», en *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, n.º 5, México, D.F., enero-junio de 2015, pp. 288-309.

de las relaciones humanas («estructura impersonal») que contrastaba con «la vida aldeana y rural» de personas provenientes del medio rural (nacionales y extranjeros). Por ello, «la reserva aparece como necesaria debido parcialmente a este hecho psicológico y, en parte, al derecho de desconfiar que tienen los hombres frente a los elementos “pisa y corre” de la vida metropolitana». Como resultado de esta «reserva», el hombre moderno no se vinculaba con sus pares (lo que lo dejaría «sujeto a presiones psíquicas inimaginables»), sino que, por el contrario, sus conciudadanos le eran extraños y, por ello, le generaban rechazo, lo que anulaba cualquier contacto cercano.⁷²⁰ Si bien la visión de Simmel no es más que una interpretación, discutible es cierto, podemos encontrar algunos de los rasgos señalados por el teórico alemán en el vínculo entablado entre los montevideanos.

Barrán y Nahum advirtieron que los cambios que sufrió Montevideo a fines del siglo XIX y comienzos del xx repercutieron directamente en las relaciones que los habitantes de la ciudad tenían entre sí y rompieron «con el antiguo vínculo de tipo aldeano» tan estrecho, «que engendró la figura social del “vecino” y entrelazó la relación entre el poblador y el espacio que habitaba “tan profundo en su cotidianeidad y familiaridad”». ⁷²¹ En ese mundo en transformación, ganaron terreno las ideas del control social que buscaban extirpar el mal que se alojaba en la multitud. El discurso médico participó de la construcción que presentó a la modernidad urbana como foco de posibles enfermedades nerviosas. El médico higienista Mateo Legnani llegó a argumentar con mucho énfasis por qué era necesario «disolver las ciudades», a las que consideraba foco de enfermedades contagiosas, de los males contemporáneos. Era a partir de la reforma urbana y del predominio de la higiene, a la que consideró como «la protección científica del sistema nervioso», que desaparecerían parte de los problemas que aparejaba la modernidad.⁷²²

Este último punto es interesante, ya que la historiografía sobre la medicina, y, en particular, la obra de Barrán, presentó el discurso médico como una continuación de los postulados o ideales del batllismo que apuntaban a la modernización y urbanización del Uruguay. Sin embargo, en planteos como el de Legnani, quien era, además, batllista, podemos ver cierta disconformidad con esas posibilidades, y, si bien apoyaron algunas de las propuestas del oficialismo, podríamos pensar que tuvieron un matiz con los puntos más sobresalientes del ideario mayoritario. De ahí que sea interesante buscar rupturas entre el discurso médico y el político.

Los distintos actores tuvieron variadas posiciones al momento de discutir sobre cómo superar los males sociales que afectaban a la sociedad de la época.

Las miserias de la campaña, los pobres urbanos, la incipiente cuestión obrera, los inmigrantes, la intolerancia política y no en menor medida la situación

720 Georg SIMMEL, «La metrópolis y la vida mental», en *Sobre la individualidad y las formas sociales. Escritos escogidos*, Buenos Aires, Universidad Nacional de Quilmes, 2002, pp. 388-402.

721 Barrán y Nahum, *Batlle, los estancieros...*, o. cit., vol. I, pp. 114-116.

722 Legnani, *Ensayos*, o. cit., p. 89.

generalizada de “desmoralización” fueron las principales herejías que parecían traer consigo la modernización.⁷²³

Modernización que, como señala Caimari, provocó lo mismo que en toda sociedad «sometida a procesos de cambio tan rápidos y profundos»:

[Una] ansiosa preocupación por el desorden y el descontrol, [...] la nostalgia de la restauración de las reglas de algún orden ideal que ha sido violentado o bien la utopía de creación de un nuevo orden que se imponga en el magma de posibilidades abiertas por el cambio.⁷²⁴

En 1901, el médico Alfredo Giribaldi señaló las consecuencias de un estilo de vida vertiginoso que generaba numerosas impresiones e inseguridades. Según el profesional, el hombre moderno se encontraba «viviendo ligero, muy ligero, como si temiéramos llegar tarde a la meta, en este movimiento vertiginoso fin de siglo». Y «allá vamos, con los conocimientos elementales prendidos con alfileres en un lugar más o menos recóndito de nuestra memoria», con los conocimientos generales «hilvanados, como vestido de novia que solo debe durar el espacio de una noche», y con «los conocimientos profesionales incompletos, zurcidas [sic] más o menos bien». Tal vez, si repasamos su experiencia vital, vemos que, para Giribaldi, esto era responsabilidad de las transformaciones modernas, pero también de un sistema educativo que obligaba a convertirse en «colegiales a los 5 años», «bachilleres a los 15» y «médicos o abogados a los 20 o 21». Luego de eso, «nos casamos, formamos hogar, cuando no lo hemos hecho antes, y llegamos a ser padres de numerosa prole». La presión social también provocaba el debilitamiento de la raza, ya que antes de los 25 años, edad a la que se había pasado por varias de las etapas vitales señaladas, estaba «incompleto [...] el proceso de osificación de nuestro esqueleto», por lo que «luchamos constantemente contra la naturaleza en vez de secundar su acción lenta pero segura sobre el desarrollo armónico de nuestro organismo».⁷²⁵ Las apreciaciones de Giribaldi, responsable de la reclusión penitenciaria y partidario de la «profilaxis física y moral», nos ayudan a pensar que el discurso civilizador o la moral dominante no fueron homogéneos, sino que, en su seno, convivieron distintos proyectos sobre cómo mejorar la raza y evitar las enfermedades psiquiátricas llamadas leves que podían generar la modernización o el cambio de país o región. En ese sentido, la higiene, en determinadas coyunturas, se convirtió en un recurso válido para quienes pedían controlar la inmigración, porque la mezcla de razas podía generar una combinación perniciosa para la nación, con habitantes débiles en su constitución física y moral.

El abogado Justino Jiménez de Aréchaga elaboró un trabajo sobre las tendencias suicidas a comienzos del siglo XX e, incluso, les brindó un tono de tinte político, ya que no todos los suicidas se autoeliminaban, sino que otros optaban por tratar de cometer atentados. De este modo, se refirió a:

723 Morás, o. cit., p. 23.

724 Caimari, «Presentación», en *La ley de los profanos...*, o. cit., p. 17.

725 Giribaldi, *El régimen penitenciario...*, o. cit., pp. 100-101.

La raza de los vencidos, de los inútiles, el montón anónimo de fracasados, que constituyen hoy un peligro inmenso para el orden social [...] [y] que son una amenaza permanente de rebeliones sangrientas, de disoluciones fatales; [...] [un] mal acecho, algo que se mueve en la sombra y que caerá sobre nosotros con la violencia de los grandes huracanes.⁷²⁶

Para el abogado, los suicidas eran los menos aptos para «la lucha por la vida». «El suicida, lo dicen todos los criminalistas y todos los psiquiatras, es un vencido; [...] [los suicidas son] obstáculos que se apartan del camino para evitar tropiezos, en su marcha triunfal, al carro de los vencedores.»⁷²⁷ Esto ocurría, según el mismo autor, y de acuerdo a las consideraciones de Enrico Ferri, en todas las sociedades «avanzadas» donde había grupos sociales incapaces de sobrevivir. En sus primeros trabajos, publicados durante la década del setenta del siglo XIX, el pensador británico Herbert Spencer ya había insistido en que la sociedad era la más alta manifestación del proceso evolutivo y que en ella los menos aptos eran eliminados.

El análisis social de Aréchaga se combinó con apreciaciones sobre la herencia. Había un grupo de individuos que heredaban «el cansancio de la cruel labor de varias generaciones», «que tienen el estigma hereditario alcohólico, histero-epiléptico» [sic], «los que llevan la marca ancestral de la locura y el vicio», sobre los que la tendencia suicida «germina rápidamente», sobre todo para los que «se desenvuelven como una flor enferma en ambientes malsanos». Pero la preocupación de Jiménez de Aréchaga eran «aquellos en quienes no descubrimos estigmas degenerativos», supuestos hombres normales que podían suicidarse. Y la preocupación no pasaba por que pusieran fin a sus vidas, sino porque en el interregno podían atentar contra otras personas o perturbar el orden social. En esos casos, el suicidio era, tal como lo había señalado Giribaldi, una consecuencia de «los refinamientos de la vida moderna» y de «la influencia de los centros urbanos» que obligaban a la temprana escolarización y al cumplimiento de numerosas responsabilidades sociales, de los «cambios de fortuna» y de «una infinita variedad de enfermedades nerviosas» que finalizaban en el suicidio como «rebelión última contra un orden social que hiere su infinita egolatría».⁷²⁸ El suicidio era, «para los que creemos en la verdad de la tesis darwiniana, una forma de selección» y «una preciosa conquista de la moral desinteresada que predicó Spencer».⁷²⁹ Era, desde esta perspectiva, una forma de contener la inmigración indeseable.

La inmigración había provocado que las ciudades capitales del Río de la Plata se vieran desbordadas por la presencia de desconocidos, de *muchedumbres* —para hacer gala de un término de época—, que se podían tornar incontralables. Fue también la constatación del fracaso de las propuestas migratorias

726 Justino JIMÉNEZ DE ARÉCHAGA, «Suicidio y selección», en *Evolución*, año I, n.º 2, Montevideo, 10 de noviembre de 1905, p. 74.

727 *Ib.*, p. 75.

728 *Ib.*, p. 76.

729 *Ib.*, p. 77.

impulsadas por las agencias estatales. A su vez, en el caso del manicomio, la inmigración generaba un problema administrativo. Durante parte del período considerado, la mayoría de los internos eran inmigrantes pobres (asociación que surge si tomamos en cuenta que la mayoría de los hombres eran jornaleros y las mujeres se dedicaban a labores), por lo que la masiva presencia de inmigrantes disminuyó de forma considerable la capacidad de un establecimiento ya de por sí reducido. En junio de 1896, la Comisión Delegada del manicomio discutió sobre la situación que generaba la masiva internación de inmigrantes pobres, ya que, en palabras del abogado Alfredo García Lagos, estos ocasionaban un perjuicio a «los enfermos y pobres nacionales radicados en el país». La misma posición manifestó otro abogado, Juan José Segundo, cuando opinó sobre «la inconveniencia de que se haga gravitar sobre nuestras rentas el cuidado de los menesterosos extranjeros». Por su parte, los médicos Joaquín Canabal y Manuel Quintela reclamaron al Gobierno el cumplimiento de disposiciones sobre inmigración que impidieran «el ingreso al país de individuos reconocidamente inhábiles, sean ellos pobres o pudientes».730 En agosto de 1896, la Comisión Delegada aprobó una propuesta de García Lagos que prohibió la internación de los enfermos psiquiátricos extranjeros. La fundamentación de la resolución partía de consideraciones administrativas, según las cuales:

Si [sic] es cierto que cada País con sus recursos propios debe asistir a sus ancianos, huérfanos y enfermos desvalidos, en una palabra, curar sus llagas sociales, no es lo menos que la verdadera caridad debe empezar por casa. Fuera de desear que los recursos de nuestra asistencia pública bastaran para socorrer a todos los desgraciados del Universo, pero obra tan laudable no cabe en la posible y por muy grandes y nobles que sean nuestros sentimientos de filantropía debemos resignarnos a hacer o producir todo el bien posible dentro de las fronteras de nuestro País, en la medida de nuestros recursos.731

Pero, al mismo tiempo, se asentó en consideraciones raciales y xenófobas que excedían lo administrativo y lo financiero. El texto reclamó «la más estricta vigilancia» para que «no ingresen al País desde el extranjero personas inutilizadas e incapaces indigentes que bajo cualquier pretexto vengan a pesar sobre las reducidas rentas de la beneficencia pública».732 En paralelo, algunas publicaciones se refirieron a los enfermos psiquiátricos con aspecto de «gringo[s]» que vivían en la calle y, muchas veces, perturbaban el orden público. Nuevamente, esas referencias se realizaron a modo de crónica costumbrista sobre los tipos sociales que convivían en una ciudad o un pueblo.733

El argumento administrativo acerca de la sobrepoblación siguió presente en el discurso de las autoridades del manicomio y de la prensa. En 1910, el

730 AGN y CNCBP, o. cit., del 26 de marzo de 1895 al 5 de agosto de 1896, f. 196.

731 AGN y CNCBP, o. cit., del 7 de agosto de 1896 al 24 de mayo de 1898, f. 14.

732 Ib.

733 Por ejemplo, la historia de los italianos Modesto Sagazte y Francisco Solomando, publicada en: *Rojo y Blanco. Semanario Ilustrado*, año 1, n.º 24, Montevideo, 25 de noviembre de 1900, p. 593.

diario montevideano *La Tribuna Popular* responsabilizó a los inmigrantes del hacinamiento en el hospicio: «Ese contingente extranjero es el que contribuye a empeorar la situación de los enfermos de nuestro país que necesitan asilarse en aquel establecimiento». El diario pidió la aprobación de una disposición que permitiera «fiscalizar severamente la procedencia de los asilados para evitar lo que ahora está ocurriendo».⁷³⁴

Argumentos de este tenor se vincularon a la preocupación de las autoridades y de la opinión pública sobre la propagación de enfermedades que provenían del extranjero y que, a lo largo del siglo XIX, generaron numerosas epidemias. La administración sanitaria e higiénica se debía preocupar por el tránsito migratorio portuario y fronterizo. El discurso higienista se combinó con la inquietud que, desde la década del ochenta del siglo XIX, médicos y abogados mostraron hacia el tipo de inmigrantes que podían llegar al país y que eran capaces de, en su visión, degenerar el porvenir de la raza. En ese sentido es que, con insistencia, durante este período, pero también en otros, se bregó por la contención de la inmigración llamada indeseable o de rechazo. Sectores nacionalistas y conservadores demostraron una acentuada hostilidad, fundada en motivos raciales, culturales y religiosos, hacia la inmigración que consideraban «de rechazo», porque su presencia podía transformar el país desde el punto de vista cultural o étnico, distorsionar la estructura social o modificar el sistema político, ya que reproducía las corrientes políticas europeas consideradas perniciosas.⁷³⁵ Por el contrario, los representantes del liberalismo propusieron un tipo de inmigración selecta, pero abierta a los más diversos componentes migratorios. Nacionalistas y liberales alcanzaron un punto de acuerdo al mostrar preocupación por las posibles infecciones foráneas, que iban desde enfermedades infectocontagiosas a taras físicas o morales que degenerarían la especie o podían llevar al delito.

Desde su experiencia clínica, Enrique Castro sostuvo que los períodos de «prosperidad material entre nosotros se han marcado» porque el país «se constituye en una verdadera bomba aspirante, que atrae a su seno, en una corriente inmigratoria, los elementos más livianos y menos arraigados de los otros países». Estos elementos «no son otros que aquellos que, a causa de sus vicios, encuentran serias dificultades en la lucha diaria por la vida en sus países de residencia».⁷³⁶ Por su parte, Alfredo Giribaldi estableció una fuerte relación entre el crecimiento

734 *La Tribuna Popular*, Montevideo, 31 de mayo de 1910, p. 2.

735 Véase: Juan ODDONE, *Los gringos*, Enciclopedia Uruguaya, vol. XXVI, Montevideo, Arca, 1969; Clara ALDRIGHI, «La ideología antisemita en Uruguay. Su contexto católico y conservador (1870-1940)», en *Antisemitismo en Uruguay. Raíces, discursos, imágenes (1870-1940)*, Montevideo, Ediciones Trilce, 2000, p. 146; Silvia RODRÍGUEZ VILLAMIL, *Las mentalidades dominantes en Montevideo (1850-1900)*, 2.^a ed., Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 2008, p. 44; Duffau, «¿El Infierno...?», o. cit.

736 MHN, o. cit., t. 1436, fs. 428, 429.

demográfico —y la inmigración era una de sus causas— y el aumento de los índices delictivos, otra de las preocupaciones de los gobernantes del período.⁷³⁷

No solo los extranjeros fueron responsabilizados por esa situación, también se enjuició la «fusión que se ha operado en nuestras capas sociales inferiores entre individuos de las razas caucásica, cobriza y negra», que había provocado «híbridos» con «anomalías de carácter» que se podían asociar con las «razas» nativas, como los charrúas.⁷³⁸ Desde una perspectiva positivista, esa equiparación buscó establecer una relación con núcleos sociales (raciales para la época) como los charrúas o los afrodescendientes que eran considerados inferiores y, por ende, propensos al delito.

La modernidad, el aumento de la dinámica productiva y la extensión del sistema fabril llevaron a que los médicos asociaran las afecciones mentales con el trabajo excesivo. Los facultativos combatieron todo tipo de excesos, ya fuera en el consumo de alcohol, en el sexo, o ya fuera en el trabajo. En este aspecto, el rol de reformadores que los médicos entendían tenían se profundizó al estudiar causas sociales que conducían a estados psiquiátricos. Los psiquiatras, al igual que otros médicos, comenzaron a mostrar preocupación por la situación habitacional de los trabajadores, la extensión de la jornada laboral y la higiene. El trabajo excesivo y los ritmos de producción reclamados llevaban a que fuera entre los trabajadores sobre quienes más pesaba la posibilidad de aparecer algún tipo de enfermedad psiquiátrica.

El debilitamiento por el exceso de fuerza afectaba, según los médicos, el físico, pero también el intelecto, ya que el hombre o la mujer perdían energías y no contaban con el descanso suficiente para reponerlas, causal inequívoco de neurastenia. A comienzos del siglo XX, «el excesivo trabajo de ese día» fue utilizado para explicar la etiología de la enfermedad mental.⁷³⁹ A eso se agregaba, más que nada entre los médicos, que la idea de la pérdida desmesurada de energía lindaba con su posición, partidaria de la racionalización de todas las funciones vitales.

Hacia fines del período aquí tratado, los psiquiatras cuestionaron qué hacer con los casos de neurastenia, de «afecciones simplemente nerviosas», en el medio urbano que no necesariamente debían provocar una internación.

En la discusión sobre los distintos tipos de aislamiento, Santín Carlos Rossi señaló que «el régimen del manicomio completo es nocivo del punto de vista moral» para los neurasténicos. Sin embargo, estos debían ser motivo de preocupación para los médicos, ya que su situación de nerviosismo mostraba cierta predisposición que, aunque fuera de forma ambulatoria, era imperioso atender. Allí, según el mismo profesional, la higiene tenía un papel central porque «estos sujetos requieren una profilaxia de vida fácil y sencilla, y una terapéutica de

737 Una síntesis de la exposición de Giribaldi en el Congreso Científico Latino Americano de 1901 se encuentra en: *La Tribuna Popular*, Montevideo, 28 de marzo de 1901, p. 2.

738 Giribaldi Héguy, o. cit., p. 9.

739 Eduardo LAMAS, «Delirio tabagico [sic]», en *Revista de los Hospitales*, t. IV, n.º 28, 29, 1 y 2, Montevideo, febrero y marzo de 1911, p. 13.

reposo y sobrealimentación, auxiliada por la psicoterapia».⁷⁴⁰ Entre esos hombres y mujeres, se encontraban «los agotados por el “surmenage” que les impone la conquista del pan, ora tras el mareante mostrador de comercio, entre montañas de género y depósitos de aire confinado», quienes trabajaban «en reducidos escritorios haciendo cálculos interminables a la luz mortecina de una claraboya» o «en las empresas ferroviarias o tranviarias, de pié [sic] en sus puestos durante catorce horas al día». El médico, batllista después de todo, bregó por «una legislación que impusiera límites al horario y al trabajo», «límite a la ganancia y al alquiler», «límite al período anual de labor, obligando a las vacaciones semestrales», «el seguro de enfermedad y pensión de retiro obligatorios», «en una palabra, una legislación que realizara las aspiraciones del socialismo de Estado». Aunque también aclaró, en una postura propia del batllismo que buscó atenuar los conflictos sociales, que «el Estado no es responsable de que los capitalistas agoten los cerebros o los músculos».⁷⁴¹ La jornada laboral se intentó legislar desde 1904; sin embargo, un proyecto presentado el 26 de julio de 1911 se aprobó, pese a la resistencia de los industriales, el 17 de noviembre de 1915. La norma no rigió para el medio rural.

Importa recordar que, en 1897, el sociólogo francés Émile Durkheim (1858-1917), referencia ineludible entre médicos y abogados rioplatenses, había publicado *El suicidio*, donde hacía referencia a la anomia y al egoísmo como causales fundamentales para quitarse la vida, pero, además, catalogó el suicidio como un acto inmoral contra la sociedad.⁷⁴² La modernidad urbana también había modificado los parámetros referenciales de los habitantes del medio rural. Un escrito del médico argentino Lucas Ayarragaray fue publicado en 1902 por la revista montevideana *La Alborada*. El texto, en el que se estudiaban las «consecuencias psicológicas y morales que tiene para el espíritu del hombre la vida en los grandes centros urbanos» y «las aberraciones de ideas y sentimientos, las monstruosas perversiones que suscita la vida de las metrópolis», es un contrapunto entre las características psicológicas imperantes en el hombre del medio rural (al que llamó «gaucho») y el impacto que habían generado las transformaciones que atravesó el Río de la Plata en los últimos cincuenta años.

Para el médico argentino, los habitantes del medio rural habían sufrido el impacto de la incorporación de nuevas tecnologías (como el ferrocarril), del aluvión inmigratorio y del desplazamiento interno del campo a la ciudad. A eso se agregaba la condición «semibárbara» del gaucho, que lo tornaba poco hábil para la vida en las nuevas sociedades y, por ende, resolvía suicidarse. «El gaucho, desviado del tipo original, sufre ya lo que la civilización importa primero en las razas inferiores y vírgenes: sus deformidades y sus vicios, antes que sus ventajas

740 Rossi, *El alienado...*, o. cit., pp. 47-48.

741 *Ib.*, pp. 48-49.

742 En Europa, el suicidio aumentó de forma considerable en el transcurso del siglo XIX, aunque, como señalan Corbin y Perrot, cabe la posibilidad de que el ascenso en las cifras fuera una consecuencia de una mejora en el relevamiento estadístico (Corbin y Perrot, o. cit., p. 556).

materiales y morales.» Para Ayarragaray, el hombre rural traspasado a la ciudad quedaba preso «de las ansiedades violentas de la irritabilidad nerviosa, producto de la lucha constante y diaria» por la existencia. En la ciudad, el habitante rural perdía su libertad y, por lo tanto, su felicidad, ya que quedaba constreñido a la necesidad de mantener a su familia a través de un trabajo, cuando antes podía emplearse en forma esporádica. En otros casos, quienes sí se acostumbraban a la nueva situación rápidamente se desencantaban por no poder cumplir con el umbral de expectativas de ascenso económico o social y, por ende, se apercebían de que «la vida [es] incompleta y estéril». «Y entonces, ¿qué hacer, cuál es la solución? He ahí planteado bruscamente el suicidio, como resultado de una lógica fatal.» A ello se sumaban «los tres virus» surgidos gracias al desarrollo urbano: «la politiquería, el alcohol y el prostíbulo».⁷⁴³

En otros casos, las expectativas económicas y el afán inescrupuloso de conseguir más dinero, propio de ese contexto de materialismo, podían llevar al hombre al suicidio o a algún tipo de psicopatología. El caso más sonado en Uruguay fue el de José María Rosete, rico empresario, propietario del diario *El Ferrocarril* y de su imprenta, que luego de que se fundiera la empresa «enloqueció» y fue internado en el manicomio, donde permaneció hasta su muerte.⁷⁴⁴

Otro ejemplo, esta vez literario, pero que da cuenta de la disociación entre salud psíquica y riqueza, es *La bolsa* de Julián Martel, *nom de plume* de José María Miró, importante testimonio sobre la crisis económica rioplatense de comienzos de la década del noventa del siglo XIX. La novela se centra en el abogado Luis Glow, ambicioso personaje que se dedica a diversas operaciones bursátiles (algunas de ellas turbias) que le permiten enriquecer rápidamente. Glow es afecto a las fiestas, a las prostitutas, a la mentira, a las carreras de caballos y, obviamente, al dinero. Todo el texto es un argumento contra lo que Martel-Miró entendía era la decadencia moral y social de su época,azonada, según su visión, por la presencia de inmigrantes, en especial judíos, a los que enjuició por sus apetencias económicas (en uno de los pasajes del texto, contraponen dinero con patriotismo). Finalmente, Glow enloquece y la obra se cierra con un proceso alucinatorio por el cual una mujer —al parecer, hermosa— mutaba y se convertía en la monstruosa *bolsa*.⁷⁴⁵

Detrás de argumentos como los citados arriba, se encontraba el malestar generalizado a la situación social y a lo que se entendía era un afán de lucro permanente, que, además, se agudizaba entre los extranjeros que, supuestamente, venían a hacer dinero fácil a América. Los médicos no fueron inmunes a esa situación. Ejemplos son el de P. R., oriental de 46 años, internada el 22 de noviembre de

743 Lucas AYARRAGARAY, «El suicidio en las campañas del Plata. Psicología del gaucho», en *La Alborada*, año VI, n.º 212, Montevideo, 6 de abril de 1902.

744 José María FERNÁNDEZ SALDAÑA, «José María Rosete y “El Ferrocarril”», en *El Día*, Montevideo, 28 de junio de 1936.

745 Julián MARTEL, *La bolsa*, Buenos Aires, W. M. Jackson Inc. Editores, s. a. La novela fue publicada en 1891 como folletín por el diario *La Nación* de Buenos Aires.

1894 con una manía, quien, además, «ha sufrido pérdidas de fortuna», o el de C. D., italiana de 42 años, internada el 14 de julio de 1905 con una parálisis general. Entre los antecedentes que habían causado una manía catatónica y una parálisis total, se señaló, en la historia clínica, que la mujer «ha tenido pérdidas de dinero».⁷⁴⁶ ¿No expresa esa breve frase cierto grado de malestar? Como lo ha indicado Ablard para Buenos Aires, las pérdidas económicas señaladas en la historia clínica podían expresar el rechazo de la familia que pedía la internación de uno de los integrantes que había dilapidado los recursos del grupo.

Los médicos atribuyeron al dinero un rol central en la aparición de, por ejemplo, manías; no obstante, hombres de su época tal vez también vivían en esa inseguridad permanente e incomodidad que, en algunos grupos sociales, fueron ocasionadas por la modernidad y el pasaje de siglo. Varios de los médicos del período (Rossi, Soca, por ejemplo) cuestionaron la idea de desigualdad natural. Por el contrario, llegaron a debatir el contenido ético de la riqueza cuando no era bien utilizada y contribuía a la miseria de la mayor parte de la población. La degeneración se debía, por un lado, a la miseria en que vivían los sectores más pobres, y, por otro, al egoísmo de los más acaudalados, incapaces de distribuir mejor la riqueza o preparados para explotar casi hasta la extenuación a los trabajadores, que podían terminar con una psicopatía o directamente en el suicidio. Ese enjuiciamiento al materialismo tenía puntos de contacto con la prédica de representantes de la Iglesia católica, quienes también elaboraron numerosas diatribas contra el afán de lucro o las apetencias económicas.

El suicidio patologizado

Desde la década del ochenta del siglo XIX, la disposición a quitarse la vida era considerada una manifestación patológica que podía responder a causas orgánicas que despertaban una manía suicida, pero también a causas sociales, es decir, podía ser consecuencia de los vínculos entre las personas. Un suelto publicado en la revista oficiosa de la policía de Montevideo es elocuente acerca del análisis físico que los médicos realizaban a los suicidas. El análisis forense del francés «A. L.», realizado por el doctor Tagle, constató que el occiso, que se había quitado la vida por impacto de bala el 12 de octubre de 1885, mostraba un «aspecto externo» que constataba que «ha sido siempre enfermizo, de constitución orgánica débil, como también el sistema óseo con falta de desarrollo».⁷⁴⁷ Según el informe, esa persona era un maniático con delirios de persecución e impulsos suicidas.

La «monomanía suicida y homicida» fue señalada por los médicos del período al menos desde la década del ochenta del siglo XIX. En 1881, Juan Héguy

746 Hospital Vilardebó, *Libro de ingresos mujeres. 14 de noviembre de 1893 al 18 de junio de 1895*, f. 117; *Libro de entrada de mujeres 1904-1907*, f. 155.

747 *La Policía de Montevideo. Órgano de los intereses de la policía del departamento de Montevideo*, año 1, n.º 7, Montevideo, 31 de octubre de 1885, p. 3.

presentó su informe legal sobre el caso de M. C., mujer suicida que «se hallaba siempre poseída de la idea de quererse matar», aunque «tener que suicidarse le causa mucha tristeza, llanto y un abatimiento orgánico profundo». El estado de la mujer fue calificado por el médico como parte de una «demencia impulsiva» que la «arrastra a cometer actos criminales». En ese cuadro clínico, había que incluir a los homicidas, los suicidas, los piromaníacos y las ninfómanas, por lo que el médico solicitó la internación inmediata de la paciente.⁷⁴⁸

Pese a la firmeza con la que el médico describió el cuadro y solicitó la internación, las causas del suicidio eran poco conocidas, aunque siempre se las asociaba a un estado patológico, que podía ser orgánico o social. El peligro de atentar contra la propia vida llevó a que los suicidas fueran tratados por especialistas en medicina legal primero y luego por los psiquiatras. Por lo general, concluyeron que los intentos de suicidio se debían a la manía impulsiva con una tendencia irresistible a la autoeliminación. ¿Qué llevaba a ello? Las causas podían ser numerosas. Orgánicas, pero también morales y sociales. El suicida podía tener predisposición a una enfermedad psiquiátrica, pero el impulso suicida no era hereditario, sino que circunstancias vitales despertaban, en palabras de Jiménez de Aréchaga, la «obsesión» que provocaba un «debilitamiento de las síntesis mentales y del poder de adaptación al medio».⁷⁴⁹ Estudiar el medio social del suicida se convirtió en una obsesión para los médicos de la época. Las causas fueron varias, desde la incertidumbre que ocasionaba la economía urbana a la inestabilidad que la vida moderna generaba en el plano emocional.

La familia podía llegar a ser el foco infeccioso que provocaba que la persona atentara contra su vida. Un ejemplo en esa dirección es el de Antonio Campodónico, italiano, quien se suicidó el 1.º de octubre de 1880 en las afueras del antiguo cementerio de Montevideo, al dispararse un balazo en la cabeza. Esta historia es significativa porque nos encontramos ante uno de los pocos casos en los que el enfermo psiquiátrico toma la palabra.⁷⁵⁰ Entre las pertenencias de Campodónico, la policía encontró una libreta en la que el suicida relataba su vida. Inicialmente, según consta en el expediente, las autoridades no tomaron en cuenta los apuntes del occiso, pero el juez pidió un examen de la libreta luego de la insistencia de la familia para que devolvieran esa pertenencia.

En trece fojas, escritas en italiano y que llevan el abelardiano título de «Memoria de mi dolorosa vida», Campodónico relató el periplo que había vivido con la familia de su esposa. El traductor José E. Pesce consideró que, en el escrito, «no hay hilación en los párrafos, existe un galimatías completo de ideas y pensamientos», aunque, «por lo que he podido deducir de todo este memorial,

748 Juan L. HÉGUY, «Monomanía suicida y homicida», en *La Gaceta de Medicina y Farmacia*, año 1, n.º 3, Montevideo, 15 de diciembre de 1881, pp. 89-90.

749 Jiménez de Aréchaga, o. cit., p. 77.

750 Además, estamos ante un caso donde la justicia resolvió investigar el hecho, ya que, en la mayor parte de los suicidios, y siguiendo una solicitada del Tribunal Superior de Justicia, los magistrados archivaban la causa.

el referido individuo se suicidó a consecuencia de los graves disgustos que le ocasionaba la conducta de su esposa e hijos». ⁷⁵¹ El médico forense certificó que se trataría, probablemente, de un alienado con ideas de persecución y destacó también el rol de la familia que colaboró en la aparición del estado mental alterado. En los apuntes, figuraban los engaños permanentes de la esposa, con quien se había casado en 1853, la posible relación incestuosa de esta con uno de los hermanos que era prófugo de la justicia y la muerte de un hijo enfermo psiquiátrico.

Al mismo tiempo, el texto expresa el desencanto y el impacto que podían generar la migración hacia América. Los locales mostraban preocupación por el tipo de inmigración que podía llegar al Río de la Plata e, incluso, lo consideraban una característica preocupante del flujo masivo de población. Sin embargo, para los migrantes, también significó un impacto emocional muy profundo que, en algunos casos, pudo conducir al suicidio. En su relato, Campodónico sostuvo que «busqué trabajo, así como enseñé a mis dos hijos, quienes no pudieron hallar otra ocupación sino la de zapatero, no obstante de ser bastante instruidos». El primer año en Montevideo pudieron ahorrar «200 pesos», aunque la esposa les robaba y «hacía mayores gastos para vivir que los del año anterior». ⁷⁵²

Viendo yo que ella hacía mis gastos, la reconvení manifestándole que no podíamos seguir de esa manera porque los gastos eran mayores que las entradas; ella me contestó que si no me gustaba, que me separase, que ahora no le importaba nada.

Para Campodónico,

Así no deben contestar las mujeres honradas, sobre todo cuando tienen un marido cuyo único afán es sostenerlas y que no tiene más dinero, y que cuando lo tenía, lo gastaba siempre para sostener a su familia y hacerla instruir, puesto que ni por nuestra posición debía hacerlo máxime cuando no he tenido sino la fortuna de la salud para poder ganar con solo mi trabajo. ⁷⁵³

Aclaró también que no era alcoholista y que, por ende, su estilo de vida era el de una persona con «buena conducta», interesante para ver cómo, paulatinamente, la campaña antialcoholista, que se llevaba adelante no solo en Uruguay, sino en Europa, de donde provenía el propietario de la libreta, iba ganando terreno entre los sectores populares. «Siempre me ocupé en trabajar y con mi trabajo hice más de lo que debía para con mis hijos, siempre con los buenos deseos y esperanzas de hacerles el bien», aunque ahora, «demasiado viejo», «no sirvo» «por que [sic] ya no tengo más dinero». ⁷⁵⁴ En este caso, en el cual Campodónico estaba claramente afectado por una manía persecutoria, el suicidio podía ser

751 AGN-SJ, *Sumario instruido...*, o. cit., fs. 22, 23.

752 *Ib.*, fs. 16-21.

753 *Ib.*, fs. 25, 26.

754 *Ib.*, f. 33.

la manifestación final de otra psicopatología que se combinó con un ambiente familiar que lo condujo a la autoeliminación.⁷⁵⁵

En otras situaciones, la combinación de «patologías sociales» podía alcanzar un punto de alarma extremo. No sabemos cuál fue el desenlace de la historia, pero ese podría ser el caso de Enrique V. Erserguer, uruguayo de 22 años, anarquista, alcoholista y con impulsos suicidas, quien le escribió al presidente Williman en marzo de 1910. En su misiva, le decía a la máxima autoridad política que:

Desde el alcoholismo hasta el periodismo ácrata, he recorrido compleja gama de tan dispares incidentes como la vagancia, proclive al hecho delictuoso, y la prisión arbitraria por ideales causales de mi regeneración, ideales que, desde hace tres otoños, heme propuesto depurar de toda mixtión [sic] sectaria, violenta o antisocial.⁷⁵⁶

El escribiente señala que sus comportamientos vinculados al consumo de alcohol, las inclinaciones anarquistas o la vagancia reñían con las consideraciones dominantes, significativo esto porque es otra demostración del modo en que los sectores populares fueron incorporando lentamente las pautas impuestas. «Regenerado» y dispuesto a «alcanzar un grado de perfección espiritual fatalmente incompatible con el cultivo de labores manuales», le solicitó al presidente un empleo público que le permitiera costear su existencia y, al mismo tiempo, editar los escritos que «tengo actualmente *archivados*», entre los que había «numerosos trabajos cortos de fondo social, tres libros de tesis filosófica en avanzado estado de formación», en los que «comento, analizo y creo ampliar la obra de los grandes teóricos de la libertad superlativa, desde Reclus a Nietzsche».⁷⁵⁷ Si obtenía una negativa presidencial, Erserguer amenazó con «la anulación premeditada de mi combatida existencia». «Sería lamentable que sucediera lo último —no por mí, que poco me afecta—, sino ¡por la pérdida de mis obras embrionarias!» Sin embargo, sería una actitud de incomprensión social hacia «los videntes mientras viven», tal como había ocurrido con «J. H. y R. [Julio Herrera y Reissig]», poeta del Novecientos, afectado por una patología psiquiátrica,⁷⁵⁸ un «espíritu exquisitamente anormal» que «no tenía dinero, pero tenía alma de superhombre, las dos condiciones genitoras del propio desamparo y de la agena [sic] indiferencia». La nota cerraba con el augurio de que el pedido, «justo y humano», encontraría respuesta positiva por parte de las autoridades, porque «sobre los intereses materiales de una nación siempre han de primar los intelectuales y morales».⁷⁵⁹ Desconocemos pormenores del desenlace de esta historia y si se trataba, como

755 En 1881, el fiscal del crimen descartó cualquier acusación a la esposa o a otros integrantes de la familia y archivó la causa (AGN-SJ, *Sumario instruido...*, o. cit., f. 40).

756 Archivo General de la Nación, Archivos Particulares y Archivo del Dr. Claudio Williman, *Carta de Enrique Erserguer al presidente Claudio Williman*, 29 de marzo de 1910. En adelante, se citará como AGN, AP y ACW.

757 Ib. Destacado en el original.

758 Sobre este autor, y su vinculación con la locura, véase la obra de Aldo Mazzuchelli ya citada.

759 AGN, AP y ACW, *Carta de Enrique Erserguer...*, o. cit.

parece evidente (aunque nuestra consideración parezca propia de un médico del período), de un enfermo psiquiátrico o si simplemente era una persona que, detrás de ese relato de sacrificios en aras de la «Idealidad», solo buscaba obtener un empleo público.

Fueron varios los suicidas que concretaron su objetivo dentro de los muros del manicomio, constatación de las dificultades severas para controlar a los enfermos y evitar que atentaran contra su vida. Las cifras con que contamos se encuentran discontinuadas, a lo que se agrega que, para algunos períodos, se hicieron campañas de prensa y sensibilización que buscaban no difundir datos sobre las autoeliminaciones. Pese a ello, casi todos los diarios del país publicaron, a lo largo del período, innumerable cantidad de noticias sobre personas que murieron por propia voluntad. El diario *El Día*, periódico del ala batllista del gobernante Partido Colorado, contaba con una columna que titulaba «Un suicidio» en la que se daba cuenta de hechos de esta magnitud con detalle.

Una referencia oficial para el período 1893-1911 aporta cifras que consideramos poco certeras. Llama la atención el exiguo número total anual de suicidios para una población que, a comienzos del siglo XX, ya superaba el millón de habitantes.

Cuadro 7. Suicidios 1893-1911

1893	65
1894	65
1895	65
1896	80
1897	65
1898	90
1899	100
1900	150
1901	85
1902	75
1903	100
1904	65
1905	90
1906	115
1907	90
1908	80
1909	75
1910	100
1911	130

Fuente: *Anuario estadístico de la República Oriental del Uruguay. Años 1909-1910 con varios datos de 1911*, Montevideo, Imprenta Artística y Encuadernación de Juan J. Dornaleche, 1912, p. 433.

La atención prestada a los casos de suicidas unió a los médicos psiquiatras con la tarea de los abogados, quienes también delimitaron el campo de acción sobre los enfermos. A mediados del siglo XIX, en los programas de Derecho Penal (cátedra que se inauguró en 1871), el suicidio figuró como uno más de los delitos tipificados.⁷⁶⁰ Sin embargo, hacia fines del siglo, esa conceptualización del suicidio como un delito comenzó a ser considerada una combinación de causas tal vez más complejas, que podía incluir la alienación mental.

Los técnicos de los dos campos contribuyeron a la aprobación de protocolos y formas de actuación que se debían respetar. Desde comienzos del siglo XX, las internaciones dependieron tanto de médicos como de abogados que reafirmaron la vigencia del Estado de derecho. Si bien no existía una ley sobre alienados, la escasa legislación existente y la aprobación de la Ley de Asistencia Pública permitieron que los enfermos psiquiátricos gozaran de algunos derechos no siempre respetados. En algunos casos, en los que los enfermos psiquiátricos cobraron notoriedad pública porque sus actos quebraron la ley, la actuación de los juristas resultó fundamental.

En el capítulo siguiente, veremos cómo se forjó esa relación entre medicina y derecho en los juicios por incapacidad —que dictaminaban si una persona podía administrar sus bienes, permanecer en libertad, etcétera— y en los casos de delitos penales (a lo que se agrega la idea del enfermo psiquiátrico como un criminal o como un protocriminal).

760 Archivo General de la Nación y Archivo de la Universidad de la República, *Don Alberto Nin adjunta programa de Derecho penal*, caja 26, carpeta 46, [20 de julio de 1878]. En adelante, se citará como AGN y Udelar.

REPRIMIR Y CONTENER

Relación entre medicina y derecho

Como señalamos en otras partes del trabajo, a la formación de un campo psiquiátrico concurrieron tanto médicos como abogados. Los dos grupos profesionales fueron delineando un campo de acción que hacia comienzos del siglo XX se homogeneizó. Es decir, los médicos se encargaron de la función sanitaria, pero las internaciones, las altas o las libertades en el caso de los criminales con una patología psiquiátrica dependieron de los abogados, porque la «locura» también comenzó a ser una cuestión de derechos. El tutelaje administrativo de los enfermos fue una conjunción de planteos médicos y jurídicos. La psiquiatría, como un escudo protector de la sociedad, si bien tuvo un origen médico, se nutrió de elementos del derecho, considerado en la época como el otro gran pilar en la conservación de la sociedad. La interdicción civil de los enfermos, el debate sobre la competencia de médicos y abogados al momento de la internación o la discusión sobre la imputabilidad fueron conformando el saber técnico-político sobre los «locos».

Puede que, como sostuvo Barrán, el hospital se haya convertido en un ámbito exclusivo de los médicos, pero la práctica médica también dependió de una serie de normativas, rituales y protocolos que reservó un lugar para los abogados. Es en ese sentido que hablamos de una vinculación asistencial represiva. Si la locura se originaba por la constitución biológica de los pacientes o por el ambiente social en el que estaban insertos, su combate dependía de políticas sociales capaces de modificar aquellos factores determinantes. Médicos y abogados fueron juntos parte del caudal de esa corriente de reforma.

En este capítulo, analizaremos la actuación conjunta de las dos áreas profesionales. En la primera parte, estudiaremos los juicios por incapacidad que involucraron a enfermos psiquiátricos.⁷⁶¹ En la segunda parte, nos concentraremos en la relación que médicos y abogados establecieron entre criminalidad y enfermedad psiquiátrica. El estudio de la intersección entre el dispositivo penal y el alienista-psiquiátrico, tal como sostiene Máximo Sozzo para el caso argentino, permitirá abordar los planteos que asociaban la delincuencia con trastornos psiquiátricos, las discusiones en relación con la imputabilidad de los internos del manicomio que habían cometido asesinatos, así como el debate en torno a los establecimientos de reclusión de los «locos-criminales».⁷⁶²

761 El extravío o el deterioro de la documentación ha hecho prácticamente imposible dar con papelería de contiendas por incapacidad psiquiátrica que hayan tenido curso en los juzgados civiles.

762 Máximo Sozzo, *Locura y crimen. Nacimiento de la intersección entre los dispositivos penal y psiquiátrico*, Buenos Aires, Didot, 2015.

El incapaz

Durante todo el período considerado en nuestro trabajo, médicos, abogados y autoridades discutieron acerca de los derechos civiles de los llamados enfermos psiquiátricos. Esto permitió que se desarrollara un concepto médico-jurídico, la incapacidad, noción utilizada, sobre todo, en las instancias judiciales (que luego se trasladó al uso cotidiano de la población). Desde la década del setenta del siglo XIX, todo enfermo psiquiátrico era incapaz de administrar sus bienes, de contraer enlace matrimonial, de tener familia a su cargo e, incluso, de ejercer cualquier actividad.

En 1862, Brunel se preguntó: «Un demente colocado en un asilo, ¿puede ejercer actos legales?». Según su visión, existían «algunos monomaniacos cuyo delirio es muy parcial y que —salvo los errores propios de ese delirio— tienen ideas muy justas sobre otros objetos». En ese sentido, consideró que «esta clase de dementes podrían ejercer actos legales desde que el ejercicio que hiciesen de sus derechos civiles en nada se relacionase con su monomanía». Sin embargo, también planteó que era importante nombrar un «administrador provisorio» de los bienes de los enfermos psiquiátricos, que podía ser un familiar, una persona de confianza e, incluso, un abogado. Su función sería «velar sobre los bienes de un demente para cuidarlos y gestionarlos». Esto se agudizaba en los casos en los que «se hayan perdido todas las esperanzas de que el demente pueda recobrar sus facultades intelectuales». Señaló que, por un lado, «las formalidades prematuras de la interdicción pueden producir funestos efectos sobre el demente» y, por otro, «viene a ser la declaración legal que borra a la vida civil a un hombre que ha perdido para siempre el uso de su razón, por lo que no debe darse esa declaración, ni iniciar esas formalidades mientras la ciencia médica de [sic] esperanzas de curar al enfermo».⁷⁶³

En la década del sesenta del siglo XIX, una persona podía permanecer en el asilo de dementes sin que se declarara su incapacidad civil. Sin embargo, ya a fines del mismo decenio y en un proceso que se endurecería cerca del siglo XX, cualquier paciente que ingresara al manicomio debía ser declarado incapaz. El problema fue que, por lo general y durante todo el período considerado, esa formalidad no siempre se cumplía pese a la insistencia de médicos y abogados. Asimismo, podemos ver que, en los pacientes indigentes, por lo general, no se hacía ningún tipo de juicio por incapacidad (y los abogados no demostraban interés en el caso, ya que no cobrarían honorarios). La persona ingresaba al hospicio e, incluso, podía obtener el alta médica por la presión familiar. La situación cambiaba si el juicio por incapacidad involucraba a una persona perteneciente a los sectores económicamente más poderosos.

763 Brunel, o. cit., pp. 288-289.

La primera norma que legisló sobre la situación civil de los enfermos psiquiátricos fue el Código Civil aprobado en 1868 y tomó como referencia otras legislaciones internacionales, en especial, la que regía en Francia. Algunos artículos estaban dedicados a la «alienación mental»: el 352 definió como incapaces a «los menores de edad», a «las mujeres» (a excepción de la abuela del menor en caso de que fuera viuda), a «los ciegos», a «los mudos» y a «los dementes», y el artículo 432 estableció quiénes quedaban «sujetos a curaduría general», entre los que se encontraban los «dementes» aunque «tengan intervalos lúcidos».

Determinar la incapacidad, según la norma, le correspondía al juez letrado departamental, quien podía «interrogar por sí mismo al supuesto demente y oír el dictamen de dos o más facultativos de su confianza». Esos médicos tenían que concurrir al tribunal y aportar en sala su dictamen. «Aun cuando el demente se encuentre recluido en el Manicomio, su incapacidad no es para la ley un hecho averiguado. Legalmente, solo es un hecho averiguado la incapacidad cuando ha mediado declaración judicial.»⁷⁶⁴ El magistrado podía decretar la privación de libertad solo «en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo o cause peligro o notable incomodidad a otro». «No podrá tampoco ser trasladado a una casa de dementes, ni encerrado, ni atado, sino momentáneamente, mientras a solicitud del curador se obtuviere autorización judicial para cualquiera de estas medidas.» Al igual que en la codificación indiana, las disposiciones relativas al tutelaje del enfermo psiquiátrico recaían sobre el juez y no sobre los médicos que prácticamente no tenían competencia sobre las causas.

En los casos de incapacidad con internación domiciliaria, era imprescindible el nombramiento de un curador, que podía ser un familiar o una persona designada por los parientes e, incluso, por el propio juez. El curador se encargaría de todos los aspectos relacionados con la vida civil del enfermo psiquiátrico y de administrar los bienes. En otros casos, la curatela era una forma de alejar al enfermo de su familia, donde se creía que había iniciado la psicopatía, pero eso no garantizaba que el curador fuera un buen administrador. En las situaciones en las que se trataba de una familia «sana», médicos y abogados apuntaron a que el paciente permaneciera dentro de su ámbito. «El afecto entre ascendientes y descendientes» o «entre esposos» era «la mejor garantía para el desempeño del cargo» de curador.⁷⁶⁵ Le correspondía al juez de cada departamento la vinculación con el curador designado. Esta decisión del Código, que los abogados pedían se cumpliera, generó problemas, ya que, muchas veces, el magistrado que declaraba la incapacidad dejaba de tener contacto con el enfermo porque este último era trasladado al Manicomio Nacional en Montevideo.

764 «Las curatelas de los dementes asilados en el manicomio», en *La Revista de Derecho, Jurisprudencia y Administración*, año 6, n.º 20, Montevideo, 30 de junio de 1900, p. 307.

765 José R. HABIAGA, «La mujer curadora de su marido incapaz no está obligada a hacer inventario de los bienes que administra como tal curadora», en *Revista de la Asociación de Escribanos del Uruguay*, n.º 9, Montevideo, 1910, p. 408.

Otro problema se generó porque, en muchas ocasiones, las familias —por guardar el honor, evitar la maledicencia, etcétera— se negaban a solicitar la actuación judicial y el enfermo era recluido en su propio domicilio sin ningún tipo de asistencia. Por ello, como vimos en el primer capítulo, a comienzos del siglo XX, los médicos comenzaron a hablar de la «secuestación», que constituía cuando no se declaraba la presencia de un familiar enfermo.

El Código Civil también estableció, por el artículo 439, que los deudos de un demente fallecido no podían impugnar las decisiones que el muerto hubiera tomado en vida, siempre que no se produjeran dentro del período de demencia, afección mental o incapacidad. El punto es interesante porque, en los juzgados civiles, se sucedieron distintas demandas sobre herencia y testamentaria, y uno de los alegatos utilizados por los abogados era que el escrito había sido hecho por una persona que padecía una psicopatía.⁷⁶⁶ Pero los enfermos psiquiátricos tampoco podían «disponer por testamento» de ningún bien que le fuera legado, y esto incluía a los que «no gozaren actualmente del libre uso de su razón, por demencia, ebriedad u otra causa».⁷⁶⁷

Algunas disposiciones conexas contenía el Código de Instrucción Criminal de 1878, que, por ejemplo, consideraba a los enfermos psiquiátricos como «testigos inhábiles».⁷⁶⁸ Lo mismo ocurría cuando terceros entablaban demanda civil o penal contra una persona que padecía algún trastorno. En esos casos, «deben ejercer la personería sus representantes legales o personas que autorice el juez a falta de ellos».⁷⁶⁹ La declaración de incapacidad y la restricción de «los derechos del ciudadano» buscaban colocar al paciente «en las condiciones de la niñez» y, al mismo tiempo, sustraerlo de la vida social porque podía ser «peligroso».⁷⁷⁰

A fines del siglo XIX y comienzos del xx, los médicos comenzaron a mirar con desconfianza el Código y a reclamar su espacio en las declaraciones de incapacidad. Entendieron que no era a los jueces —y, por ende, a los abogados— a quienes les correspondía esa determinación, sino a un informe facultativo. Los jueces reclamaron esa facultad e, incluso, desconocieron a los médicos. Un ejemplo en ese sentido fue la actitud de los jueces civiles, los cuales, en los juicios por incapacidad, llamaban a declarar a las hermanas de caridad —encargadas de la observación de los pacientes dentro del hospicio hasta comienzos del siglo XX— antes que a los médicos. Esto no implicó desconocer el informe médico obligatorio establecido por el Código Civil, pero la complementariedad de la información con comentarios de las religiosas, ¿no

766 Elías REGULES, *Disposiciones nacionales con Interés Médico-Legal. Coleccionadas para los estudiantes de Medicina por el profesor de la Asignatura*, Montevideo, Facultad de Medicina-Aula de Medicina Legal, 1915, pp. 33-34.

767 *Ib.*, p. 35.

768 *Ib.*, p. 37.

769 José A. GIMÉNEZ, *La tramitación de juicios. Manual de abogacía práctica*, vol. I, Montevideo, La Tribuna Popular, 1894, p. 36. El manual de Giménez fue uno de los más utilizados durante el período considerado en nuestro trabajo.

770 MHN, o. cit., t. 1436, fs. 122, 123.

expresa cierto desconocimiento de la función de los profesionales de la salud? Creemos que sí, pero también es interesante para pensar que la psiquiatría como disciplina aún no se había consolidado.

En 1901 y 1902, el Tribunal Superior de Justicia resolvió que los enfermos psiquiátricos declarados incapaces por un juez letrado departamental debían trasladarse al lugar donde se había resuelto su destino, lo que generaba graves complicaciones logísticas y el malestar de los facultativos, ya que el paciente era retirado no siempre con un certificado médico.⁷⁷¹ Por ejemplo, en 1910, la dirección del manicomio, «en virtud de oficio número 1623 del Juzgado Letrado de Canelones, informa que el incapaz F. H. no puede salir de aquel asilo con objeto de declarar».⁷⁷² Sin embargo, el juez letrado hizo primar su posición y obligó a los médicos a que entregaran al paciente. La agitación que podía provocar el traslado del interno no era considerada por los jueces, quienes, en casos como estos, desoyeron los consejos de los psiquiatras.

Al igual que las historias clínicas sobresalientes fueron discutidas en las revistas médicas, los casos de incapacidad permitieron un amplio debate jurídico sobre la legislación local referente a los enfermos psiquiátricos. Varias de esas historias tuvieron repercusión periodística porque las personas involucradas pertenecían a los sectores económicamente más poderosos. En esos casos, médicos y abogados tenían una tarea delicada y se vieron envueltos en disputas de tipo familiar, tensiones intestinas entre los grupos, espacios donde los poderes públicos carecían de influencia directa, pero en los que podían incidir gracias a los peritajes.

Los médicos debieron lidiar con la presión resultante de pedidos de internación y declaraciones de incapacidad para personas cuyos informes demostraban que carecían de psicopatía evidente. Un caso sonado fue el del juez Luis Velazco, para quien el fiscal del crimen del período solicitó una declaración de incapacidad en 1883, pese a que los médicos que actuaron expresaron que el magistrado no mostraba alteración de sus facultades mentales.⁷⁷³ En ese caso, Francisco Antonino Vidal (quien, hasta el año anterior, se había desempeñado como presidente de la República) y Joaquín Canabal, en nombre del Consejo de Higiene Pública, concluyeron que Velazco no era incapaz, ya que tenía un leve «reblandecimiento cerebral» que «nada tiene que ver, ni anatómica, ni sintomática, ni nosológicamente con la enajenación mental o locura». Según los dos médicos, «la pretendida similitud analógica o identidad que se ha querido establecer entre ambos padecimientos» se debía a la actuación de enemigos políticos de Velazco, «personas ajenas a la profesión e ignorantes de las cuestiones médico-legales». El magistrado mostraba una «marcada ineptitud» y «morosidad en la expedición de los asuntos y falta de tino en la redacción de sus sentencias», pero eso no lo

771 *La Revista de Derecho, Jurisprudencia y Administración*, año XVI, n.º 9, Montevideo, 15 de enero de 1910, p. 132.

772 *Ib.*

773 *La Revista Forense*, año II, n.º 7, 18 de febrero de 1883, p. 54.

privaba de sus derechos civiles.⁷⁷⁴ En otros casos, la pericia médica estableció que la persona era «incapaz de dirigir su persona y bienes», como ocurrió con Juan Zapoli en febrero de 1906, luego de que fuera internado en observación a pedido de la esposa y examinado por Alejandro Saráchaga.⁷⁷⁵

Lo interesante es ver cómo ante disputas familiares, económicas o políticas el recurso de incapacidad fue utilizado como mecanismo para solucionar otro tipo de conflictos. Casos de este tipo sirven para ver de qué forma la idea de locura se incorporó en distintos estratos sociales que buscaban que la persona con la que mantenían una relación tensa terminara encerrada en el hospicio. Asimismo, podemos observar la asociación entre cualquier conducta que se consideraba desviada y la enfermedad psiquiátrica, que llevaba a la consiguiente solicitud de incapacidad por parte de la familia.

Médicos y abogados se mostraron celosos de la defensa de los derechos de los alienados e insistieron en la necesidad de contar con reglas que permitieran la internación en el hospicio o la salida de él. En ese sentido, podemos concluir que los dos grupos de profesionales (aunque presentaron numerosas diferencias) asumieron una posición garantista, de respeto de los derechos de los pacientes y sus familias, aunque claramente eso no siempre fue bien visto o respetado por las autoridades religiosas o la policía.

«Solo media un paso entre el criminal y el demente»⁷⁷⁶

En 1862, Brunel diferenció la actuación jurídica para los casos de incapacidad que les correspondía a los juzgados civiles y los casos en los que actuaba la justicia penal, en los que la sociedad «debe estar por la irresponsabilidad de los enfermos cuando se trata de cuestiones criminales».⁷⁷⁷ El comentario del galeno francés se vincula a un proceso que también fue característico del siglo XIX y que atravesó la psiquiatría, pero también el derecho y la criminología. Nos referimos a la psicopatologización de las personas que participaban de hechos que violaban las leyes penales, en particular quienes cometieron crímenes que atentaron contra la vida de terceros. Ese tipo de situaciones también conectó a los médicos con los abogados y generó un tipo de relacionamiento no exento de disputas.

En este apartado, buscaremos conocer algunas de las causas que provocaron, en el ámbito local, la asociación entre crimen y locura, articular el

774 Manuel OLACHEA, *Incidente de incapacidad mental del Señor Doctor Luis M. Velasco por causa de reblandecimiento cerebral crónico, promovido en virtud de haber sido nombrado con- juez por el Excelentísimo Superior Tribunal de Justicia de la R. O. del U.*, Montevideo, Imprenta y Encuadernación de Rius y Becchi, 1883, pp. 40-41.

775 AGN-AJ, Juzgado Civil del 4.º Turno, *Zapoli, Juan. Incapacidad. 1906.*

776 FRANCISCO CAPELLA y PONS, *La Medicina Legal y la jurisprudencia médica. Lijero* [sic] *estudio presentado a la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales*, Montevideo, Imprenta y Encuadernación de Rius y Becchi, 1882, p. 39.

777 Brunel, o. cit., p. 319.

discurso histórico sobre el período con los debates médico-jurídicos, y analizar los discursos y prácticas que unieron el fenómeno de la criminalidad y el de la enfermedad psiquiátrica. Asimismo, indagaremos en las propuestas de castigo, en el tratamiento terapéutico de los criminales y en los espacios de contención y aislamiento.

Desde inicios del siglo XIX, se comenzó a discutir sobre la imputabilidad de los enfermos psiquiátricos. Una corriente sostuvo que, al no ser responsables de sus actos, los locos que cometían un delito debían ser eximidos del castigo. De todos modos, eso no evitaba que el enfermo-criminal fuera recluido en un asilo o manicomio. Por el contrario, otra vertiente, característica de las primeras cuatro décadas del siglo XIX, insistió en que merecían el mismo tratamiento que cualquier criminal. No había una distinción clara entre locura y delito. Tanto el delincuente cuerdo como el loco furioso compartían un mismo final: el presidio o algún tipo de encierro, ya que las leyes equiparaban los hechos criminales perpetrados por uno y otro. Esta posición imperó en la Provincia Oriental hasta la década del cincuenta del siglo XIX. Si bien los ejemplos con que contamos son limitados, algunas situaciones nos permiten afirmar lo anterior. Ejemplo de ello es el caso de José Melgar, quien el 29 de julio de 1815 apuñaló y mató a su padre Tomás y a su hermano Francisco delante de sus sobrinas. El caso es la primera referencia cronológica con que contamos sobre un asesinato que involucró a un enfermo psiquiátrico. Las autoridades recurrieron también a la declaración de testigos que reafirmaron la locura del imputado, quien «había estado preso en la Ciudadela de Montevideo por loco». En su declaración, Melgar afirmó recordar el hecho, pero dijo desconocer si los heridos habían muerto.

Lo interesante del caso es que el fiscal desestimó el carácter de demente del asesino, aunque fuese «loco con intervalos», porque el hecho lo había cometido sin perturbación. En su intervención, afirmó que

Los crímenes [...] que perpetró son de los [sic] más horrosos, feroces y crueles por todas circunstancias: O ¡y quanto se resiente la humanidad de atentado tan enorme! contra el Padre que le dio el ser y que hasta los irracionales lo repugnan [sic].⁷⁷⁸

La defensa pidió internación domiciliaria «con las prevenciones correspondientes» y que se considerara su situación mental.⁷⁷⁹ José Gervasio Artigas, jefe político y militar de la revolución oriental y gobernador intendente de la Banda, pidió la pena capital inmediata para el detenido. Antes de su decisión, Artigas recibió una comunicación del comandante político y militar de Minas, Nicolás Gadea, quien testificó que:

El Estado del Juicio que V. S. me pide del agresor José Melgar en el Acto del Crimen digo que la tarde anterior del hecho Estube en su Casa [sic], y no

778 «Sumario del agresor José Melgar por haber dado muerte a su padre Dn. Tomás y a su Hermano Dn. Francisco Melgar», en *Archivo Artigas*, vol. xxii, Montevideo, Comisión Nacional Archivo Artigas, 1989, p. 156.

779 *Ib.*, pp. 159-160.

reconoci [sic] q.e estubiese [sic] alterado del Juicio, pues me hablo [sic] acordes, Siendo constante.⁷⁸⁰

Lamentablemente, desconocemos el desenlace de la historia, ya que el documento, publicado por el *Archivo Artigas*, se encuentra incompleto, aunque también se puede ver que, en 1817, la causa seguía su curso. El caso nos sirve para analizar el tipo de tratamiento que se podía destinar a los enfermos psiquiátricos que cometían un crimen durante la primera mitad del siglo XIX. También es una constatación de la ausencia de peritajes médico-legales para determinar la responsabilidad de los criminales. En la documentación que se sucedió durante dos años, no intervino, en ningún momento, un médico para afirmar o no que el detenido mostraba alguna psicopatía.

En 1836, la flamante Junta de Higiene Pública confirió potestades a los médicos que la integraban para actuar en los casos en los que el criminal mostraba alguna psicopatía.⁷⁸¹ Sin embargo, los enfermos psiquiátricos que cometían algún delito no quedaban eximidos de la pena. La siguiente referencia la aporta Adolphe Brunel en 1862, quien mostró preocupación en los casos en los que un epiléptico cometía algún tipo de ilegalidad y defendió la irresponsabilidad de los enfermos de ese tipo. Según el profesional francés, «el estado mental de los epilépticos es enteramente subordinado a los ataques convulsivos» que podían generar «violencia» o «excitación maniática», lo que los convertía en «los más peligrosos de todos los dementes».⁷⁸² Para determinar si el enfermo había actuado en un intervalo lúcido o luego de una convulsión, era imprescindible la actuación de «médicos llamados como peritos» y «magistrados» que se encargarían de establecer «si un epiléptico era o no demente en el momento del acto acriminado».⁷⁸³ El francés reclamó la actuación conjunta de médicos y abogados para la realización de los peritajes legales. Podríamos pensar que la convocatoria es una constatación de que, aún en la década del sesenta del siglo XIX, los dos campos profesionales actuaban de forma separada en los tribunales. En la década siguiente, esa distancia ya se había saldado y el relacionamiento entre medicina y derecho se consolidó más aún con la creación de una cátedra de Medicina Legal al entrar en funciones la Facultad de Medicina en 1876 (que, sin embargo, mostró numerosos impedimentos para un normal desarrollo de la materia hasta la década del ochenta del siglo XIX).

A inicios de la década del ochenta del siglo XIX, la gravedad del delito, aunque el imputado fuese un enfermo psiquiátrico, determinaba la comparecencia judicial para que el juez de la causa dictara sentencia luego de interrogar al sospechoso. La normativa vigente estipulaba ese pasaje judicial, tal como se puede

780 *Ib.*, p. 146.

781 *Colección Legislativa de la República Oriental del Uruguay*, vol. 1, Montevideo, La Idea, 1876, p. 351.

782 Brunel, o. cit., p. 300.

783 *Ib.*, p. 315.

apreciar al analizar las disposiciones penales y el accionar policial.⁷⁸⁴ El Código de Instrucción Criminal determinó que, si en el transcurso del juicio o luego de producida la sentencia el preso caía en «estado de demencia», la pena quedaba suspendida hasta que recuperara sus facultades mentales.⁷⁸⁵ Pero la primera normativa en materia penal para los casos de enfermos psiquiátricos que sustituyó las disposiciones indianas en todo el sistema jurídico local fue el Código Penal aprobado en 1889. El artículo 17 consideraba «exento [sic] 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 penitenciaria», 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». Si se trataba de un delito menor, «el loco o demente», tal como pasaba en algunos casos, «será entregado a su familia, bajo fianza de custodia, y, mientras no se preste dicha fianza», permanecería detenido.⁷⁸⁶

El artículo 87 de la norma intentó brindar ciertas garantías a los enfermos psiquiátricos que estaban siendo juzgados. Si el detenido caía en «estado de locura o demencia» durante el juicio, el magistrado debía suspender «los procedimientos». Si la psicopatía se despertaba mientras cumplía la condena, se suspendían sus efectos y el juez podía disponer «la traslación del reo a los hospitales destinados a los enfermos de aquella clase, a menos que se trate de un delito leve, en cuyo caso podrá ser entregado a su familia, bajo caución de custodia y de tenerlo a disposición de la justicia».⁷⁸⁷ La nueva arquitectura legal amplió el campo de la responsabilidad/irresponsabilidad que por el Código Civil quedaba restringida al derecho civil o comercial. La locura entró de lleno también en el área penal, confirió distintos niveles de peligrosidad a los enfermos psiquiátricos y puso a tono al país en las discusiones internacionales para saber si los criminales podían ser considerados anormales o no.

El Código de 1889 resultó fundamental en el ascenso del poder psiquiátrico. Como vimos, durante buena parte del siglo XIX, los tribunales de justicia actuaron y dictaron sentencias al margen de la opinión de los médicos. Sin embargo, luego de la sanción de la norma penal, la pericia médico-legal pasó a ser un dispositivo fundamental de las causas criminales, en particular, de aquellas que habían tenido participación de enfermos psiquiátricos. Claro está que no siempre los jueces respetaron el requisito.

La codificación penal del país no comulgó originariamente con la asociación directa entre la enfermedad psiquiátrica y la criminalidad. Por el contrario, para los redactores del Código, el enfermo podía «perder el juicio» en prisión y abrir una nueva etapa en las instancias penales. El problema lo generaron los crímenes cometidos por personas que inicialmente no mostraban ningún síntoma

784 *Proyecto de guía policial...*, o. cit., p. 26.

785 Código de Instrucción Criminal, artículo 316.

786 Regules, o. cit., p. 35.

787 Ib.

psiquiátrico evidente. Pero también sirvió para demostrar que la locura no siempre era nítida, sino que era capaz de permanecer invisibilizada hasta un estallido furioso del enfermo. La enfermedad mental pasó a ser una patología compleja, polimorfa, imprevisible y con distintos estadios de desarrollo. La nueva situación permitió, al decir de Foucault, el abandono de la noción de monomanía homicida o de locura parcial que se desencadenaba en determinados momentos y resultó «sustituida por la idea de una enfermedad mental» que «no es necesariamente una patología del pensamiento o de la conciencia, sino que puede afectar también a la afectividad, los instintos, los comportamientos automáticos, dejando casi intactas las formas de pensamiento».⁷⁸⁸

El «loco criminal» aunó la necesidad de alcanzar un tratamiento para su patología, pero también el deber de castigar si infringía la ley penal. En ese sentido, podríamos pensar que el peritaje médico-legal sobre los enfermos psiquiátricos contribuyó, junto con la nueva arquitectura punitiva montada desde la década del setenta del siglo XIX —si tomamos la periodización establecida por Fessler—, al pasaje de una justicia penal inquisitorial, que simplemente buscaba castigar al criminal, a un tipo de justicia que, más allá del castigo, intentó examinar los rasgos de los imputados. De este modo, criminólogos y psiquiatras se opusieron a la llamada escuela clásica del derecho penal que insistía en el libre albedrío, según la cual todos los hombres eran cualitativamente iguales y por su propia voluntad optaban por cometer un acto ilícito. Esta corriente estaba representada, entre otros, por Cesare Beccaria (1738-1794) en Italia, Anselm Von Feuerbach (1775-1833) en Baviera y Jeremy Bentham (1748-1832) en Inglaterra. Sin embargo, sus posiciones en relación con el castigo del loco también fueron diversas. Bentham, por ejemplo, fue explícito en la idea de no aplicar castigos a quienes cometieran delito en estado de «locura», «intoxicación» o en la «extrema infancia»,⁷⁸⁹ ya que era ineficaz, posición compartida por algunos juristas católicos, para quienes niños y locos no poseían libre albedrío.

Fue Cesare Lombroso, junto con varios de sus seguidores, quien estableció que no podía aplicarse en el derecho penal el criterio del libre albedrío, sino que los criminalistas debían remitirse a múltiples causas, ya que el sujeto criminal se encontraba determinado por factores biológicos, pero también por sociales y psicológicos que impulsaban al delito. Por su parte, Magnan sostuvo que la degeneración no conducía de forma inequívoca al crimen, sino que provocaba dificultades de adaptación a las normas elementales de convivencia, pero que, en la aparición de un hecho delictivo, había, sobre todo, causas de tipo moral.

En su obra de 1876 *El hombre delincuente*, Lombroso planteó que el delito estaba determinado por causas biológicas de naturaleza hereditaria y que los distintos tipos criminales eran regresiones no evolucionadas del hombre. Así, distinguió dos clases de criminales: el criminal de ocasión, al cual había que

788 Foucault, «La evolución de la noción de “individuo peligroso” en la Psiquiatría legal», en *La vida...*, o. cit., p. 169.

789 Ib., p. 119.

combatir con leyes penales que contuvieran su accionar, y el criminal nato, ser incorregible para el que solicitaba la detención perpetua en asilos especiales. El hombre delincuente se caracterizaba por anomalías somáticas que daban cuenta de rasgos de la personalidad criminal, como:

La escasez de pelo, la exigua capacidad craneal, la frente hundida, los senos frontales muy desarrollados [...], el mayor grosor de los huesos del cráneo, el enorme desarrollo de las mandíbulas y de los pómulos, el prognatismo, la oblicuidad de las órbitas, la piel más oscura, el cabello más espeso y rizado, las orejas voluminosas.⁷⁹⁰

Asimismo, presentaba rasgos atávicos de tipo moral, como:

La precocidad de los placeres venéreos y en el vino, y la pasión exagerada por estos [...], la escasa sensibilidad al dolor, la total insensibilidad moral, la apatía, la ausencia de remordimientos [...], la facilidad por la superstición, la susceptibilidad exagerada del propio yo y hasta el concepto relativo de la divinidad y de la moral.⁷⁹¹

Según Lombroso, había individuos anormales que por su constitución física y psíquica mostraban cierta tendencia al delito, que se manifestaba mediante algún tipo de anormalidad orgánica. A su vez, su postura se combinó con el evolucionismo racista, que consideraba las penas como un mecanismo del propio organismo social para defenderse de los ataques de aquellos que alteraban el orden social.⁷⁹² Desde Beccaria a Lombroso, la delincuencia se definía por el quebranto de la ley. Sin embargo, el médico italiano sostuvo que existían hombres no evolucionados que eran criminales por su mera existencia y que le competía al Estado la necesidad de prevenir sus acciones.

Para Lombroso, los estigmas físicos no eran determinantes *per se*, sino que tenían que estar acompañados por estigmas psíquicos, manifestaciones de conducta que dieran cuenta del carácter atávico de la persona. Por eso, era importante el estudio físico, pero también el análisis de las características hereditarias y del medio social. Estas consideraciones identificaron patrones entre las características biológicas y el comportamiento para aplicarlos en el estudio del crimen.

Dos discípulos de Lombroso, los igualmente criminólogos Enrico Ferri y Raffaele Garofalo, asociaron la tendencia delictuosa no solo con los aspectos antropológicos, sino también con las circunstancias sociales y económicas que llevaban a un individuo al quebranto de la ley o a tener algún comportamiento desviado. Asimismo, negaron el carácter hereditario de la degeneración al sostener que, a través de la educación, la sociedad se encontraba a tiempo de salvar a los «anormales» de la delincuencia. El problema pasó a ser no solo el

790 De *L'uomo delinquente in rapporto all'antropologia, alla giurisprudenza e dalla psichiatria*, citado en: Umberto Eco, *Historia de la fealdad*, Barcelona, Debolsillo [sic], 2011, p. 260.

791 Ib.

792 Durante el siglo XX, la investigación en psiquiatría, en especial, la genética molecular, demostró que la conducta delictiva o antisocial estaba asociada a funciones neuroquímicas que no son determinantes, pero que influyen en el temperamento, en la motivación de todas las conductas, incluidas las delictivas. Eso no implicó dejar de lado las causas económicas o sociales.

delincuente, sino el medio social defectuoso que era imprescindible controlar. Esa noción de defensa social no buscaba castigar al delincuente como moralmente responsable del delito (tal como proponía la escuela clásica) porque la criminalidad era irrefrenable (consecuencia de factores internos y externos ajenos a su voluntad), sino defenderse, contener y reprimir con anticipación para preservar de su existencia a toda la sociedad. En Argentina, la defensa social recurrió a la expulsión de los indeseables o anormales, mientras que Uruguay no se caracterizó por recurrir al destierro o al impedimento de ingreso al país, sino por el confinamiento en distintas instituciones que conformaron su archipiélago disciplinario. La posibilidad de defenderse modificó la conceptualización sobre los enfermos psiquiátricos que comenzaron a ser vistos como peligrosos. Esta idea del riesgo que podía generar un enfermo psiquiátrico quedó consagrada en la Ley de Asistencia Pública, que buscó «defenderse de un alienado que es un peligro para la seguridad pública».793

Ferri agrupó a la multitud de delincuentes en cinco grandes categorías: «Criminales locos, criminales natos, habituales o por hábito adquirido, criminales por ocasión y criminales por pasión».794 Estas corrientes serán una constante en la academia médica y jurídica uruguaya de fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX. El mismo proceso atravesó Argentina, donde la criminología positivista fue adoptada por un importante grupo de juristas e higienistas (liderados por Ramos Mejía) que, en 1882, fundaron la Sociedad de Antropología Jurídica, considerada una de las primeras del mundo en el estudio del delincuente. Los criminólogos argentinos tuvieron contacto con los italianos. Lombroso tradujo a su idioma la obra de algunos especialistas argentinos, y Enrico Ferri visitó Buenos Aires —y también Montevideo—, donde dictó una serie de conferencias (que en ambos países provocaron la réplica de médicos, abogados y políticos locales).

Criminología local y enfermedad psiquiátrica

Las causas del crimen y su relación con la enfermedad psiquiátrica pasaron a ocupar un lugar central en la Cátedra de Derecho Penal de la Universidad de Montevideo. En 1878, el catedrático de Derecho Penal, Alberto Nin, incorporó al programa del curso una unidad dedicada a «las enfermedades mentales» y a las «circunstancias que deben revestir las enfermedades mentales para que eximan de responsabilidad al agente». Tampoco descartó la idea de «lúcido intervalo», que ocasionaba la «controversia sostenida entre los criminalistas sobre la responsabilidad criminal que incumbe al loco por tales actos».795 Probablemente, Nin buscó cuestionar esa idea del «intervalo lúcido», ya que, para algunos penalistas y médicos que comenzaron a actuar en la década del

793 *La Asistencia Pública Nacional...*, o. cit., p. 23.

794 Enrico FERRI, *Sociología criminal*, Madrid, Centro Editorial de Góngora, s. a., p. 164.

795 AGN y Udelar, *Don Alberto Nin...*, o. cit.

setenta del siglo XIX, no había raptos de lucidez en las enfermedades psiquiátricas. Es decir, el enfermo estaba o no estaba curado. El programa de Derecho Penal de 1890 estableció una unidad para la distinción del delincuente y para su caracterización desde el «punto de vista físico, intelectual, moral y social».796 Para los abogados, la oposición no era menor, porque si todos los delincuentes o criminales eran enfermos psiquiátricos, todos quedaban eximidos de la pena. Al mismo tiempo, se comenzó a discutir sobre qué hacer con los llamados *anti-sociales*, es decir, aquellas personas aparentemente normales, pero cuyo trastorno los llevaba a ser manipuladores, agresivos, impulsivos. Ese tipo de criminal era consciente de sus actos, pero no mostraba sentimiento de culpa.797

Al momento de considerar la etiología del delito, se mantuvo como criterio preponderante la división en dos grandes factores. Por un lado, los factores endógenos: atavismo, epilepsia, locura y degeneración, y, por el otro, las consideraciones exógenas, como el clima y el suelo, así como las influencias sociales: raza, sexo, edad, religión, emigración, educación, moral, medio y profesiones.

El abogado Félix Ylla, al analizar las causas de la delincuencia a partir de los aportes del positivismo, sostuvo la existencia de un tipo criminal que podía ser identificado de un modo preciso por medio de minuciosos estudios y observaciones. Es que, por su condición de seres degenerados —afirmaba este autor—, no podían ser considerados en la misma categoría que el hombre normal, pero, a su vez, lucían notorias diferencias entre sí que permitían clasificarlos en razón de sus anomalías.

Las principales divisiones que pueden denominarse troncos de cada clase distinta de la delincuencia, y en cuyo contorno se agrupa la inmensa variedad de delincuentes que existen, son: delincuentes de ocasión, por ímpetu de la pasión, habituales, entre los que habrá que distinguir si son corregibles o incorregibles, criminales natos y locos delincuentes.798

El individuo, «al realizar los distintos actos de su vida, no obra por una libre decisión de su voluntad, sino que lo hace cediendo a un impulso» que

Dirige al hombre, el cual se ve por ella ciegamente impulsado a obrar, hasta en los más insignificantes actos de su vida, manifestándose como produciendo un desarreglo en las facultades mentales en aquellos que cometen actos criminosos o cualquier otro, contrario al orden social establecido.799

La «fuerza irresistible» era la que determinaba «la no imputabilidad» por La acción cometida y, por tanto, no existiendo imputabilidad, mal puede imponérsele una pena, por no existir el verdadero delincuente, pues, para que exista como tal, es necesario, más que necesario, indispensable, que en

796 Universidad de Montevideo, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, *Programa de Derecho penal. Primer año*, Montevideo, Imprenta El Siglo Ilustrado, 1890, p. 4.

797 En el apartado, nos detendremos, sobre todo, en aquellos que tenían una enfermedad psiquiátrica (o que se les despertó en la cárcel) y no en los pacientes que hoy llamamos *psicóticos* o con conductas psicopáticas.

798 Ylla, o. cit., p. 110.

799 Ib., p. 56.

la comisión del acto por el cual se le va a penar haya obrado libremente su voluntad.⁸⁰⁰

Este hombre delincuente era absolutamente inconsciente de las consecuencias de su proceder. Ejemplo de ello era la «reincidencia», que «demuestra acabadamente que no puede el individuo eximirse de cometer actos criminosos, por la existencia de un poder invencible que lo domina»; se trataba de una persona «que no tiene el poder moral suficiente de sustraerse a su acción».⁸⁰¹

De acuerdo con los abogados y médicos que siguieron los postulados de la escuela positivista, la línea que separaba al criminal y al demente era prácticamente inexistente. «El tipo criminal no pertenece, no se halla comprendido en las mismas condiciones que el tipo del hombre normal, sino que se halla en una escala intermedia entre el hombre loco y el hombre cuerdo.»⁸⁰² Esta definición facilitó el estudio sobre un nuevo sector de la población que se caracterizaba por su insania moral: hombres y mujeres que «tienen el crimen incrustado en los huesos y diluido en la sangre».⁸⁰³ Este tipo de ideas tornó más complejo el análisis sobre las causas de la criminalidad. No obstante, en el pasaje de siglo, y al igual que ocurría en otras ramas del desarrollo científico local, el positivismo fue perdiendo parte de su ascendencia sobre los profesionales médicos y jurídicos.

En 1902, en su tesis para optar al grado de doctor en Derecho, Mariano Pereira, desde una perspectiva evolucionista que defendía la adaptación de los más fuertes, planteó las dificultades que encerraba el pensamiento orgánico positivista:

El criminal, según la concepción de la moderna escuela, si no un enfermo moral, como lo aseguran algunos autores, es, al menos, un individuo que tiene elementos congénitos distintos a los demás hombres, elementos que no deben confundirse con los estados patológicos que llevan por nombre la imbecilidad, la locura o el histerismo y la epilepsia, producto de una anomalía moral, no de una enfermedad del organismo.⁸⁰⁴

Para este abogado, «la anomalía psíquica» del delincuente era moral.⁸⁰⁵ La «anomalía de los criminales» no era «enajenación mental», sino que poseían «la razón y el sentimiento, como los demás, residiendo en el sistema nervioso, pero su potencia es distinta que en los otros hombres». Entre los criminales, lo que no había era emotividad, «facultad» que «está atrofiada, disminuida o extinguida por completo».⁸⁰⁶ Para Pereira, los locos criminales mostraban ausencia de emotividad, inconciencia absoluta sobre el crimen cometido, porque «las percepciones

800 *Ib.*, pp. 59-60.

801 *Ib.*

802 *Ib.*, pp. 55-56.

803 Miguel RODRÍGUEZ, «Tesis sobre el Código Penal», en *La Revista Nueva*, año 1, n.º 4, Montevideo, 20 de setiembre de 1902, p. 328.

804 Mariano PEREIRA, «La reincidencia criminal», en *La Revista Nueva*, año 1, n.º 6, Montevideo, 20 de noviembre de 1902, p. 471.

805 *Ib.*, p. 468.

806 *Ib.*, pp. 472-473.

del mundo exterior» producían «impresiones exageradas y dan lugar a un proceso psíquico que no está en armonía con la causa exterior, de donde se sigue que hay incoherencia entre dicha causa y la reacción del alienado». Así se podían explicar «los horribles homicidios que se cometen con el solo fin de librarse de una sensación desagradable, del fastidio que produce la presencia de una persona».⁸⁰⁷

En 1903, el abogado Dionisio Ramos Suárez sostuvo que no estaban «demostradas en absoluto» las ideas de «anormalidad de los delincuentes, la existencia del tipo del criminal nato, ya sea atávico, loco moral o epiléptico, la incorregibilidad de los delincuentes de instinto». La incorregibilidad como la anormalidad «son, a su vez, conclusiones demasiado absolutas para que puedan aceptarse sin salvedades, cuando se ve todos los días surgir el delito por causas de orden sociológico extrañas a toda causa fisiológica u orgánica». Sin embargo, le reconoció a la escuela antropológica haber evidenciado «la existencia de causas orgánicas poderosas que llevan al crimen», «las relaciones del crimen con la locura, especialmente en ciertos estados fronterizos no bien definidos», y, al mismo tiempo, «la necesidad de estudiar al criminal y de adoptar no un patrón uniforme, de a tal delito, tal pena, como la hiciera la escuela clásica, sino de modificar la pena y el régimen adaptándola [sic] a la naturaleza del delincuente».⁸⁰⁸

En 1905, otro abogado, José Pedro Colombi, desestimó las vertientes más duras de la antropología criminal, pero también la postura de reconocidos psiquiatras como Morel o Henri Legrand du Saulle (1830-1886), quienes defendían «la trasmisión por la vía hereditaria de ciertas formas de locura que conducen a la comisión de actos criminales». Si bien «la trasmisión no es fatal», «existe, [y] en muchos casos, y una vez transmitida, la enfermedad puede manifestarse en el descendiente en la misma forma en que en el ascendiente o en otra forma distinta», pero lo que se trasapaba era la enfermedad, «no la herencia del delito».⁸⁰⁹

Sin embargo, aquellos que adhirieron a la antropología criminal, quienes la incorporaron de manera parcial y los que directamente la cuestionaron compartieron un punto de contacto: la necesidad de definir las características del delincuente, las del enfermo psiquiátrico y la relación entre «locura y criminalidad». Como señaló el historiador Daniel Fessler, el problema del loco criminal llevó a que, «en el terreno judicial», resultara «cada vez más necesario definir un concepto que era utilizado con ciertos niveles de ambigüedad».⁸¹⁰

En 1905, el programa de Derecho Penal —cátedra ahora en manos de José Irureta Goyena— dedicaba una unidad a «las circunstancias eximentes o atenuantes de penalidad». Entre ellas, se encontraban las «causas patológicas» como «la locura», las «locuras idiopáticas», la «parálisis general» y las «monomanías».

807 Ib., p. 473.

808 Dionisio RAMOS SUÁREZ, *Exposición crítica de nuestro sistema penitenciario*, Montevideo, Tipográfica Uruguay de M. Martínez, 1903, pp. 30-31.

809 Colombi, o. cit., p. 31.

810 Daniel FESSLER, *Derecho penal y castigo en Uruguay (1878-1907)*, Montevideo, Universidad de la República-Comisión Sectorial de Investigación Científica, 2012, p. 75.

Asimismo, contaba con una bolilla para las «locuras hereditarias», que comprendía a los «degenerados inferiores», y otra para las llamadas «locuras neuro-páticas», como «la epilepsia» y «la histeria». Irureta Goyena buscó problematizar quién era el encargado de declarar la locura, si «a) los jueces, b) el jurado o c) los peritos», demostración de que la función de los médicos seguía sin resultar evidente para los abogados.⁸¹¹

Los peritajes y el debate sobre el destino de los locos criminales

Examinar y reconocer una patología psiquiátrica entre los delincuentes cobró cada vez más relevancia en los procesos judiciales y en la intervención médica en las causas penales. Pero juristas y psiquiatras mantuvieron una compleja relación epistemológica. Muchas veces, se debatieron entre la aplicación de las leyes penales según cada caso y una visión defendida por los peritos psiquiatras, quienes intentaron llevar adelante una visión global sobre la situación del paciente y la enfermedad. Los psiquiatras insistieron en que cualquier individuo que presentara una patología y cometiera un delito debía ser considerado penalmente irresponsable y en que esa declaración correspondía a su actuación. En algunos casos, las diferencias entre médicos y abogados se hicieron públicas, ya que la discusión judicial se trasladó a la prensa. Eso ocurrió, por ejemplo, en mayo y junio de 1895 cuando el abogado penalista Pedro Figari discutió el examen clínico de su defendido, José Spagnamento o Pagnamento (acusado de un doble homicidio), realizado por el médico del manicomio Óscar Ortiz. Según Figari, el imputado era un enfermo psiquiátrico que tenía «lesiones cerebrales» que determinaban su irresponsabilidad. Finalmente, fue condenado a treinta años de penitenciaría, la pena máxima prevista en el Código, y se desestimó que fuera un enfermo psiquiátrico.⁸¹²

Otra manifestación sobre el choque de intereses es la realización de cursos de Medicina Legal simultáneos en la Facultad de Derecho y en la de Medicina, que, incluso, compartían docentes y programas. En 1891, el programa de Medicina Legal que se dictaba en la Facultad de Derecho comprendía la «alienación mental» en todas sus manifestaciones y contaba con un espacio lectivo destinado a estudiar la «idoneidad de los médicos para dictaminar sobre locura».⁸¹³ Dentro de los temas de tesis para la Facultad de Derecho, se encontraba, en el área de Medicina Legal, la posibilidad de realizar una «crítica de nuestras leyes sobre

811 Archivo de la Facultad de Derecho, *Programa de Derecho penal 1.º curso (presentado por el Dr. José Irureta Goyena y aprobado el 23 de diciembre de 1905)*, en Serie Expedientes de Secretaría, Subserie Planes de Estudio, carpeta 19. También véase: Archivo de la Facultad de Derecho, *Programa de Derecho penal, 1.º y 2.º Cursos*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1906, en Serie Expedientes de Secretaría, Subserie Planes de Estudio, carpeta 9: Universidad de Montevideo.

812 Véase: Fessler, o. cit., pp. 81-82.

813 «Facultad de Derecho. Aula de Medicina Legal. Programa», en *Anales de la Universidad*, año 1, n.º 1, Montevideo, pp. 83-86.

locura».⁸¹⁴ ¿Podemos ver en esta situación una contienda en las competencias? No lo sabemos con certeza, pero podríamos pensar que ese enfrentamiento se mantuvo hasta entrado el siglo XX. Los abogados no abandonaron su sitio ni lo abandonarían durante todo el período. No en vano, en 1898 Enrique Castro, en 1911 Bernardo Etchepare y en 1914 Santín Carlos Rossi insistían en que el loco criminal «pertenece más al médico alienista que a los tribunales».⁸¹⁵ Situaciones de ese estilo ayudan a complejizar el fenómeno de medicalización o, al menos, a pensar que solo pudo tener lugar en la medida en que se desarrolló de forma colaborativa entre médicos y abogados en todas las áreas de intervención pública (y, como hemos señalado, los médicos no restringieron su accionar solo a sus disciplinas, sino que, de la mano del discurso higienista, trataron de influir en múltiples esferas de la vida cotidiana).

Enrique Castro planteó, en 1898, que la legislación local seguía los postulados de las normas presentes en «todos los países civilizados» que «consagra el principio de la irresponsabilidad legal de los alienados».⁸¹⁶ A comienzos del siglo XVIII, «y esto era ya un inmenso progreso, la exoneración de responsabilidad solo alcanzaba a aquellos insanos desprovistos de toda razón, a los que pudieran llamarse ciegos intelectuales, como los dementes completos y los idiotas profundos». Pero, a partir del siglo XIX, «debido a los trabajos de los sabios franceses, iniciándolos Pinel y continuándolos Esquirol y sus discípulos», fue posible extender

El campo y amparar no solo las monomanías, como la locura moral o de los actos, la locura sin delirio, los trastornos y otras muchas de las variedad [sic] del rico y variado cuadro de la degeneración hereditaria tal como la conciben los alienistas contemporáneos.⁸¹⁷

En el momento en el que Castro escribió su tesis, convivían «tres doctrinas principales», aunque contrapuestas que compartían «el campo médico legal de la irresponsabilidad: la irresponsabilidad completa, la responsabilidad parcial y la responsabilidad alternada».⁸¹⁸ En Uruguay, solo se admitía la irresponsabilidad absoluta; sin embargo, en algunos casos, el psiquiatra pedía la aplicación de irresponsabilidad parcial. La idea se asentó en los casos en que el alienado «discierne perfectamente el bien y el mal», «sabe perfectamente si un acto particular cimentado por él es bueno o malo y que mismo lo sabría en el momento de ejecutarlo». Lo que no tenía era «criterio moral», es decir, podía «distinguir el bien del mal», pero carecía de «la fuerza o resistencia necesaria para oponerse a la ejecución de ciertos actos, a los cuales se siente fatalmente

814 «Temas para tesis en la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Años de 1891 y 1892», en *Anales de la Universidad*, año 1, n.º 1, Montevideo, p. 90.

815 Rossi, *El alienado...*, o. cit., p. 54.

816 MHN, o. cit., t. 1436, f. 268.

817 *Ib.*, fs. 270, 271.

818 *Ib.*, f. 283.

impulsado».⁸¹⁹ Ejemplo en ese sentido fue el caso de Macario Estevan Sayes, que, luego de herir a cuatro personas y asesinar a una en 1895, no logró dimensionar la gravedad de la situación.⁸²⁰

Era muy importante prestar atención a los llamados intervalos de lucidez, es decir, a «la suspensión absoluta, aunque temporaria del delirio», durante los cuales se podía cometer el crimen, aunque la responsabilidad se debía atenuar.⁸²¹ Para el médico, la legislación uruguaya era contradictoria, ya que se movía en función de la dicotomía absoluta responsable/irresponsable sin ninguna atenuación en los casos de responsabilidad. Un mismo individuo «que a causa de su acto mental (intervalo lúcido) se le desconoce suficiente capacidad para manejar sus bienes (incapacidad civil, art.º 385 del Código Civil)» podía llegar a tener, en el área penal, la capacidad «suficiente para que sea responsable de sus actos criminales. El mismo individuo es pues, a la vez, irresponsable civilmente y responsable criminalmente».⁸²² Esto podía ocurrir con los «desgraciados degenerados hereditarios, que, como el nombre ya lo indica, cargan toda su vida con el pesado e injusto fardo de las faltas paternas, llevando en su frente desde que nacen el estigma de una maledicencia eterna». Sus deformaciones físicas «que exteriorizan las deformidades de su espíritu no son otra cosa sino la forma o sello que la degeneración estampa en su organismo».⁸²³ A eso se agregaba

La deficiente e imperfecta organización social, [...] [que] priva a muchos de sus hijos de la instrucción alfabética y moral, esa verdadera luz de la existencia; esa misma sociedad, que muchas veces quita a los miembros el trabajo remunerado que ha de permitirle llevar el pan a su hogar [...] [o] que [obliga] a realizar un trabajo excesivo.⁸²⁴

Estos eran las víctimas de las afecciones de tipo moral. En todos los casos, cabía la responsabilidad atenuada.

Otro problema era saber cómo se sancionaba a ese tipo de enfermos. ¿Se los enviaba al manicomio?, ¿se los recluía en el ámbito familiar? En la década del ochenta del siglo XIX, el demente que cometía un delito que ameritaba pena de penitenciaría era enviado a la cárcel común. Pero la enfermedad que lo aquejaba lo hacía un preso diferente y, por ende, era necesario contemplar su estado sanitario. Situaciones de este estilo marcaron la discusión sobre el destino de los alienados criminales. Discusión que, por cierto, el país nunca saldó.

Como sucedió en otros temas, carecemos de cifras totales, pero el reducido número de presos enviados al manicomio da cuenta de una discusión que no se asentó en la cantidad de internos peligrosos, sino más bien en la necesidad de

819 Ib., fs. 284-286.

820 AGN-SJ, Juzgado del Crimen de 2.º Turno, *Macario Estevan Sayes Orduña...*, o. cit.

821 MHN, o. cit., t. 1436, fs. 289-292.

822 Ib., f. 327.

823 Ib., fs. 296, 297.

824 Ib., fs. 301-303.

contar con pabellones o asilos especiales y, al mismo tiempo, saber si eran médicos o abogados los encargados de su tratamiento.

Cuadro 8. Movimiento de enfermos psiquiátricos enviados desde la cárcel durante 1900 y 1905

	1900	1901	1902	1903	1904	1905
Existencias al 1.º de enero	15	24	28	24	24	27
Ingresos	20	14	13	16	10	17
Altas	8	6	9	12	4	9
Fallecidos	3	4	8	4	3	4
Existencias al 31 de diciembre	24	28	24	24	27	31

Elaborado a partir de: *Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública. Sus establecimientos y servicios*, o. cit., p. 347. Desconocemos si las «altas» tomaron en cuenta a los fugados y tampoco es posible compararlas con el número de fugas, ya que el total es mayor. En 1898, Castro contó 35 «locos-criminales».

Bernardo Etchepare mostró una posición medida. Entendía el psiquiatra que por más que se declarara la irresponsabilidad era importante cumplir con la idea de justicia, aunque el condenado no consumara la pena en un presidio común.⁸²⁵ Según esta visión, en algunos estados psicopáticos, el criminal sabía lo que hacía, pero su estado mental le impedía dimensionar las consecuencias de sus actos. 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».⁸²⁶ Este tipo de responsabilidad parcial se podía aplicar en 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, ya que, de lo contrario,

El mundo podría llenarse de imbéciles peligrosos con tanta mayor razón que muchos de ellos se dan cuenta bastante bien de su inferioridad mental, y que, por esta circunstancia, flaquearían en su lucha de motivos si no tuviera [sic] el temor de lo que hoy todavía se considera y llama represión.⁸²⁷

En este caso, «no existiendo la represión, solo se alentaría la reincidencia», pero «una responsabilidad absoluta envuelve la misma injusticia».⁸²⁸ Por eso, le correspondía al criterio médico «iluminar al magistrado para que esa represión pueda basar su cantidad y su calidad sobre el diagnóstico de la responsabilidad» y establecer una sanción medida. Para Etchepare, cualquier sanción judicial debía estar acompañada con la construcción de «asilos especiales para alienados criminales» que permitieran la terapéutica y el régimen de «retención del criminal»,

⁸²⁵ Etchepare, «La responsabilidad en los alienados», o. cit., p. 60.

⁸²⁶ *Ib.*, p. 66.

⁸²⁷ *Ib.*, p. 68.

⁸²⁸ *Ib.*, p. 77.

pero también era importante que los médicos pensaran «medios de profilaxis de la criminalidad» y «la reforma de las cárceles» para que se convirtieran «en sitios de enmienda y de reforma de la personalidad».⁸²⁹

En 1905, el médico Alfredo Giribaldi sostuvo que no era posible «admitir el calificativo de criminal para un alienado, sea cual fuere la forma de su vesania».⁸³⁰ Sí existían, según esta interpretación, alienados peligrosos a los cuales era necesario aislar, incluso antes de la comisión de un crimen, pero Giribaldi acercó su posición a Lombroso al sostener que algunos trastornos psiquiátricos eran manifestaciones latentes de la delincuencia.

Yo no me explico, por consiguiente, el que pueda existir injusticia en mezclar los alienados llamados criminales con alienados comunes, porque no encuentro entre unos y otros más diferencia que la falta de oportunidad para delinquir en los últimos; así es que no he comprendido nunca en qué se pueda ofender el sentido moral del loco, de la familia o de la sociedad con dicha mezcla, y hasta me permito afirmar que si se segregasen de nuestro Manicomio, como medida profiláctica, todos aquellos locos capaces de cometer un delito, muy pronto quedaría desierta aquella casa.⁸³¹

Como prueba de esa relación entre locura y criminalidad, Giribaldi presentó las cifras sobre «síntomas de enajenación mental» que se habían manifestado en el «51% de los criminales locos asilados hasta la fecha en nuestro manicomio».⁸³² Esa cifra crecía «si nosotros prolongásemos hasta los cuatro años el período de dicha gestación», ya que la «estadística alcanzaría, entonces, a determinar que aquellos criminales en los que el delito ha debido necesariamente conexionarse con la vesania suman hasta llegar al 74%». El hecho «de que un individuo sea trasladado» desde la cárcel al manicomio «a los 6, 8 o 10 años de cometido su delito» no quería decir, «en realidad científica», que «enloqueció dentro de los 10, 8 o 6 años de su reclusión, sino que la explosión anómala de su psiquis, la exteriorización aguda en actos incompatibles con la disciplina interna, se han revelado en esa época». Para Giribaldi, eran fundamentales las pericias previas a toda la población que permitieran saber quiénes eran potenciales delincuentes y quiénes no. Según el médico penitenciario, había un grupo de personas que por su degeneración física, intelectual y moral mostraban todas las características del «criminal nato».⁸³³

Por el contrario, el abogado José Irureta Goyena, director del Consejo Penitenciario (y, durante la época, uno de los más enfáticos defensores de la pena de muerte y los castigos físicos), consideró absurda y exagerada esa doctrina al sostener que «no es verdad que todos los criminales sean degenerados, ni que todos los degenerados sean criminales», aunque no descartó que la «miseria

829 Ib., p. 71.

830 Giribaldi, «Sobre establecimientos...», o. cit., p. 326.

831 Ib.

832 Ib., p. 327.

833 Ib., p. 328.

fisiológica del vicio y [de] la inmoralidad» tuviera una función protagónica en la consumación del delito.⁸³⁴ Para Irureta, la teoría lombrosiana era una posibilidad no determinante, aunque sí lo era para Giribaldi.

Este último advirtió que, además de la naturaleza patológica innata, el régimen penitenciario era un problema para la rehabilitación de los presos. En ese sentido, señaló que el régimen penitenciario vigente provocaba la excitación de los presos, que, muchas veces, terminaban maniáticos. La «reclusión celular» era un problema, porque el penado empezaba «por hacerse taciturno dentro de la celda» y desarrollaba «falsas ideas» sobre «el principio de autoridad». El vigilante pasaba a ser «un perseguidor» que acentuaba su melancolía y provocaba el «estado de delirio» y las «persecuciones». «El perseguido se hace perseguidor, rompe todo lo que encuentra a mano, con el objeto de hacer útiles para su defensa, y, en ese estado, nos vemos obligados a ordenar su traslado al Manicomio.»⁸³⁵

Además de la pericia, para que un preso fuera internado en el manicomio, eran imprescindibles la autorización judicial y los informes médicos elaborados por peritos en medicina legal o por el facultativo que actuaba en la policía. Esta disposición no siempre funcionaba y, en más de una ocasión, las autoridades del manicomio rechazaron a presos-alienados porque llegaban al establecimiento sin informe médico. Desde fines de la década del ochenta del siglo XIX, los médicos del manicomio por un lado y jueces y autoridades policiales por otro discutieron sobre el procedimiento para examinar a un enfermo psiquiátrico apresado. Los primeros consideraron que lo mejor era un primer examen en la cárcel, mientras que, para jueces y policías, no era necesario un primer examen y el preso debía ser remitido directamente al hospicio. Así lo hizo saber a los médicos del manicomio el fiscal del crimen cuando sostuvo que, de acuerdo al «Reglamento de la Cárcel Preventiva C. y Penitenciaria», la policía podía enviar a los presos alienados al manicomio sin «la expedición [sic] del certificado» médico.⁸³⁶

Entrado el siglo XX, se seguían dando dos situaciones. Una era que muchos presos pasaban de la cárcel al manicomio, incluso después de cumplir su condena, y la otra era el caso de presos que finalizaban el cumplimiento de su pena dentro del hospicio, pese a la indicación expresa del Código Penal según la cual el tiempo pasado en un hospicio no descontaba la pena. En muchos casos, enviar al preso al asilo u hospicio era una forma de esperar a que «recobrase la razón con su restablecimiento».⁸³⁷ Esa fue la situación, por ejemplo, de R. B. M., uruguayo de 35 años, presa en la cárcel de mujeres y enviada al manicomio el 7 de diciembre de 1904. El informe médico decía que la «mujer ha cumplido su condena y, una vez sea dada de alta en este Establecimiento, debe ser puesta directamente

834 José IRURETA GOYENA, «Exposición crítica de nuestro régimen penitenciario», en *La Revista de Derecho, Jurisprudencia y Administración*, año xv, n.º 16, Montevideo, 30 de abril de 1909, p. 243.

835 Giribaldi, o. cit., pp. 107-108.

836 Archivo General de la Nación y Cárcel Correccional, paquete 1888-1891, carpeta 208.

837 AGN, HA, MSP y HCM, libro 4837, f. 179, [29 de mayo de 1879].

en libertad».⁸³⁸ El problema, y otra contienda entre jueces y médicos, pasó por saber qué hacer con los presos-pacientes «una vez reintegrados en el uso de sus facultades» e, incluso, a quién le correspondía dar el alta médica, pero también la libertad civil.

En ocasiones, las autoridades policiales pidieron que el interno no fuera enviado nuevamente al establecimiento penitenciario y los jueces aprobaron el peticionario. En mayo de 1895, las autoridades de la penitenciaría se negaron a recibir al asesino Agustín Cordoves, quien, según el informe médico, se encontraba restablecido de sus facultades mentales. El fiscal del crimen avaló la postura de la dirección carcelaria y señaló que la Comisión de Caridad desconocía las decisiones judiciales. A ese argumento, la comisión contestó de forma contundente con una nota en la que se defendieron de la acusación que sostenía que «la Comisión Nacional, bajo pretextos [sic] inadmisibles, viene resistiendo los mandatos judiciales» y consignaron con algunos ejemplos que «ha prestado acatamiento a las resoluciones que se encuadran dentro de las prescripciones legales que las rigen, y, si ha observado otras, es porque las ha considerado improcedentes».⁸³⁹

En 1909, el director del Consejo Penitenciario, José Irureta Goyena, consideraba «ilegal» la «resistencia» que «la dirección del manicomio opone al ingreso al establecimiento de los dementes que se le envían de las cárceles».⁸⁴⁰ Aunque, como veremos, para el penalista, el problema era la ausencia de establecimientos especiales para los criminales con algún tipo de enfermedad psiquiátrica.

En la documentación, encontramos casos en los que el penado podía entrar y salir de la prisión hacia el Manicomio Nacional y desde este último establecimiento hacia uno de reclusión penitenciaria en numerosas ocasiones. Tal fue la situación que vivió Jacinto Olivera, quien, entre 1910 y 1915, fue enviado desde la penitenciaría al Manicomio-Hospital Vilardebó y devuelto a la cárcel por una contienda entre las autoridades penitenciarias —quienes insistían en que era un enfermo psiquiátrico— y los médicos del hospital, quienes consideraron que el preso era un simulador que mostraba un «conjunto de síntomas» «tan confuso que no permite llegar a hacer un diagnóstico exacto de su afección».⁸⁴¹ Es que la presencia en el manicomio de penados generaba numerosos inconvenientes y temor entre médicos, guardias y el resto de los asilados.

En tal situación sucede lo que es de esperarse: la cárcel se esmera en mandar los alienados al manicomio, y el Manicomio, en devolverlos a la cárcel en cuanto les nota una pequeña mejoría [...]. Los directores de la cárcel se sienten inclinados a tomar cualquier extravagancia por un caso definido de locura; los del Manicomio, en cambio, divisan la salud en un signo cualquiera de mejoría.⁸⁴²

838 Hospital Vilardebó, *Libro de entrada de mujeres 1904-1907*, f. 39.

839 AGN y CNCBP, o. cit., del 26 de marzo de 1895 al 5 de agosto de 1896, fs. 17, 18.

840 Irureta Goyena, «Exposición crítica...», o. cit., p. 245.

841 AGN, Ministerio de Instrucción Pública, *Elevo los antecedentes relativos a la instalación de una sesión de electroterapia, otra de radiología y radiocopia y laboratorio clínico en la Cárcel Penitenciaria*, caja 130, carpeta 1220, 6 de octubre de 1916.

842 Irureta Goyena, «Sobre establecimientos...», o. cit., p. 280.

La solución para el abogado era una ley sobre alienados que legislara sobre todas esas situaciones.

Una de las preocupaciones de los médicos psiquiatras y de la policía de la época era la simulación de los delincuentes que, aquejando trastornos psicológicos, solicitaban el traslado desde la prisión al Manicomio Nacional. En 1900, el psiquiatra ítalo-argentino José Ingenieros presentó su tesis de doctorado *Simulación de la locura por alienados verdaderos*, trabajo que da cuenta de la emergencia y de la preocupación por ese tema en la Argentina. El texto reboza de metáforas biologicistas, ya que compara a algunos animales e insectos capaces de simular su estado para evitar ataques con el criminal que simula los efectos de la locura y obtiene así el amparo de la ley. Los «simuladores» eran, si seguimos la definición de Ingenieros, aquellos que fingían «formas clínico-jurídicas» para quedar eximidos de la responsabilidad de sus actos.⁸⁴³ La novel psiquiatría asumió así un rol fundamental en el discernimiento de simuladores y personas con una psicopatología que los tornaba realmente inimputables. El problema que generó la simulación se debió a que los propios médicos no siempre tenían claros los rasgos de las enfermedades, aunque algunos sostuvieron que no existían los simuladores porque todos los delincuentes eran enfermos psiquiátricos. Así lo sustentó, por ejemplo, Giribaldi, para quien, cuando el preso

Se hace procaz, irritable o agresivo, es sumamente difícil y hasta imposible en la generalidad de los casos para el mismo perito el cerciorarse de si el preso, con su procazidad o con su acto delictuoso, consolida su fisiología psíquica individual o, por el contrario, manifiesta el principio de dilución de la misma.⁸⁴⁴

Sin embargo, Giribaldi, como médico de la cárcel, participó de numerosos peritajes para determinar si un preso era o no simulador. Ejemplo de un estudio de este tipo es el artículo que publicó junto con Enrique Castro en 1901 sobre el caso del homicida A. G., quien pedía el traslado al manicomio porque, según su opinión, se encontraba «loco» y al que los dos médicos consideraron un simulador.⁸⁴⁵

En 1914, Santín Carlos Rossi propuso como solución realizar una división entre «alienados absueltos por la justicia» y «alienados que sufren una condena». Los primeros, luego de cumplir la pena, pasarían a la categoría de «enfermos libres», pero permanecerían internados «por su calidad de antisociales». Su situación no correspondería a los jueces, sino que «pertenecen a la Asistencia Pública, la que los recogerá en un asilo» donde podrán «curar, y volver a la vida social, o pasar a la cronicidad y seguir entonces el destino correspondiente a los crónicos, inofensivos o peligrosos». Por el contrario, los segundos «pertenecen a la administración carcelaria, al igual que los penados que hacen un proceso pulmonar o digestivo: ella debe procurarles asistencia, estudiando el mejor modo de

843 José INGENIEROS, *La simulación en la lucha por la vida*, Buenos Aires, Roggero-Ronal Editores, 1952, p. 181.

844 Giribaldi, «Sobre establecimientos...», o. cit., p. 327.

845 «Informe médico-legal presentado en...», o. cit.

armonizar el interés del enfermo con el de la sociedad». ⁸⁴⁶ Según esta visión, este tipo de paciente no tenía necesariamente que terminar en el manicomio, sino que era posible destinar un pabellón especial dentro de la penitenciaría.

En 1895, el Ministerio de Gobierno le solicitó a la Comisión de Caridad la construcción de un pabellón específico que permitiera alojar a los presos con algún tipo de alteración mental. Los integrantes de la comisión respondieron que era

Absolutamente imposible sin hacer nuevas construcciones destinar un local aparente para ese objeto, tanto más que serían dos los locales especiales que habrían que habilitarse, uno para el Departamento de hombres y otro para el de Mujeres. ⁸⁴⁷

Sin asilos especiales y con cárceles carentes de un ala o un pabellón específico para enfermos psiquiátricos, los presos con patologías mentales que eran enviados al manicomio, luego de un examen médico, eran separados de los pacientes «por dos portones cerrados a llave» y vivían en celdas que no sabemos si eran individuales o colectivas. ⁸⁴⁸ Pese a las carencias locativas, el encierro punitivo para los enfermos psiquiátricos que, además, eran criminales contribuyó, no sin resistencias, a legitimar la actuación de los psiquiatras.

Entre mayo y junio de 1905, el abogado penalista José Irureta Goyena y el médico de la penitenciaría Alfredo Giribaldi debatieron sobre el punto. Para el primero, era importante que el Estado uruguayo creara un establecimiento especial, mientras que el segundo, como vimos desde una perspectiva lombrosiana, sostenía que todos los delincuentes eran enfermos psiquiátricos y, por ende, debían ser «asilado[s] en el manicomio común». ⁸⁴⁹ Por el contrario, Irureta Goyena planteó que «casi todas las naciones civilizadas tienen actualmente asilos criminales independientes, o secciones anexas a los manicomos o a las cárceles ordinarias, destinados al cuidado de este género de delincuentes psicopatológicos». ⁸⁵⁰

Los penados eran un problema para guardias, médicos e internos, ya que podían atentar contra terceros, pero también contra su propia vida. A eso, se sumaban los graves problemas administrativos del establecimiento, que les impedían a los guardias vigilar a todos los internos y, en particular, a los considerados peligrosos. Son varios los ejemplos presentes en la documentación y en las referencias de Irureta Goyena sobre asilados-presos que atentaron contra los guardias u otros pacientes o se autoeliminaron. Además, con recurrencia, según también consta en la documentación, los guardias respondían a esa violencia con más violencia (aunque era una práctica habitual para todos los pacientes). ⁸⁵¹

⁸⁴⁶ Rossi, *El alienado...*, o. cit., p. 62-63.

⁸⁴⁷ AGN y CNCBP, o. cit., del 26 de marzo de 1895 al 5 de agosto de 1896, f. 26.

⁸⁴⁸ Rossi, *El alienado...*, o. cit., p. 60.

⁸⁴⁹ Giribaldi, «Sobre establecimientos...», o. cit., p. 326.

⁸⁵⁰ Irureta Goyena, «Sobre establecimientos...», o. cit., p. 279.

⁸⁵¹ Véase: AGN y CNCBP, o. cit., del 27 de abril de 1906 al 19 de octubre de 1906, f. 135.

Los dos contendientes no lograron un acuerdo, ya que, en 1909, aún mantenían la polémica iniciada cuatro años antes. Irureta mantuvo su posición al sostener que «hay criminales que, por lo vago de su anomalía mental, no están ubicados ni en el manicomio, ni en la cárcel», pero que, a su vez, existía «verdadero peligro en otorgarles la libertad». Para ese tipo de presos, era imprescindible la creación de un asilo especial de contención, tratamiento y reclusión. Asimismo, «no es posible congregar en un mismo establecimiento al demente inofensivo y al criminal que se ha trastornado con posterioridad a su delito», porque «el primero es un enfermo» y el segundo «es siempre un criminal».

Los alienados criminales y los comunes no pueden tratarse en un mismo establecimiento porque aquéllos [sic] demandan generalmente una vigilancia más estrecha que estos otros. Si se atiende a los primeros, el asilo va degenerando, poco a poco, en prisión, contrariamente a lo que debe ser, según las modernas conclusiones de la ciencia, si se cuida más de los últimos, aumentan las evasiones, los suicidios y las agresiones en general, contra la vida de los guardianes y de los coasilados.⁸⁵²

El 28 de junio de 1906, los diputados nacionalistas Carlos Roxlo y Luis Alberto de Herrera insistieron en esta problemática y reclamaron una reforma del sistema penitenciario dentro de la cual se contemplaba la creación de un «asilo de alienados criminales» bajo la órbita del Manicomio Nacional. El proyecto de ley trasladaría esa dependencia fuera de Montevideo, al este del país, en uno de los puntos limítrofes con el Brasil: la antigua fortaleza colonial de Santa Teresa (que se convirtió, décadas más tarde, en uno de los principales destinos turísticos). La propuesta establecía que el lugar pasara a ser «una colonia agrícola de penados» que contara, «bajo la dependencia del Manicomio Nacional», con «un asilo de alienados criminales».⁸⁵³ En las consideraciones del proyecto, los diputados se refirieron a la importancia de que hubiera un asilo de «alienados criminales», tal como lo promovían «las escuelas de Criminología moderna», que distinguiera al «delincuente loco» del «loco común», ya que el primero «necesita una clínica y una terapéutica especial», un aislamiento más estricto y una separación de «los locos de carácter general», a los que podía alterar.⁸⁵⁴

Una propuesta similar, pero sin ubicación geográfica, había hecho un año antes José Irureta Goyena. En su exposición, el abogado penalista señaló que las colonias agrícolas eran una forma de acercar a los penados del medio rural a su hábitat natural, ya que, en la ciudad, no solo sufrían la reclusión penitenciaria, sino también las consecuencias de pasar de un medio apacible al bullicio ciudadano. Desde un punto de vista que podríamos incorporar al malestar que generaba

852 Irureta Goyena, «Exposición crítica...», o. cit., pp. 241-247.

853 «Sesión del 28 de junio de 1906», en *Diario de Sesiones de la H. Cámara de Representantes*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1907, pp. 163-164.

854 Ib., p. 165.

la «modernidad», y que analizamos en el capítulo anterior, sostuvo que «el ambiente moral de las ciudades es siempre inferior al de los campos».⁸⁵⁵

En 1909, Irureta Goyena propuso recuperar el proyecto presentado por Enrique Castro, que consideró «un excelente remedio».⁸⁵⁶ En 1914, Rossi defendió la propuesta de Castro, aunque realizó algunas apreciaciones personales sobre la situación de los «alienados llamados criminales», para los cuales reclamó la construcción de «asilos especiales» que se encargarían de la «protección del alienado» y de la «protección de la sociedad». «Ni el criminal por ser alienado tiene derecho a gozar de una libertad que no merece, ni el alienado, por haber agredido, pierde el derecho a una asistencia que necesita.»⁸⁵⁷ El artículo 37 de su proyecto de ley estableció la creación de «un establecimiento especial a cargo del Ministerio de Justicia».⁸⁵⁸ Allí, serían enviados «tres categorías de sujetos, que deben ser estudiados aisladamente»: los «alienados en libertad, que se hacen criminales», los «criminales en prisión, que se hacen alienados», y los «alienados internados, que se hacen criminales».⁸⁵⁹ En 1916, los médicos de la penitenciaría sostenían que, «si hay inhumanidad en tener un penado enfermo dentro de la Penitenciaría, no es nuestra la culpa, sino de nuestros codificadores».⁸⁶⁰ El país nunca llegó a saldar esa discusión y los alienados criminales o los criminales que, en su reclusión, se les despertaba algún tipo de enfermedad psiquiátrica siguieron deambulando entre el Hospital Vilardebó y los establecimientos penitenciarios que fue creando el país, tal vez como una consecuencia del enfrentamiento persistente entre médicos y abogados.⁸⁶¹

Ello no anula nuestra visión sobre la *medicalización* como un fenómeno del cual participaron los especialistas en derecho civil y penal, tal como da cuenta la evolución legislativa y judicial sobre la situación jurídica de los enfermos psiquiátricos. La articulación de un discurso por momentos común a médicos y abogados permitió sentar, durante el período, el debate médico-jurídico acerca de qué hacer con aquellos criminales que cometían sus delitos en pleno acceso de su enfermedad psiquiátrica o cuya patología se despertaba luego de recibir condena penitenciaria. A su vez, pudimos ver la evolución de las ideas penales, las cuales, durante la primera mitad del siglo XIX, consideraron que los enfermos psiquiátricos que cometían un crimen no estaban eximidos de la pena, a

855 JOSÉ IRURETA GOYENA, «Proyecto de Colonia Agrícola Penitenciaria», en *Evolución*, año 1, n.º 2, Montevideo, 10 de noviembre de 1905, pp. 65-67.

856 Irureta Goyena, «Exposición crítica...», o. cit., p. 245. La propuesta de Castro en: MHN, o. cit., t. 1436, fs. 363-367.

857 Rossi, *El alienado...*, o. cit., p. 58.

858 *Ib.*, p. 123.

859 *Ib.*, p. 60.

860 AGN, Ministerio de Instrucción Pública, *Elevo los antecedentes relativos a la instalación de una sesión de electroterapia, otra de radiología y radiocopia y laboratorio clínico en la Cárcel Penitenciaria*, caja 130, carpeta 1220, 6 de octubre de 1916.

861 Uruguay sigue sin contar con un establecimiento específico para alojar presos con enfermedades psiquiátricas.

posiciones que, hacia fines de la centuria, insistieron en la necesidad de diferenciar a aquellos criminales con una psicopatología de quienes no lo eran. El enfermo psiquiátrico que cometía un crimen podía consumarlo en un *intervalo lúcido* o podía estar aquejado por una *locura parcial* que generaba un acceso de la psicopatía en que dicha persona no era plenamente consciente de sus actos. En la determinación de la situación psíquica, adquirieron relevancia los peritajes médico-legales, pese a que no siempre podían llegar a ser respetados por los jueces que debían dictar sentencia.

Síntesis y consideraciones finales

Institución y campo médico

El objetivo central de nuestro trabajo fue estudiar el inicio, el desarrollo y las transformaciones institucionales y científicas que vivió la psiquiatría local en el tramo cronológico comprendido entre 1860 y 1910. Para eso, nos concentramos en la historia institucional del Asilo de Dementes-Manicomio Nacional y en la situación de los primeros médicos que se especializaron en enfermedades psiquiátricas. Consideramos que la temática estaba superficialmente estudiada hasta entonces (más allá de los insustituibles y pioneros enfoques de Barrán), directamente ausente de la narrativa histórica o recordada a través de trabajos encomiásticos o canónicos sobre algunos médicos célebres. A partir de un cambio en la perspectiva de análisis y en el manejo de documentación novedosa, fue posible identificar distintas etapas en los orígenes de la institucionalización manicomial y en la formación de un campo de profesionales de la psiquiatría.

Demostremos que el Asilo de Dementes no surgió de forma aislada, sino que, por el contrario, se inscribió en el marco de las transformaciones económicas, sociales y culturales por las que comenzó a atravesar el Uruguay en la segunda mitad del siglo XIX. Entre esas transformaciones, identificamos la ecléctica incorporación de diversas corrientes científicas y un creciente proceso de secularización. Sin embargo, la separación entre médicos y religiosos (inscrita en una discusión más general sobre la laicización del Estado) no fue abrupta. Creemos haber comprobado que la primera generación de médicos locales utilizó instituciones ya existentes, vinculadas a la Iglesia católica y administradas por laicos consagrados (por ejemplo, la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública), que gozaban de cierto prestigio entre la población. Consideramos que no hubo una ruptura total, sino que, contrariamente, sobre esa base, los médicos aportaron un nuevo sesgo ideológico al que enmascararon con ideas de cientificidad, aunque el modelo de gestión mantuvo algunas características propias del período religioso.

La nueva posición de los médicos estuvo acompañada de la creación de otras instituciones que también se encargaron de recibir a las personas que, otrora y por motivos de conducta, podían ser enviadas al asilo o al manicomio. Durante el período estudiado, se fundaron, desarrollaron y tuvieron los mismos problemas administrativos y de hacinamiento el Asilo de Mendigos (1860), el Asilo de Huérfanos (1875), la Escuela de Artes y Oficios (c. 1878), el Manicomio Nacional (1880), la Cárcel Correccional y Penitenciaria (1887) y el Lazareto (1890). La mayor parte de ellas, dependientes originariamente de comisiones de caridad y beneficencia, pasaron a la órbita estatal conforme avanzó el proceso de secularización. De este modo, el triunfo médico coincidió con la concreción de un archipiélago de instituciones disciplinarias que suplieron las funciones de

la reclusión y favorecieron la tarea de los médicos concentrada en el desarrollo científico y en la curación.

La única institución para enfermos psiquiátricos con la que contó el país hasta 1912 fue un ámbito de negociación y de tensión, pero también terreno fértil para la experimentación científica y para instalar un proceso que apuntó a normalizar todas las conductas desviadas. En ese sentido, consideramos que nuestro trabajo como estudio de caso sienta un precedente para descomponer los distintos espacios que conformaron el poder estatal durante el período (cárceles, hospitales, escuelas). El cruce entre religión, ciencia y estatalidad permitió explicar las particularidades del asilo-manicomio; probablemente, las mismas variables permitirán evidenciar las particularidades de otros establecimientos durante el período estudiado.

Al mismo tiempo, analizamos la constitución de un grupo profesional, con intereses científicos, pero también políticos, que convirtió el dispositivo manicomial y la terapéutica aplicada en una plataforma dirigida a la normalización de los pacientes, y contribuyó a la expansión de la nueva disciplina médica y a su legitimación científica y social. Fue a partir de la creación de la Cátedra de Psiquiatría que esta labor se formalizó e inició el proceso de estricta formación de doctores en medicina con especialidad en psiquiatría. Podríamos encontrar allí un punto de inflexión que permitió a los médicos comenzar a gozar de autonomía para el desempeño de sus funciones. La posición médica se acompañó con una construcción jurídica sobre la situación de los enfermos psiquiátricos y la necesidad de establecer disposiciones claras para el ingreso o egreso de los pacientes de los establecimientos hospitalarios.

La nueva arquitectura legal reglamentó el tratamiento y la internación. Contrariamente a lo que se ha sostenido, en Uruguay no tuvo lugar una internación masiva (al estilo de la Francia posrevolucionaria según Foucault). Si bien entre 1860 y 1890 podemos encontrar un momento en el que la formalidad importó poco, rápidamente la conflictiva alianza de médicos y abogados permitió que los alienados gozaran de algunos derechos (aunque Uruguay no contó con una ley específica hasta 1936). Las discusiones sobre la internación de facto, la interdicción o la responsabilidad/irresponsabilidad de los locos expresan la tensión entre las libertades individuales, la transparencia jurídica, las demandas punitivas y los derechos de los pacientes. A comienzos del siglo XX, médicos y abogados elaboraron un protocolo sobre las internaciones y ganaron una batalla contra la policía, que hasta entonces no reconocía la autoridad de los facultativos y abandonaba a los supuestos enfermos en las celdas de las comisarías, en la prisión o en el asilo. Nuestra aproximación permitió ver con mayor claridad el vínculo entre el Estado y el individuo, entre los reclamos de una sociedad temerosa ante lo «anormal» y los deberes asignados a estructuras burocráticas nacientes, pero no por ello poco pretenciosas.

No todas las etapas estuvieron marcadas por el ascenso y el descenso del positivismo científico (con su carga de evolucionismo y degeneracionismo)

como la única idea imperante, sino que encontramos soluciones administrativas bastante alejadas de cualquier cuerpo teórico e, incluso, un cuestionamiento cada vez más creciente al mero análisis de las causas orgánicas o a la incorporación incuestionada de la teoría de la degeneración. Por eso, antes que en la ruptura, preferimos insistir en la idea de itinerario que, finalmente, consagró la asistencia sanitaria como un derecho durante el primer batllismo (1903-1915). Esto también coincidió con la construcción de un Estado cada vez más interventor que abandonó algunos de los rasgos liberales característicos del período decimonónico.

En el cuestionamiento al positivismo imperante, apuntamos a encontrar una visión intermedia entre las posiciones que consideran que instituciones como el asilo-manicomio fueron parte de un mero proceso disciplinador sobre una sociedad en fase de urbanización y modernización y otros enfoques, más cercanos a la historia de la medicina, para los cuales los médicos del período simplemente apostaron al desarrollo científico sin segundas intenciones.

Creemos que demostramos que los impulsores de la reforma sanitaria fueron integrantes notorios del nuevo orden social que se intentó imponer en el país, impulsores de mecanismos de control que intentaron (no siempre con éxito) gobernar la vida privada de las personas. En este punto, importa señalar que ese intento por regir la cotidianidad atravesó todos los sectores sociales y no se concentró solo en los más pobres. El problema es que las únicas fuentes con las que contamos, los casos clínicos publicados por los médicos, sí se centralizaron en esa porción de la sociedad. Sin embargo, hemos utilizado fuentes —sobre todo, memorias— pertenecientes a un amplio abanico social. Aunque no es menos cierto que inmigrantes pobres, prostitutas, enfermos psiquiátricos y niños huérfanos fueron el objeto de observación preferente.

Además de ese afán por moralizar y controlar, pudimos ver la insistencia de los médicos por establecer una nosografía cada vez más precisa sobre las enfermedades y las distintas propuestas de tratamiento civilizadas (que eliminaron los castigos físicos), ya que los pacientes con una patología psiquiátrica comenzaron a ser considerados, efectivamente, enfermos. Y, justamente, la noción de *enfermedad*, antes que la de *alienación*, vinculada al imperio católico, resultó clave para que fueran ganando posiciones dentro del asilo.

Al insistir en la científicidad de las ideas y en la capacidad para curar los trastornos mentales, los médicos lograron dar un espaldarazo al proceso de secularización. Ante las denuncias de malos tratos a los pacientes, la reclusión y las promesas de sanación, estudio clínico y moralización de las costumbres, ¿a quiénes respaldaron los gobernantes? A los médicos. ¿Y parte de la sociedad? No sin resistencia, también a los médicos. Todo ello legitimado por un contexto de ideas generado por la urbanización, el malestar ante la modernización, la movilización obrera y la necesidad de vincular el país con el mercado económico internacional, el cual ambientó la necesidad de disciplinar a la población, algo que, para las elites del período, la Iglesia católica no había logrado. Esta posición se

consagró con la aprobación de la Ley de Asistencia Pública —aunque encontramos antecedentes desde la década del noventa del siglo XIX—, que concibió la salud como un derecho y una necesidad. De este modo, los psiquiatras —como todos los médicos— comenzaron a ser responsables ante toda la sociedad, ya que el discurso científico se convirtió en razón de Estado.

Aunque también huelga aclarar que, a lo largo del trabajo, dejamos en claro que la formación de un campo de estudio sobre los enfermos psiquiátricos no fue homogénea ni tuvo siempre claridad para definir conceptos o tratamientos. En contacto con los centros científicos internacionales y regionales, partícipes de algunas discusiones de la época y con posturas que se fueron redefiniendo en función de los debates internacionales, los médicos locales buscaron incidir en ese campo en construcción. En el ascenso de la razón médica, tuvo un rol preponderante la Universidad de la República a través de la Facultad de Medicina y la Facultad de Derecho. Ambas instituciones cumplieron una función clave que permitió la circulación, discusión y apropiación de un cuerpo de ideas que se materializó en cursos, tesis de grado, artículos en revistas arbitradas y columnas en la prensa periódica, que divulgaron los conceptos médicos y jurídicos sobre los enfermos psiquiátricos, así como estereotipos sobre la locura.

El loco como contrafigura

Roy Porter sostuvo que «todas las sociedades juzgan locos a algunos individuos: dejando de lado cualquier justificación clínica estricta, esto forma parte de la tarea de marcar lo diferente, lo desviado y lo potencialmente peligroso».⁸⁶² Jean Delumeau señaló, a través de diversos ejemplos, que cada época y cada sociedad se manejan dentro de un repertorio de imágenes de la amenaza y un sentido común del peligro. Según este autor, cuando un colectivo se siente amenazado, escoge enemigos, a los que resulta imperioso controlar, reprimir e, incluso, erradicar. Es decir, elabora un estereotipo sobre un otro —externo o interno— peligroso. Aquellas sociedades que creen de forma masiva en el poder de Satán generaron, como en la Europa medieval, figuras de la amenaza que se desprenden de esa creencia, como las brujas, a las que se les atribuía la responsabilidad en la sequía, pestes o desgracias personales.⁸⁶³ Esas imágenes de temor compartidas, por lo general, transcurren dentro de un repertorio de figuras: el hereje, el judío, la bruja, los demonios, los bandidos, el asesino o el loco. Según este autor, esos temores no desaparecieron con la irrupción del progreso y la razón como centrales en la vida del hombre moderno —y el consiguiente desprestigio de la religión y la magia—. Por su parte, el sociólogo Erving Goffman planteó la idea de «estigma», que define la situación de aquellos individuos carentes de aceptación social porque llevan adelante prácticas consideradas repugnantes o

862 Porter, o. cit., p. 67.

863 Jean DELUMEAU, *El miedo en Occidente*, Madrid, Taurus, 2002, pp. 42-43.

vergonzosas.⁸⁶⁴ Sin embargo, no siempre generan solo el rechazo, puesto que, de acuerdo a esta noción, la repulsión origina temor.

Podríamos pensar que algo de eso ocurrió con los enfermos psiquiátricos en el Uruguay entre 1860 y 1910. A lo largo de ese tramo cronológico, numerosas conductas y formas de pensar fueron patologizadas por los médicos, pero también por la población en general que, a través de la prensa, comenzó a escrutar los rasgos del «loco». Siguiendo distintos medios de prensa, pudimos comprobar cómo la opinión pública de la época (que se amplió con el aumento de la alfabetización) empezó a mostrar interés por la locura. Esta novedad sirvió para la denuncia de la situación en los establecimientos de reclusión, pero también fue definiendo conceptualizaciones populares en relación con la locura, formó estigmas y generó imágenes o tipos ideales de los locos, no solo en cuanto a sus causas orgánicas, sino también en el vínculo entre la locura y la construcción moral hegemónica. Podríamos pensar que, más que una comprensión de la locura, la discusión *profana* sobre la enfermedad fue parte de la puja entre una moral que se pretendía civilizada y hábitos y prácticas que la lesionaban.

En cierta medida, la polarización entre cuerdos y locos reprodujo la diferenciación existente desde los tiempos de Hipócrates. En ese sentido, la locura tuvo un vínculo estrecho con construcciones culturales y con los temores colectivos dentro de la sociedad. Asimismo, permitió que los psiquiatras, como todos los médicos, se inmiscuyeran en la vida de sus pacientes y elaboraran un listado de prácticas permitidas y prohibidas. Recurriendo a una ilustrativa expresión de Foucault, utilizada para describir a los directores de la colonia penal de Mettray en Francia, podríamos decir que fueron «ingenieros de la conducta, ortopedistas de la individualidad».⁸⁶⁵

Nos concentramos en analizar cuatro formas sociales que asumió la enfermedad mental durante el período: el alcoholismo —considerado como uno de los problemas más acuciantes de la época y «piedra de toque de la degeneración»—,⁸⁶⁶ la sexualidad —en especial, la que se consideraba excesiva: la prostitución— o las actitudes «invertidas» —la homosexualidad—, las opciones políticas —especialmente, las que buscaban subvertir el orden establecido o que recurrían a la violencia como una alternativa— y, por último, la neurastenia, enfermedad que generaba nerviosismo en el hombre moderno. En todos los casos, estas enfermedades sociales (que estaban relacionadas entre sí) fueron acompañadas por recomendaciones, consejos o campañas, así como ligas (contra la tuberculosis o el alcohol, por ejemplo), para combatir los males que provocaban, y tuvieron su relato en la prensa, que se encargó de opinar, señalar y construir estereotipos sobre estas categorías. La divulgación de las propuestas no se restringió exclusivamente a las revistas especializadas o a círculos técnicos, sino que ganó un espacio

864 Erving GOFFMAN, *Estigma: la identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2008.

865 Foucault, o. cit., p. 344.

866 «El alcoholismo mental...», o. cit., p. 4.

en la prensa de circulación masiva. Era común que los diarios de Montevideo de mayor tiraje (*El Día*, *La Tribuna Popular*, *El Siglo*, *El Ferro-Carril*, entre otros) destinaran un espacio a consideraciones sobre higiene. Esa construcción de un discurso para un público no especializado resultó fundamental para la divulgación del saber médico y científico y para señalar a aquellas personas cuyos comportamientos fueron psicopatologizados. Tal novedad sirvió para definir distintas conceptualizaciones populares en relación con la locura, formó estigmas y generó imágenes o tipos ideales de los locos. De esta forma, a partir del discurso de los facultativos, la prensa fue definiendo aquellos comportamientos que debían controlarse e intentó moldear las conductas. Aunque, claro está, la actividad moralizante no siempre resultó exitosa, ya que el nuevo código higiénico no siempre fue respetado. La razón médica —y su réplica profana— era fuerte en el discurso, pero, en la práctica, no siempre resultó efectiva. De todos modos, el escrutinio de los rasgos de los enfermos psiquiátricos y de la degeneración a la que podían conducir ciertos actos sirvió para reproducir los valores que, durante la época, eran considerados civilizados y, al mismo tiempo, para justificar las medidas (contra la vagancia, el juego, la inversión sexual, el alcoholismo, etcétera) que buscaban legitimar la autoridad y contener posibles desbordes o excesos.

Pero esto no implicó que los médicos locales solo se concentraran en la locura como una consecuencia de las causas sociales. Por el contrario, creemos que avanzamos en una explicación que contribuye a entender por qué los facultativos fluctuaron entre la nosografía tradicional, que buscaba lesiones orgánicas para entender la enfermedad mental, y las causas morales, que explicaban la existencia de patologías latentes que se despertaban porque el paciente habitaba un espacio social pernicioso. Para médicos y abogados, la comunidad debía ser defendida ante amenazas externas y de aquellos que, desde adentro, pretendían alterar el modo de vida y el orden jerárquico (allí entraban, por ejemplo, los anarquistas, pero también los «invertidos»). Los elementos extraños, que, potencialmente, podían desarrollar conductas nocivas para el colectivo, debían ser apartados al otro lado de una frontera moral que garantizara la supervivencia de la comunidad y evitara cualquier tipo de amenaza. Entre 1860 y 1910, de forma paulatina y sin abandonar el estudio nosográfico, el enfermo psiquiátrico fue expuesto como un antimodelo, ya que era improductivo, había perdido la razón en una sociedad que la deificaba e, incluso, podía recurrir, no siempre de forma consciente, al crimen y al delito. Por supuesto que estas consideraciones no niegan el carácter objetivo de la enfermedad psiquiátrica, pero sí contribuyen a plantear que la locura como fenómeno y el loco en un sentido genérico tuvieron, durante la época, mucho de construcción social a través de múltiples miradas que buscaban enjuiciar distintas problemáticas que excedieron el plano de la salud. El manicomio fue un pretexto que nos permitió estudiar a la sociedad uruguaya del período y algunos de los temores colectivos. Asimismo, fue útil para preguntarnos si toda la población adoptó de forma pasiva las recomendaciones médicas, y concluimos que, por el contrario, y como en todo proceso

hegemónico, encontramos porosidades que se expresaban en la desconfianza que algunos sectores mostraban hacia el tratamiento. Si bien las pistas son episódicas, su presencia sirve para cuestionar el proceso de medicalización como una máquina que hizo tabla rasa con todas las conductas consideradas desviadas.

No obstante esta constatación, también importa señalar que el proyecto de patologización de las conductas no representó una propuesta exclusiva de los sectores dominantes, sino que se ligó a sectores sociales mayoritarios con discursos y políticas específicas que buscaron, dentro de lo posible, que todos los habitantes del país incorporaran los rituales de salubridad y normalidad. De esta forma, los jóvenes se enteraron de que la masturbación o frecuentar prostíbulos los podía conducir de manera inequívoca a la locura. Lo mismo ocurrió con las mujeres obligadas a obedecer a padres o esposos. Un número indeterminado de personas comenzó a evaluar las consecuencias sociales de su conducta y a sopear cuánto podían afectar al conjunto de la sociedad. En otras palabras, la psiquiatría de la época contribuyó a establecer un nuevo escenario de obligaciones sociales y se complementó con otras instancias estatales como la escuela pública. La locura dejó de ser un problema individual y pasó a ser una temática de toda la sociedad, por ende, de un contexto histórico que la determinó, la irradió y, por qué no, también la observó con cierto grado de fascinación ante el temor que despertaba ser ese otro anormal.

Colofón

A la fecha, no existe una única explicación sobre cómo se originan las enfermedades psiquiátricas. Incluso la medicina contemporánea habla de trastornos antes que de enfermedad para definir las psicopatologías. Sin embargo, según un manual reciente sobre enfermedades psiquiátricas, el número de diagnósticos aumenta a diario y, actualmente, supera los trescientos tipos de enfermedades.⁸⁶⁷ A ello se suma que, en Uruguay, casi nueve mil personas se encuentran hoy internadas en los establecimientos de asistencia psiquiátrica pública,⁸⁶⁸ a lo que deberíamos agregar los casos atendidos en hospitales privados y clínicas, las internaciones domiciliarias, más un número indeterminado de personas que no reciben ningún tipo de tratamiento. La sociedad uruguaya sigue conviviendo con la locura que aún inspira temor, horror y ha legado imágenes inenarrables sobre la desolación y el abandono. A su vez, la situación desconsoladora sobre la ineficacia de los recursos invertidos para el tratamiento de la mayor parte de las afecciones psiquiátricas no ha evitado que el tema del manicomio cobrara relevancia en distintos momentos del siglo XX y en lo que va del XXI.

El sistema de salud mental del Uruguay —pese a la privatización de la medicina y los intentos por restar funciones al Estado durante la década del noventa del siglo XX— no ha logrado superar el peso del modelo manicomial y la internación de personas con sufrimientos psíquicos. Asimismo, el hacinamiento, la internación compulsiva, los abusos físicos y sexuales afloran con periodicidad.⁸⁶⁹ Por eso, consideramos que la reconstrucción histórica sigue siendo relevante en términos contemporáneos, ya que las personas consideradas «locas» continúan al margen de la historia, pese a que, a diario, recibimos noticias sobre alguna situación que las tiene por protagonistas, y convivimos con el Hospital Vilardebó sin cuestionar cuál ha sido su desarrollo histórico y por qué continúa siendo la única alternativa posible para los enfermos psiquiátricos de menores recursos económicos y sociales.

867 Véase: *DSM-V Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* [CD-ROM], Barcelona, Masson-Sociedad de Psiquiatría de los Estados Unidos, 2013.

868 Cifras brindadas por Ariel Montalbán, director del Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública, en: *La Diaria*, 15 de octubre de 2014, p. 6.

869 «Director de Salud Mental: «El Vilardebó es lo peor que le puede pasar a una persona» [en línea], en *El Observador*, Montevideo, setiembre de 2014, <<http://www.elobservador.com.uy/noticia/289366/director-de-salud-mental-el-vilardebo-es-lo-peor-que-le-puede-pasar-a-una-persona/>>. Claro que la situación no es privativa del Uruguay.

Fuentes

Documentación inédita

- Archivo de la Facultad de Derecho, *Programa de Derecho penal 1.º curso (presentado por el Dr. José Irureta Goyena y aprobado el 23 de diciembre de 1905)*, en Serie Expedientes de Secretaría, Subserie Planes de Estudio, carpeta 19.
- *Programa de Derecho penal, 1.º y 2.º Cursos*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1906, en Serie Expedientes de Secretaría, Subserie Planes de Estudio, carpeta 9: Universidad de Montevideo.
- Archivo General de la Nación, Administración Central y Jefatura Policial y Política de Minas.
- Archivo General de la Nación y Archivo de la Universidad de la República.
- Archivo General de la Nación, Archivos Particulares y Archivo del Dr. Claudio Williman.
- Archivo General de la Nación y Cárcel Correccional, paquete 1888-1891.
- Archivo General de la Nación y Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública.
- Archivo General de la Nación y Consejo de Higiene Pública, paquete 1904-1906.
- Archivo General de la Nación y Fondo Cárcel del Crimen, paquete 1884-1887.
- Archivo General de la Nación, Fondo Ex Ministerio de Gobierno y Ministerio del Interior.
- Archivo General de la Nación y Fondo Ministerio de Gobierno, Cárcel Preventiva, Correccional y Penitenciaria, paquete 1891-1906.
- Archivo General de la Nación, Historia de la Administración, Ministerio de Salud Pública y Archivo del Hospital de Caridad de Montevideo.
- Archivo General de la Nación e Historia de la Administración, *IV Congreso Médico Latinoamericano*, Río de Janeiro, 18 de agosto de 1909.
- Archivo General de la Nación y Ministerio de Instrucción Pública.
- Archivo General de la Nación, Sección Judicial, Juzgado del Crimen del 1.º Turno, *Juan Casareti, por estar robando en la Iglesia Matriz*, 9 de setiembre de 1830, caja 14.
- Archivo General de la Nación, Sección Judicial, *Sumario instruido sobre suicido de Antonio Campodónico*, octubre 2/880, expediente n.º 122.
- Archivo General de la Nación, Sección Judicial, Juzgado del Crimen de 2.º Turno, *Macario Estevan Sayes Orduña, por desacato, heridas y muerte de Antonio Borges*, expediente n.º 183, 17 de diciembre de 1895.
- Archivo General de la Nación, Sección Judicial, Juzgado Civil del 4.º Turno, González, Antonio, incapacidad.
- *Zapolí, Juan. Incapacidad. 1906.*
- Archivo Histórico Diplomático del Ministerio de Relaciones Exteriores del Uruguay, «Carta de Rafael J. Fosalba, Enviado Extraordinario y Ministro Plenipotenciario de Uruguay en Cuba, a Alberto Guani, Enviado Extraordinario y Ministro Plenipotenciario de la República Oriental del Uruguay en Bélgica, 11 de Octubre de 1913», Fondo Alberto Guani, caja 12, carpeta 7.
- Archivo Nacional de la Imagen, SODRE, «Manicomio Nacional», en *Colección Fitz-Patrick*.
- Centro de Fotografía de Montevideo, Fondo Histórico Municipal, serie A, Hospital Vilardebó.
- Hospital Vilardebó, *Acta de la inauguración del Manicomio Nacional. Mayo 25 de 1880. Montevideo.*

- Hospital Vilardebó, *Libro de ingresos mujeres. 14 de noviembre de 1893 al 18 de junio de 1895*.
- *Libro de entrada de mujeres 1904-1907*.
- *Manicomio Nacional. Libro de visitantes*.
- Museo Histórico Nacional, *Legislación sobre alienados. Manuscrito de la tesis de Enrique Castro para optar al título de doctor en Medicina y Cirugía (1898)*, Museo Histórico Nacional, Manuscritos del Dr. Enrique Castro, tomos 1436 y 1437.
- *Anotaciones Clínicas del Dr. Enrique Castro en los cursos de los profesores Lancereaux y Pourier, t. 1455*.
- *Papeles del doctor Francisco Soca. Anotaciones y testimonios de carácter científico. Copia de trabajos sobre temas de Medicina, carpeta n.º 1863*.

Documentación éditá

- ACEVEDO, Eduardo, *La enseñanza universitaria en 1904. Informe presentado por Eduardo Acevedo*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1905.
- *La enseñanza universitaria en 1905. Informe presentado por Eduardo Acevedo, Rector de la Universidad de Montevideo*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1906.
- Anuario estadístico de la República Oriental del Uruguay*, Montevideo, Tipografía Oriental, 1885.
- *Años 1909-1910 con varios datos de 1911*, Montevideo, Imprenta Artística y Encuadernación de Juan J. Dornaleche, 1912.
- Archivo Artigas*, vol. XXII, Montevideo, Comisión Nacional Archivo Artigas, 1989.
- BELTRÁN, Washington, *Cuestiones sociológicas. Lucha contra la criminalidad infantil. Artículos periodísticos y discursos*, Montevideo, Cámara de Representantes, 1990 [1910].
- BERGALLI, Luis, *Maternidad. Consejos a las Madres y Jóvenes Esposas sobre la Educación Físico-Psíquico-Higiénica de los Niños por Luis Bergalli Doctor en Medicina, Cirugía [sic] y Obstetricia, especialista en las enfermedades de los niños*, Montevideo, Imprenta a Gas La Hormiga, 1892.
- BERRA, Francisco, *Nociones de higiene*, Montevideo, Barreiro y Ramos, 1881.
- BORRO, Vicente, *La delincuencia en los menores. Causas-remedios. Bosquejo presentado con motivo de la invitación hecha por el Honorable Consejo de Protección de Menores a los candidatos a ocupar el puesto de Director del Reformatorio de Varones*, Montevideo, Talleres Gráficos Giménez, 1912.
- BRENDEL, Carl, *El gringo de confianza. Memorias de un médico alemán en Montevideo entre el fin de la Guerra del Paraguay y el Civilismo. 1867-1892*, Montevideo, s. i., 1992.
- BRUNEL, Adolfo [Adolphe], *Consideraciones sobre higiene y observaciones relativas a la de Montevideo*, Montevideo, Imprenta de la Reforma Pacífica, 1862.
- CANABAL, Joaquín, *Estadística sanitaria del Uruguay 1887-1896*, Montevideo, Tipográfica de la Escuela Nacional de Artes y Oficios, 1899.
- CANAVERIS, Ángel, «Memoria presentada al Sr. Inspector del Manicomio Nacional y que corresponde al año 1880 por el doctor Don Ángel Canaveris», en *Anales del Ateneo del Uruguay*, n.º 4, Montevideo, 5 de diciembre de 1881.
- CARRASCO, Sansón, «El capitán Viruta», en *La Razón*, 27 de junio de 1885, tomado de CARRASCO, Sansón, *Personajes montevidéanos*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 2000, pp. 19-24.
- Colección Legislativa de la República Oriental del Uruguay*, vol. 1, Montevideo, La Idea, 1876.

- Colección Legislativa de la República Oriental del Uruguay*, vol. II, Montevideo, Matías Alonso Criado, 1877.
- Colección Legislativa de la República Oriental del Uruguay*, vol. III, Montevideo, Imprenta Rural, 1878.
- Colección Legislativa de la República Oriental del Uruguay*, vol. VIII, Montevideo, Manuel A. Criado, 1882.
- Colección Legislativa de la República Oriental del Uruguay*, vol. X (segunda parte), Montevideo, Manuel A. Criado, 1886.
- Colección Legislativa de la República Oriental del Uruguay*, vol. XII, Montevideo, Editor Pedro Ortiz, 1889.
- Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública. Sus establecimientos y servicios*, Montevideo, Comisión Nacional de Caridad, 1905.
- Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública, *Hospital de Caridad. Movimiento estadístico correspondiente al año 1897 y primer trimestre del año 1898*, Montevideo, Tipografía de la Escuela Nacional de Artes y Oficios, 1898.
- *Hospital de Caridad. Memoria correspondiente al año de 1903*, Montevideo, Tipográfica de la Escuela Nacional de Artes y Oficios, 1906.
- *Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública. Sus establecimientos y servicios en 1905*, Montevideo, Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública, 1907.
- Consejo Nacional de Higiene [Alfredo Vidal y Fuentes], *Profilaxia de las enfermedades venéreo-sifilíticas*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1906.
- DE MARÍA, Isidoro, *Memoria Histórica del Hospital de Montevideo desde su fundación. Presentada el 17 de Abril de 1864 a la Comisión de Caridad y Beneficencia Auxiliar de la J. E. A. del Departamento de la Capital*, Montevideo, Imprenta Tipográfica A Vapor, Calle de las Cámaras 41, 1864.
- DE PENA, Carlos M., *Principios de organización de la Beneficencia Pública*, Montevideo, Imprenta Artística y Librería de Dornaleche y Reyes, 1893.
- DE VEYGA, Francisco, «Anarquismo y anarquistas», en *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, año VII, n.º 20, Buenos Aires, setiembre de 1897.
- Departamento de Policía de la Capital, *Prontuario consultivo policial. Administración del coronel Juan Bernassa y Jerez*, vol. I, Montevideo, Barreiro y Ramos, 1904.
- Diario de Sesiones de la H. Cámara de Representantes. Primer período de la 11.ª legislatura*, t. XIX, Montevideo, s. i., 1879.
- Diario de Sesiones de la H. Cámara de Representantes*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1907.
- Diario de Sesiones de la H. Cámara de Representantes*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1911.
- DÍAZ, Pedro, *El crucifijo; su retiro de las casas de beneficencia*, Montevideo, Tipográfica Jiménez, 1906.
- El libro del Centenario del Uruguay*, Montevideo, Capurro y Cía., 1930.
- El tiempo viejo: cronistas y memorialistas* [selección, ordenación y títulos de Carlos Real de Azúa], Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1968.
- ELLIS, Havelock, *La inversión sexual*, 2.ª ed., Buenos Aires, Editorial Partenón, 1949 [1897].
- ETCHEPARE, Bernardo, *Los débiles mentales*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1913.
- FERRI, Enrico, *Sociología criminal*, Madrid, Centro Editorial de Góngora, s. a.
- FREUD, Sigmund, «Tres ensayos de la teoría sexual» [1905], en *Obras Completas*, vol. VII, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1978.

- GIMÉNEZ, José A., *La tramitación de juicios. Manual de abogacía práctica*, vol. I, Montevideo, La Tribuna Popular, 1894.
- GIRIBALDI, Alfredo, *El régimen penitenciario en Montevideo*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1901.
- Hospital de Caridad de Montevideo. Reseña retrospectiva desde su fundación escrita con motivo de celebrarse el primer centenario el día 17 de Junio de 1888*, Montevideo, Establecimiento Tipográfico La Nación, 1889, en Archivo General de la Nación, Colección de Folletos, n.º 116.
- INGENIEROS, José, *Dos páginas de Psiquiatría criminal*, Buenos Aires, Librería Bredhal, 1900.
- *La simulación en la lucha por la vida*, Buenos Aires, Roggero-Ronal Editores, 1952.
- La Asistencia Pública Nacional. Publicación oficial de la Dirección General*, Montevideo, Barreiro y Ramos, 1913.
- La Facultad de Medicina de Montevideo, 1875-1915*, Montevideo, Tipografía Moderna, 1915.
- LEGNANI, Mateo, *Ensayos de higiene social*, Montevideo, Dornaleche, 1915.
- *Catecismo de higiene*, Montevideo, Imprenta Artística Dornaleche, 1917.
- MAESO, Carlos, *El Uruguay a través de un siglo*, Montevideo, Tipográfica Moderna, 1910.
- MARTEL, Julián, *La bolsa*, Buenos Aires, W. M. Jackson Inc. Editores, s. a.
- MATHIEU, A., *Neurasthénie*, París, Rueff et Cia. Éditeurs, 1894.
- Memoria de la Comisión de Caridad presentada a la Comisión E. Administrativa correspondiente a los años 1876, 77 y 78*, Montevideo, Imprenta a Vapor de La Nación, 1879.
- MOMBRÚ, Pedro, *Práctica elemental de hidro-sudo-terapia o modo de curar las enfermedades por medio del agua fría, sudor, ejercicio y régimen*, Montevideo, Imprenta La República, 1862.
- *El regenerador de la naturaleza. La panacea universal o sea el agua fría, modo fácil y seguro de conservar la salud y curar las enfermedades con solo agua, aire, ejercicio y régimen, basado en los sólidos cimientos de la higiene o sea la ley natural*, vols. I y II, Barcelona, Imprenta del Heredero, 1869.
- MONTERO Y PAULLIER, Ramón, *Guerra a la tuberculosis y el alcohol. Cartilla de Educación y de Enseñanza Antituberculosa y Antialcohólica*, Montevideo, Barreiro y Ramos, 1903.
- NIN Y SILVA, Celedonio, *La impureza. Sus causas, efectos, medios de combatirla. Obra especialmente destinada a los padres, maestros y jóvenes de más de 16 años*, 2.ª ed., Montevideo, Librería Americana de A. Monteverde y Cía., 1906.
- OLACHEA, Manuel, *Incidente de incapacidad mental del Señor Doctor Luis M. Velazco por causa de reblandecimiento cerebral crónico, promovido en virtud de haber sido nombrado conjuer por el Excelentísimo Superior Tribunal de Justicia de la R. O. del U.*, Montevideo, Imprenta y Encuadernación de Rius y Becchi, 1883.
- PEREIRA, Antonio, *Recuerdos de mi tiempo*, Montevideo, s. i., 1891.
- *Novísimas y últimas cosas de antaño*, Montevideo, s. i., 1899.
- Proyecto de guía policial aprobado por el superior gobierno*, Montevideo, Tipográfica de la Escuela de Artes y Oficios, 1883.
- Proyecto del presupuesto general de gastos del Hospital de Caridad y sus dependencias para el año de 1875, confeccionado por la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública*, Montevideo, Tipográfica de El Mensajero, 1874, en Archivo General de la Nación, Colección de Folletos, n.º 116, planilla n.º 3.
- POU ORFILA, Juan, *Observaciones sobre la enseñanza de la Medicina*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1906.

- RAMOS MEJÍA, José María, *Las multitudes argentinas*, Buenos Aires, J. Lajouane & Cía., 1912.
- *Las neurosis de los hombres célebres en la historia argentina*, Buenos Aires, La Cultura Argentina, 1915.
- *La locura en la Historia*, Buenos Aires, Talleres Gráficos Argentinos, 1933.
- REGULES, Elías, *Disposiciones nacionales con Interés Médico-Legal. Coleccionadas para los estudiantes de Medicina por el profesor de la Asignatura*, Montevideo, Facultad de Medicina-Aula de Medicina Legal, 1915.
- Reseña retrospectiva del Hospital de Caridad*, Montevideo, Tipografía de la Escuela Nacional de Artes y Oficios, 1889.
- Retrospecto Económico y financiero de El Siglo seguido de la Colección Legislativa de la República Oriental del Uruguay por Matías Alonso Criado*, vol. XVIII, Montevideo, Imprenta A Vapor de El Siglo, 1896.
- RODÓ, José Enrique, *Liberalismo y jacobinismo*, Montevideo, Librería La Anticuaria, 1906.
- RODRÍGUEZ, Rafael, *Asistencia Familiar de Alienados. Lo que podría hacerse en Uruguay. Conferencia presentada y aprobada en la Sociedad de Psiquiatría en Marzo de 1924*, Montevideo, J. García Morales-Impresor, 1929.
- ROSSI, Rómulo, *Recuerdos y crónicas de antaño*, vol. II, Montevideo, La Mañana, 1924.
- ROSSI, Santín Carlos, *El alienado y la sociedad*, Montevideo, Administración de Lotería, 1914.
- «La Colonia de Alienados de Santa Lucía, por el Doctor Santín C. Rossi, Director de la Colonia», en *Primer Congreso Médico Nacional patrocinado por la Sociedad de Medicina de Montevideo y celebrado en Montevideo del 9 al 16 de abril de 1916*, Montevideo, Imprenta El Siglo Ilustrado, 1916.
- SÁENZ Y CRIADO, José, *Elementos de Medicina Legal y toxicología. Escritos con arreglo a las explicaciones de D. Teodoro Yáñez, catedrático de esta asignatura en la Universidad de Madrid. Publicados con autorización del Profesor, y completados con numerosos datos obtenidos de los autores más principales que tratan de esta ciencia: Orfila, Mata, Briand, Taylor, Tardieu, Lacassagne, Hofmann, etc., por D. José Sáenz y Criado, Médico del Registro Civil*, Madrid, Imprenta de Enrique Rubiños, 1884.
- SAUREL, Luis Julio, «Un ensayo sobre Climatología Médica de Montevideo y del Uruguay publicado en Francia en 1851», en *Revista Histórica*, t. XXXVII, año LX, n.º 109-111, Montevideo, diciembre de 1966.
- Segunda Reunión del Congreso Científico Latino Americano celebrada en Montevideo del 20 al 31 de marzo de 1901*, vol. I, Montevideo, Tipográfica y Encuadernación Al Libro Inglés, 1901.
- Segunda Reunión del Congreso Científico Latino Americano celebrada en Montevideo del 20 al 31 de marzo de 1901. Trabajos de la VI.ª Sección (Ciencias Médicas)*, vol. II, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1903.
- SEGURA, Germán, *Cólera morbus epidémico. Tesis de la Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires*, Buenos Aires, Imprenta del Plata, 1868.
- SILVA VALDÉS, Fernán, «Autobiografía [segunda parte]», en *Revista Nacional*, n.º 2, Montevideo, octubre-noviembre de 1957.
- SIMMEL, Georg, «La metrópolis y la vida mental» [1903], en *Sobre la individualidad y las formas sociales. Escritos escogidos*, Buenos Aires, Universidad Nacional de Quilmes, 2002, pp. 388-402.
- Terceira Reunião do Congresso Científico Latino-Americano celebrada na cidade do Rio de Janeiro de 6 a 16 de agosto de 1905. Relatório Geral organizado pelo Dr. Henrique Guedes de Mello*, Río de Janeiro, Imprensa Nacional, 1909.

- Universidad de Montevideo, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, *Programa de Derecho penal. Primer año*, Montevideo, Imprenta El Siglo Ilustrado, 1890.
- Universidad de la República, *Memoria Universitaria correspondiente a los años 1909-1914. Informe presentado por Claudio Williman, Rector de la Universidad*, Montevideo, Universidad de la República, 1915.
- VASSEUR, Álvaro Armando, *Folleto de ultra tumba para hombres solos. El incidente habido entre A. Armando Vasseur y Roberto García de Zúñiga* [Roberto de las Carreras], Montevideo, s. i., 1901.
- ZUVIRÍA, Facundo, *Las Hermanas de la Caridad*, Montevideo, Imprenta del Mercurio, 1858.

Tesis de grado de la Facultad de Derecho de la Universidad de la República

- CAPELLA Y PONS, FRANCISCO, *La Medicina Legal y la jurisprudencia médica. Lijero* [sic] estudio presentado a la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Montevideo, Imprenta y Encuadernación de Rius y Becchi, 1882.
- CROVETTO, Gregorio, *La codelinuencia y la complicidad. Tesis presentada a la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales para optar el grado de doctor en Jurisprudencia*, Montevideo, Imprenta A Vapor de El Ferrocarril, 1884.
- GIL, Teófilo, *La embriaguez en sus relaciones con la imputabilidad. Tesis presentada a la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales para optar al doctorado en jurisprudencia*, Montevideo, Tipográfica A Vapor de La España, 1884.
- GIRIBALDI HÉGUY, Juan, *El alcoholismo ante el Derecho penal. Tesis presentada por Juan Giribaldi Hégu y para optar al grado de Doctor en Jurisprudencia*, Montevideo, Imprenta Artística y Librería de Dornaleche y Reyes, 1892.
- POSADA, Segundo, *El problema penitenciario. Tesis presentada a la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales para optar al grado de Doctor en Jurisprudencia*, Montevideo, Imprenta y Encuadernación de Rius y Becchi, 1884.
- RAMOS SUÁREZ, Dionisio, *Exposición crítica de nuestro sistema penitenciario*, Montevideo, Tipográfica Uruguay de M. Martínez, 1903.
- ROMEU BURGUES, Luis, *De los delitos en general*, Montevideo, Imprenta de la Tribuna Popular, 1887.
- YLLA, Félix, *Causas de la delincuencia*, Montevideo, Imprenta Rural, 1892.

Tesis de grado de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República

- ALZAMORA, Juan, *Bases del diagnóstico. Tesis para optar al grado de doctor en Medicina*, Montevideo, Facultad de Medicina, 1884.
- CASTRO, Enrique, *Legislación sobre alienados*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1899.
- COLOMBI, José P., *El atavismo y la herencia. Explicación patológica del delito*, Montevideo, Imprenta Rural, 1905.
- CROVETTO, Andrés, *Algo sobre manicomios*, Montevideo, Facultad de Medicina, 1884.

- FERNÁNDEZ Y ESPIRO, Ernesto, *Contribución al estudio etiológico y profiláctico de la prostitución en Montevideo. Tesis para optar al grado de doctor en Medicina y cirugía*, Montevideo, Imprenta A Vapor de la Nación, 1883.
- GARCÍA Y SANTOS, Francisco, *El alcoholismo: «locura» y criminalidad*, Montevideo, Imprenta A Vapor de La Nación, 1899.
- HORMAECHE, Pedro, *La herencia y las enfermedades hereditarias (tesis presentada para optar al grado de Dr. en Medicina y Cirugía)*, Montevideo, Imprenta La Colonia Española, 1883.
- SOCA, Francisco, *Historia de un caso de ataxia locomotriz sifilítica. Tesis para optar el grado de doctor en Medicina y cirugía*, Montevideo, Barreiro y Ramos, 1883.
- VICENS THIEVENT, Lorenzo, *El crimen y la epilepsia*, San José, Talleres La Mañana, 1913.
- VISCIDO, Pascual, *La hipnoterapia. Tesis presentada para obtener la revalidación de su título en la Facultad de Montevideo por Pascual M. Viscido, médico-cirujano de la Facultad de Nápoles*, Montevideo, Imprenta Elzeviriana de C. Becchi, 1888.
- WARREN, Elías, *Sífilis hereditaria. Tesis para optar al grado de Doctor en Medicina y Cirugía*, Montevideo, Imprenta Artística de Dornaleche y Reyes, 1891.

Prensa

Revistas

- Anales del Ateneo del Uruguay*, 1880-1882.
- Anales de la Sociedad de Medicina Montevideana*, 1854.
- Anales de la Universidad*, 1891-1910.
- Annales Médico-Psychologiques*, 1899-1916.
- Boletín del Consejo Nacional de Higiene*, 1909.
- Boletín de la Sociedad Ciencias y Artes*, 1877-1885.
- Boletín Jurídico-Administrativo. Revista Hebdomadaria Enciclopédica*, 1876-1877.
- Boletín Médico-Farmacéutico*, 1874-1882.
- Evolución*, 1905-1911.
- La Facultad de Medicina*, 1896.
- La Gaceta de Medicina y Farmacia*, 1881-1882.
- La Gaceta Médica*, 1877.
- La Policía de Montevideo. Órgano de los intereses de la policía del departamento de Montevideo*, 1885.
- La Revista de Derecho, Jurisprudencia y Administración*, 1898-1910.
- La Revista Forense*, 1883.
- La Revista Nueva*, 1902-1904.
- Natura. Revista Mensual para la Propaganda del Método Natural de Vida: Higiene-Temperancia-Vegetarianismo*, 1904.
- Revista Científica de Medicina y Ciencias*, 1888.
- Revista Científico-Literaria*, 1877.
- Revista de la Asociación de Escribanos del Uruguay*, 1910.
- Revista de los Hospitales*, 1908-1911.
- Revista Médica del Uruguay*, 1898-1916.

Diarios o semanarios

- Asociación Rural del Uruguay* (Montevideo), 1885.
- Caras y Caretas* (Buenos Aires y Montevideo), varios años.
- Despertar. Publicación mensual de conocimientos generales, editada para la enseñanza popular por la sociedad de resistencia «Obreros Sastres»* (Montevideo), 1905.
- El Bien. Órgano de la Unión Católica del Uruguay* (Montevideo), 1905.
- El Bien Público* (Montevideo), varios años.
- El Día* (Montevideo), varios años.
- El Hombre* (Montevideo), 1916.
- El Liberal* (Montevideo), 1908.
- El Norte* (Tacuarembó), 1880.
- El Obrero en Calzado. Periódico Defensor del Gremio* (Montevideo), 1905.
- El Pueblo. Eco de los Intereses del Departamento de Canelones* (Canelones), 1883.
- El Pueblo* (Montevideo), 1905.
- El Siglo* (Montevideo), varios años.
- El Tiempo* (Montevideo), 1905-1908.
- La Alborada* (Montevideo), 1902.
- La Democracia* (Montevideo), 1882.
- La Feria* (Mercedes), 1884.
- La Ilustración Española y Americana* (Madrid), 1880.
- La Ilustración Uruguaya* (Montevideo), 1883.
- La Nación* (Montevideo), 1880.
- La Razón* (Montevideo), 1878.
- La Razón* (Montevideo), 1897-1909.
- La Rebelión* (Montevideo), 1902.
- La Semana* (Montevideo), 1911.
- La Tribuna Popular* (Montevideo), varios años.
- La Unión* (Minas), 1881.
- La Voz del Norte* (Salto), 1882.
- La Voz del Trabajador* (Montevideo), 1889.
- La Voz de los Rebeldes* (Montevideo), 1907.
- Revista de Policía* (Montevideo), 1904.
- Rojo y Blanco. Semanario Ilustrado* (Montevideo), 1900-1901.
- Tribuna Libertaria* (Montevideo), 1901.
- Vida Moderna* (Montevideo), 1900-1911.

Bibliografía

- ABLARD, Jonathan, *Madness in Buenos Aires: Patients, Psychiatrists and the Argentine State, 1880-1983*, Calgary, University of Calgary Press, 2009.
- ACEVEDO, Eduardo, *Anales Históricos del Uruguay*, vol. IV, Montevideo, Barreiro y Ramos, 1934.
- AGUIRRE, Carlos; JOSEPH, Gilbert, y SALVATOR, Ricardo (eds.), *Crime and Punishment in Latin America: Law and Society since Late Colonial Times*, Durham, Duke University Press, 2001.
- ALBORNOZ, Martín, «Pietro Gori en la Argentina (1898-1902): anarquismo y cultura», en BRUNO, Paula (coord.), *Visitas culturales en la Argentina. 1898-1936*, Buenos Aires, Editorial Biblos, 2014, pp. 23-47.
- ALDRIGHI, Clara, «La ideología antisemita en Uruguay. Su contexto católico y conservador (1870-1940)», en *Antisemitismo en Uruguay. Raíces, discursos, imágenes (1870-1940)*, Montevideo, Ediciones Trilce, 2000.
- APUD, Ismael; BORGES, Cristina, y TECHERA, Andrés, *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*, Montevideo, csic-Universidad de la República, 2009.
- ARDAO, Arturo, *La Universidad de Montevideo. Su evolución histórica*, Montevideo, Centro de Estudiantes de Derecho, 1950 [también edición 2008].
- *Espiritualismo y Positivismo en el Uruguay*, Montevideo, Biblioteca Artigas, Ministerio de Educación y Cultura, 2008.
- ARDUINO, Margarita, y GINÉS, Ángel, «Cien años de la Colonia Etchepare» [en línea], en *Sindicato Médico del Uruguay*, 2012, <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/colonia_etchepare100.pdf>.
- ARESTI, Nerea, «Pensamiento científico y género en el primer tercio del siglo XX», en *Vasconia*, n.º 25, Bilbao, 1998, pp. 53-72.
- *Médicos, donjuanes y mujeres modernas. Las ideas de feminidad y masculinidad en el primer tercio del siglo XX*, Bilbao, Universidad del País Vasco, 2001.
- ARMUS, Diego, «El descubrimiento de la enfermedad como problema social», en LOBATO, Mirta (dir.), *El progreso, la modernización y sus límites*, vol. V Nueva Historia Argentina, Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 2000, pp. 507-551.
- «La enfermedad en la historiografía de América Latina moderna», en *Asclepio*, vol. LVI, n.º 2, 2002, pp. 41-60.
- *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*, Buenos Aires, Edhasa, 2007.
- BABINI, José, *Historia de la Medicina*, 2.ª ed., Barcelona, Gedisa, 2000.
- BACH JENSEN, Richard, «The International Anti-Anarchist Conference of 1898 and the Origins of Interpol», en *Journal of Contemporary History*, vol. XVI, n.º 2, abril de 1981.
- BARRÁN, José Pedro, *Historia de la sensibilidad en el Uruguay*, vols. I y II, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1990.
- «El manicomio y la razón médica en el Novecientos», en *Gaceta Universitaria*, año VI, n.º 1, noviembre de 1992.
- *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*, vols. I-III, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1992-1995.

- BARRÁN, José Pedro, «El adolescente, ¿una creación de la modernidad?», en BARRÁN, José Pedro; CAETANO, Gerardo, y PORZECANSKI, Teresa, *Historias de la vida privada en el Uruguay. El nacimiento de la intimidad 1870-1920*, vol. II, Montevideo, Santillana, 1996, pp. 174-199.
- *La espiritualización de la riqueza*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1998.
- *Amor y transgresión en Montevideo: 1919-1931*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 2001.
- *Los conservadores uruguayos (1870-1930)*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 2004.
- *Epílogos y legados. Escritos inéditos/testimonios*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 2010.
- y NAHUM, Benjamín, *Historia Rural del Uruguay moderno*, vol. I, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1967.
- *Battle, los estancieros y el Imperio Británico. El Uruguay del Novecientos*, vol. I, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1979.
- *Battle, los estancieros y el Imperio Británico*, vol. III, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1982.
- *Battle, los estancieros y el Imperio Británico*, vol. VI, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1985.
- BARRIOS PINTOS, Aníbal, y BESPALI, Yubrandat, «Los comienzos de la asistencia psiquiátrica en el Uruguay», en *El Día* [suplemento dominical], Montevideo, 11 y 18 de marzo de 1973.
- BIANCHI, Diana, *La Ilustración española y la pobreza. Debates metropolitanos y realidades coloniales*, Montevideo, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, 2001.
- BOHOSLAVSKY, Ernesto, «Historia de Juan Zárate, músico y quizás loco. De la epilepsia y la poesía en una celda patagónica, 1905», en *Anales de Desclasificación*, vol. I, n.º 2, Laboratorio de Desclasificación Comparada, Santiago de Chile, 2006, pp. 529-552.
- y DI LISCIA, María (coords.), *Instituciones y formas de control social en América Latina. Una revisión*, Buenos Aires, Prometeo, 2005.
- BURGUES, Sandra, y MAÑÉ GARZÓN, Fernando, *Publicaciones médicas uruguayas de los Siglos XVIII y XIX*, Montevideo, Oficina del Libro de la Asociación de Estudiantes de Medicina, 1996.
- CAETANO, Gerardo, *La república batllista*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 2011.
- y GEYMONAT, Roger, *La secularización uruguaya (1859-1919). Catolicismo y privatización de lo religioso*, Montevideo, Taurus, 1997.
- CAETANO, Gerardo, et ál., *El «Uruguay laico». Matrices y revisiones (1859-1934)*, Montevideo, Taurus, 2013.
- CAIMARI, Lila, *Apenas un delincuente. Crimen, castigo y cultura en Buenos Aires, 1880-1955*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2004.
- (comp.), *La ley de los profanos. Delito, justicia y cultura en Buenos Aires: 1870-1940*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2007.
- CAMPIGLIA, Néstor, *Estatización y burocracia*, n.º 40, Montevideo, Enciclopedia Uruguaya, 1969.

- CAMPOS, Ricardo, «La construcción del sujeto peligroso en España (1880-1936). El papel de la Psiquiatría y la Criminología», en *ASCLEPIO. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, vol. LXV, n.º 2, Madrid, julio-diciembre de 2013, <<http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/561/608>> (última consulta: 21/02/2015).
- CANO, Agustín, «Apuntes para una genealogía del manicomio en Uruguay» [inédito].
- CAPONI, Sandra, «Para una genealogía de la anomalidad: la teoría de la degeneración de Morel», en *Scientiæ Studia*, vol. VII, n.º 3, San Pablo, 2009.
- CASAROTTI, Humberto, «Breve síntesis de la evolución de la Psiquiatría en el Uruguay», en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. LXXI, vol. 2, Montevideo, 2007, pp. 153-163.
- CASTEL, Robert, *El orden psiquiátrico. Edad de oro del alienismo*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2009.
- CASTRO, Edgardo, *Diccionario Foucault. Temas, conceptos y autores*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2011.
- Centenario de la Suprema Corte de Justicia 1907-2007*, Montevideo, CEJU-SCI, 2007.
- CHERONI, Alción, *El pensamiento conservador en el Uruguay*, Montevideo, CLAEH, 1986.
- COLLAZO, Isabel; PALUMBO, Leticia, y SOSA, Ana María, *Hospital Pereira Rosell: gestación y nacimiento de un hospital para niños y mujeres (1900-1930)*, Montevideo, Administración de Servicios de Salud del Estado, 2012.
- CORBIN, Alain, y PERROT, Michelle, «Entre bastidores», en *Historia de la vida privada. De la Revolución Francesa a la Primera Guerra Mundial*, vol. IV, Madrid, Taurus, 2001.
- DA SILVEIRA, Pablo, y MONREAL, Susana, *Liberalismo y jacobinismo en el Uruguay batllista. La polémica entre José E. Rodó y Pedro Díaz*, Montevideo, Taurus, 2003.
- DAMONTE, Ana María, *Uruguay: transición de la mortalidad en el período 1908-1963*, Montevideo, Facultad de Ciencias Sociales-Universidad de la República, 1994.
- DELIO, Luis María, *Nuevo enfoque sobre los orígenes intelectuales del Batllismo. La contribución fundamental de la Facultad de Derecho*, Montevideo, Fundación de Cultura Universitaria, 2007.
- DELUMEAU, Jean, *El miedo en Occidente*, Madrid, Taurus, 2002.
- DI FILIPPO, Josefina, *La sociedad como representación. Paradigmas intelectuales del siglo XIX*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2003.
- DÍAZ BERENGUER, Álvaro, «Barrán y el poder médico», en *Revista de la Biblioteca Nacional*, vol. VIII, número monográfico dedicado a José Pedro Barrán, Montevideo, 2013.
- DO CAMPO, Osvaldo, «La 'locura' del virrey y otras 'locuras'», en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 67, n.º 1, Montevideo, agosto de 2003, pp. 39-51.
- DSM-V Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* [CD-ROM], Barcelona, Masson-Sociedad de Psiquiatría de los Estados Unidos, 2013.
- DUFFAU, Nicolás, «¿El Infierno en Babel? Inmigración y delincuencia durante el período de la modernización en Uruguay: el caso Volpi-Patrone», en *Naveg@américa. Revista electrónica de la Asociación Española de Americanistas*, n.º 6, Universidad de Murcia, 2011.
- «Médicos y locos: la mirada interdisciplinaria de José Pedro Barrán en *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*», en *Revista de la Biblioteca Nacional*, vol. VIII, número monográfico dedicado a José Pedro Barrán, Montevideo, 2013.

- DUFFAU, Nicolás, «El tratamiento de la “locura” en la obra de José Pedro Barrán a través del análisis de *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*» [en línea], en *Culturas Psi/Psy Cultures*, n.º 1, Buenos Aires, 25 de setiembre de 2013, pp. 108-125, <<http://www.culturaspsi.org/#!Número-1-Culturas-PsiPsy-Cultures-Psicoanálisis-y-Ciencias-Humanas/c16ee/556E462F-DDF8-401E-9CBE-42A7987A1D65>> (última consulta: 21/02/2015).
- «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” (Uruguay, década de 1930)», ponencia presentada en las *V Jornadas de Investigación de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación*, Montevideo, 2013 [inédito].
- *Armar el bandido: delito, prensa y folletines en el Uruguay de la modernización. El caso de El Clinudo*, Montevideo, Comisión Sectorial de Investigación Científica-Universidad de la República, 2014.
- DUNKER, Christian, *Estrutura e Constituição da Clínica Psicanalítica*, San Pablo, Annablume, 2011.
- Eco, Umberto, *Historia de la fealdad*, Barcelona, Debolsillo [sic], 2011.
- FARGE, Arlette, *O sabor do arquivo*, San Pablo, Editora da Universidade de São Paulo, 2009.
- FERNÁNDEZ SALDAÑA, José María, «Mombrú, el médico del agua fría», en *El Día*, Montevideo, 31 de mayo de 1936.
- «José María Rosete y ‘El Ferrocarril’», en *El Día*, Montevideo, 28 de junio de 1936.
- «Para la historia del Hospital Vilardebó», en *El Día*, Montevideo, 20 de diciembre de 1942, p. 5.
- *Diccionario uruguayo de biografías 1810-1940*, Montevideo, Editorial Amerindia, 1945.
- FERRARI, Fernando José, «Historia cultural de la Psiquiatría en Córdoba, Argentina: recepción y decadencia de la neurastenia», en *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, n.º 5, México, D.F., enero-junio de 2015, pp. 288-309.
- FERRO, Gabo, *Degenerados, anormales y delincuentes: gestos entre ciencia, política y representaciones en el caso argentino*, Buenos Aires, Marea, 2010.
- FESSLER, Daniel, *Derecho penal y castigo en Uruguay (1878-1907)*, Montevideo, Universidad de la República-Comisión Sectorial de Investigación Científica, 2012.
- FINCH, Henry, *La economía política del Uruguay contemporáneo 1870-2000*, 2.ª ed. corregida y aumentada, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 2005.
- FOUCAULT, Michel, *Yo Pierre Rivière, habiendo degollado a mi madre, mi hermana y mi hermano...*, Barcelona, Tusquets, 1976.
- *Enfermedad mental y personalidad*, Barcelona, Paidós, 1988.
- *Historia de la «locura» en la época clásica*, vols. I y II, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1990.
- *Historia de la sexualidad*, vol. 1, 25.ª ed., Ciudad de México, Siglo XXI, 1998.
- *El poder psiquiátrico. Curso en el College de France (1973-1974)*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2008.
- *El nacimiento de la clínica*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2008.
- *La vida de los hombres infames*, La Plata, Editorial Altamira, 2008.
- *Vigilar y castigar*, 2.ª ed., Buenos Aires, Siglo XXI, 2009.

- FOUCAULT, Michel, *Los anormales. Curso en el College de France (1974-1975)*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2010.
- FREGA, Ana, y TROCHON, Yvette, «Los fundamentos del Estado empresario (1903-1933)», en *Cuadernos del CLAEH*, n.ºs 58-59, Montevideo, 1991.
- GARCÍA BOUZAS, Raquel, *Justicia y derecho. Orígenes intelectuales del «progresismo» uruguayo*, Montevideo, Byblos, 2007.
- GARCÍA FERRARI, Mercedes, *Ladrones conocidos/sospechosos reservados. Identificación policial en Buenos Aires, 1880-1905*, Buenos Aires, Prometeo, 2010.
- GELI, Patricio, «Los anarquistas en el gabinete antropométrico. Anarquismo y Criminología en la sociedad argentina del 900», en *Entre pasados*, vol. II, Buenos Aires, 1992.
- GINÉS, Ángel, «Noventa años de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina», en *SMU*, 1997, <<http://www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias94/art11.htm>> (última consulta: 21/02/2015).
- «Desarrollo y ocaso del asilo mental en el Uruguay», en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 62, n.º 2, Montevideo, octubre de 1998, pp. 37-40.
- GIURIA, Juan, *La arquitectura en el Uruguay. De 1830 a 1900*, t. II, vol. I, Montevideo, Universidad de la República, Facultad de Arquitectura-Instituto de Historia de la Arquitectura, 1958.
- GOFFMAN, Erving, *Internados*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1964.
- *Estigma: la identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2008.
- GONZÁLEZ LEANDRI, Ricardo, «La consolidación de una inteligencia médico profesional en Argentina: 1880-1900», en *Diálogos. Revista Electrónica de Historia*, vol. 7, n.º 1, San José de Costa Rica, Universidad de Costa Rica, febrero-agosto de 2006, pp. 36-78.
- GORLERO BACIGALUPI, Rubén, «A un siglo de la inauguración del Hospital Vilardebó», en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Montevideo, n.º 267, mayo-junio de 1980, pp. 87-97.
- GUTIÉRREZ BLANCO, Horacio (ed.), *Médicos uruguayos ejemplares*, vols. I-III, Montevideo, Asociación Médica del Uruguay, 1989.
- HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael, «Valentin Magnan y la teoría de la degeneración», en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. V, n.º 14, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1985.
- JACOB, Raúl, *Consecuencias sociales del alambramiento*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1969.
- KALIFA, Dominique, *Crime et culture au XIXème siècle*, París, Perrin, 2005.
- KNEPPER, Paul, *The Invention of International Crime. A Global Issue in the Making, 1881-1914*, Londres, Palgrave-Macmillan, 2010.
- KRUSE, Herman, «Las Damas de la Caridad y los Caballeros de la Filantropía. Un estudio sobre caridad, filantropía y beneficencia en el Uruguay del Siglo XIX», en BURGUES ROCA, Sandra, y MAÑÉ GARZÓN, Fernando, *Sesiones de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina (correspondiente al año 2004)*, vol. XXIV, Montevideo, Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina, 2004.
- LOCKHART, Jorge, *La historia del Hospital Maciel*, Montevideo, Editora de Revistas, 1982.
- LOUDET, Osvaldo, *Médicos argentinos*, Buenos Aires, Editorial Huemul, 1966.
- MAÑÉ GARZÓN, Fernando, *Pedro Visca: fundador de la clínica médica en el Uruguay*, Montevideo, Talleres Gráficos Barreiro, 1983.
- y POU FERRARI, Ricardo, *El doctor Julepe. Vida y obra del Dr. Francisco Antonino Vidal (1827-1889)*, Montevideo, Plus-Ultra Ediciones, 2012.

- MARÍN CAMPOS, Ricardo, «La teoría de la degeneración y la clínica psiquiátrica en la España de la Restauración», en *DYNAMIS*, vol. XIX, Madrid, 1999.
- MAZZUCHELLI, Aldo, *La mejor de las fieras humanas. Vida de Julio Herrera y Reissig*, Montevideo, Taurus, 2010.
- MORÁS, Luis Eduardo, *De la tierra purpúrea al laboratorio social*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 2000.
- MURGUÍA, Daniel, y SOIZA LARROSA, Augusto, «Desarrollo de la Psiquiatría en el Uruguay», en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. LII, n.ºs 309-310, Montevideo, 1987, pp. 169-179.
- MURGUÍA, Daniel, y PUPPO, Héctor, «La Cátedra de Psiquiatría. Su evolución histórica», en *Sesiones de la Sociedad de Historia de la Medicina*, Montevideo, s. i., 1988.
- OBREGÓN, Rodolfo, «La Colonia Etchepare», en *El Día*, Montevideo, 8 de enero de 1951.
- ODDONE, Juan, *Los gringos*, Enciclopedia Uruguaya, vol. XXVI, Montevideo, Arca, 1969.
- y PARIS, Blanca, *Historia de la Universidad de Montevideo: la universidad vieja 1849-1885*, Montevideo, Universidad de la República, 1963.
- *La Universidad Uruguaya desde el militarismo a la crisis (1885-1958)*, 2 vols., Montevideo, Universidad de la República, 1971.
- PÉREZ FONTANA, Velarde, *Historia de la Medicina en el Uruguay*, vols. I-IV, Montevideo, Ministerio de Salud Pública, 1967.
- PERUCHENA, Lourdes, *Buena madre, virtuosa ciudadana. Maternidad y rol político de las mujeres de las élites (Uruguay, 1875/1905)*, Montevideo, Rebeca Linke Editoras, 2010.
- PESAVENTO, Sandra Jathay, *Visiões do Cárcere*, Porto Alegre, Zouk, 2009.
- PEYROU, Rosario, «María Eugenia Vaz Ferreira. Su paso en la soledad», en *Mujeres uruguayas. El lado femenino de nuestra historia*, Montevideo, Alfaguara, 1997.
- PICCATO, Pablo, «‘El Chalequero’ or the Mexican Jack the Ripper: the meanings of sexual violence in turn of the Mexico City», en *Hispanic American Historical Review*, vols. 3 y 4, n.º 81, Duke University, 2001, pp. 622-651.
- PITA, Valeria, *La casa de las locas: una historia social del Hospital de Mujeres Dementes: Buenos Aires, 1852-1890*, Rosario, Prohistoria, 2012.
- PLOTKIN, Mariano, *Freud en las pampas. Orígenes y desarrollo de una cultura psicoanalítica en la Argentina (1910-1983)*, Buenos Aires, Sudamericana, 2003.
- PONS, Nora, *Hospitales y hospitalidad: apuntes de ayer, reseña de la arquitectura hospitalaria en el Uruguay desde 1878 a 1928*, Montevideo, Editorial Dos Puntos, 1997.
- PORTANTIERO, Juan Carlos, «Estado, clases dominantes y cuestión social en la Argentina», en BERGALLI, Roberto, y MARI, Enrique (coords.), *Historia ideológica del control social (España-Argentina, siglos XIX-XX)*, Barcelona, PPU, 1989, pp. 423-443.
- PORTER, Roy, *Breve historia de la locura*, Madrid, Fondo de Cultura Económica-Turner, 2003.
- REVEL, Judith, *Diccionario Foucault*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2009.
- RIAL, Juan, *Estadísticas Históricas de Uruguay 1850-1930*, Cuaderno n.º 40, Montevideo, Centro de Informaciones y Estudios del Uruguay, 1980.
- RILLA, José, *La mala cara del reformismo. Impuestos, Estado y política en el Uruguay. 1903-1916*, Montevideo, Arca, 1992.
- RODRÍGUEZ VILLAMIL, Silvia, *Las mentalidades dominantes en Montevideo (1850-1900)*, 2.ª ed., Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 2008.
- ROMERO, Luis Alberto, y SÁBATO, Hilda, *Los trabajadores de Buenos Aires: la experiencia del mercado, 1850-1880*, Buenos Aires, Sudamericana, 1992.

- SACRISTÁN, Cristina, «Historiografía de la locura y de la Psiquiatría en México. De la historiografía a la historia posmoderna», en *Frenia*, vol. VI, n.º 1, Madrid, 2005, pp. 9-33.
- «La locura se topa con el manicomio. Una historia para contar», en *Cuicuilco*, vol. XVI, n.º 4, México, D.F., Instituto Nacional de Antropología e Historia, enero-abril de 2009, pp. 163-189.
- SALESSI, Jorge, *Médicos, maleantes y maricas*, 2.ª ed., Rosario, Beatriz Viterbo Editora, 2000 [1993].
- SALVATORE, Ricardo, «Sobre el surgimiento del estado médico legal en la Argentina (1890-1940)», en *Estudios Sociales. Revista Universitaria Semestral*, año XI, n.º 20, Santa Fe, Universidad Nacional del Litoral, primer semestre de 2001, pp. 81-114.
- SÁNCHEZ PUÑALES, Soledad, *Historia de la Enfermería en Uruguay*, Montevideo, Ediciones Trilce, 2002.
- SAPRIZA, Graciela, *La «utopía eugenista». Raza, sexo y género en las políticas de población en el Uruguay (1920-1945)*, tesis de maestría [inédita], Montevideo, 2001.
- SCARZANELLA, Eugenia, *Italiani malagente. Immigrazione, criminalità, razzismo in Argentina, 1890-1940*, 7.ª ed., Milán, Franco Angeli, 2007.
- SCHIAFFINO, Rafael, *Historia de la Medicina en el Uruguay*, vols. II y III, Montevideo, Facultad de Medicina, 1935-1942.
- SEMPOL, Diego, *De los baños a la calle. Historia del movimiento lésbico, gay, trans uruguayo (1984-2013)*, Montevideo, Debate, 2013.
- SOIZA LARROSA, Augusto, «Historia de la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de Montevideo. 1877-1974» [en línea], en *Departamento de Medicina Legal y Ciencias Forenses*, <<http://www.Medicinalegal.edu.uy/depto/historia/dml-hist.pdf>> (última consulta: 21/02/2015).
- «Antecedentes históricos sobre el desarrollo de la Psiquiatría en el Uruguay. 1788-1912», en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, n.º 267, Montevideo, mayo-junio de 1980, pp. 97-119.
- «Esbozo histórico sobre la Psiquiatría y sus servicios hospitalarios en el Uruguay 1788-1907», en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, n.º 283, Montevideo, 1983, pp. 1-18.
- SOZZO, Máximo, «Locura y crimen en el nacimiento de la racionalidad penal moderna en Buenos Aires (1820-1880)», en Sozzo, Máximo (coord.), *Historia de la cuestión criminal en la Argentina*, Buenos Aires, Del Puerto, 2009, pp. 101-136.
- *Locura y crimen. Nacimiento de la intersección entre los dispositivos penal y psiquiátrico*, Buenos Aires, Didot, 2015.
- SPIERENBURG, Pieter, «Punishment, Power and History. Foucault and Elias», en *Social Science History*, vol. XXVIII, n.º 4, 2004, pp. 607-636.
- SZASZ, Thomas, *Ideología y enfermedad mental*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2000.
- TROCHON, Yvette, *Las mercenarias del amor. Prostitución y modernidad en el Uruguay (1880-1932)*, 2.ª ed., Montevideo, Taurus, 2003.
- TURNES, Antonio, *La Sífilis en la Medicina. Una aproximación a su historia*, Montevideo, Ediciones Granada, 2007.
- et ál., *Hospital de Clínicas de Montevideo: génesis y realidad: 1887-1974*, Montevideo, Bioerix, 2011.
- VEZZETTI, Hugo, *La locura en la Argentina*, Buenos Aires, Folios, 1983.
- *Aventuras de Freud en el país de los argentinos. De José Ingenieros a Enrique Pichon Rivière*, Buenos Aires, Paidós, 1996.

- WEBER SANTOS, Nádía María, *Narrativas da loucura e Histórias de Sensibilidades*, Porto Alegre, UFRGS, 2008.
- WILSON, Eduardo, «Influencia de la neurología francesa en la neurología uruguaya», en *Sesiones de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina (correspondiente al año 2005)*, Montevideo, Facultad de Medicina, 2007.
- WINN, Peter, *Inglaterra y la Tierra Purpúrea*, vols. I y II, Montevideo, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República.
- WSCHEBOR, Isabel, «Mostrar lo invisible y revelar la cura. Los orígenes de la fotografía científica en Uruguay. 1890-1930», en BROQUETAS, Magdalena (coord.), *Fotografía en Uruguay. Historia y usos sociales 1840-1930*, Montevideo, Centro de Fotografía, 2011.
- ZIMMERMANN, Eduardo, *Los liberales reformistas. La cuestión social en la Argentina 1890-1916*, Buenos Aires, Sudamericana-Universidad de San Andrés, 1995.
- «“Un espíritu nuevo”: la cuestión social y el Derecho en la Argentina (1890-1930)», en *Revista de Indias*, vol. LXXIII, n.º 257, Madrid, 2013, pp. 81-106.

Este libro es un abordaje histórico sobre la disciplina psiquiátrica en Uruguay, las corrientes de ideas que la sustentaron y las principales instituciones vinculadas a la contención de los llamados «locos» entre 1860 y 1911. En el trabajo, se estudia la formación de los primeros médicos que buscaron una especialización en las enfermedades psiquiátricas, la relación de esos expertos con el establecimiento de instituciones de control y represión, y el interés por construir un conocimiento científico cada vez más sólido que permitiera la detección, tratamiento y cura de las enfermedades psiquiátricas. A su vez, con foco en los abogados y en la prensa, el texto también analiza la construcción política, periodística, literaria y popular sobre los denominados «locos», que fueron presentados como contrafiguras de la modernidad a las cuales era imprescindible contener, curar o erradicar en pos de un proyectado Uruguay modelo.

ISBN: 978-9974-0-1633-0



9 789974 101633 0